

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

Obesidade e Subjetividade na Adolescência
O Sujeito na Balança

Maria Teresa Paletta Crespo

Belo Horizonte
2008

Maria Teresa Paletta Crespo

**Obesidade e Subjetividade na Adolescência
O Sujeito na Balança**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Cristiane de Freitas Cunha

Belo Horizonte
2008

C921o Creso, Maria Teresa Paletta.
Obesidade e subjetividade na adolescência [manuscrito]; o sujeito na
balança / Maria Teresa Paletta Creso. - - Belo Horizonte: 2008.
125f.

Orientador: Cristiane de Freitas Cunha.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Obesidade. 2. Adolescente. 3. Psicanálise. 4. Estudo de Caso. 5.
Dissertações acadêmicas. I. Cunha, Cristiane de Freitas. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WS 330

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Área de Concentração em Pediatria: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a Regina Lunardi Rocha

Ludmila Teixeira Fazito (Rep. Disc. Titular)

Dorotêa Starling Malheiros (Rep. Disc. Suplente)

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

*Dissertação intitulada “Obesidade e Subjetividade na Adolescência: O sujeito na balança”,
de autoria da mestranda Maria Teresa Paletta Crespo, defendida em 5 de junho de 2008,
aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:*

Cristiane de Freitas Cunha (orientadora)

Roberto Assis Ferreira – UFMG
Examinador I

Bianca Maria Sanches Faveret
Examinador II - externo

Maria do Carmo Barros de Melo - suplente
Examinador III - UFMG

*Aos adolescentes que me motivaram a
construir novas formas no exercício da medicina*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Cristiane de Freitas Cunha, pelo acolhimento e orientação desse trabalho.

Ao Prof. Roberto de Assis Ferreira, pelas sugestões valiosas.

À Profa. Vera Helena Pires do Carmo, pela supervisão dos casos atendidos.

A meus pais, Maria Helena e Felipe Luiz e à minha madrinha Leti, (*in memoriam*) por tudo que fizeram por mim.

Ao meu companheiro Fred, às queridas filhas Julia e Laura e às minhas irmãs, Maria Silvia, Beth, Luiza e Regina, pelo apoio, carinho e incentivo.

À Adriana Belfort Junqueira, coordenadora do Serviço de Atenção ao Adolescente de Juiz de Fora, aos colegas de trabalho e aos pacientes, pelo estímulo e compreensão dos momentos em que me ausentei.

Aos professores, funcionários e a todos os colegas da UFMG, com quem convivi nesses dois anos.

Eu desconfiava

Todas as histórias em quadrinhos são iguais

Todos os filmes norte-americanos são iguais.

Todos os best-sellers são iguais.

Todos os campeonatos nacionais e internacionais são iguais.

Todas as mulheres que andam na moda são iguais.

Todos os partidos políticos são iguais.

Todas as experiências de sexo são iguais.

Todas as guerras do mundo são iguais.

Todas as fomes são iguais.

Todos os amores iguais, iguais, iguais.

Iguais todos os rompimentos.

A morte é igualíssima.

Todas as criações da natureza são iguais

Todas as ações, cruéis, piedosas ou indiferentes são iguais

Contudo, o homem não é igual a nenhum outro homem,

Bicho ou coisa.

Ninguém é igual a ninguém.

Todo ser humano é um estranho ímpar.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este estudo aborda a obesidade na adolescência utilizando a metodologia do estudo de caso. A literatura científica tem relatado uma difusão epidêmica da obesidade envolvendo a população mundial. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2006, destacaram o crescimento do excesso de peso e da obesidade, particularmente em adolescentes. No entanto, no que se refere ao controle dessa doença, os resultados têm-se mostrado decepcionantes, indicando a necessidade de novas formas de condução do tratamento. Partindo da proposição de que a obesidade é uma doença multifatorial, com questões relacionadas à subjetividade, foi elaborado este estudo de caso que tomou como referencial a teoria psicanalítica. A casuística foi composta por três adolescentes obesas que procuraram um serviço de saúde, com uma demanda de perda de peso. No decorrer do atendimento, a partir da escuta dessas jovens, instalou-se um dispositivo psicanalítico que permitiu a construção dos três casos clínicos aqui relatados. O objetivo principal foi investigar a partir dos constructos psicanalíticos as questões subjetivas que interferem no controle da obesidade. Além disso, sendo a adolescência o momento em que o sujeito terá que se apropriar de uma nova imagem corporal, procurou-se estabelecer relações entre as transformações da puberdade e a obesidade, como resposta sintomática ao trabalho psíquico envolvido na adolescência.

PALAVRAS CHAVE: obesidade, adolescência, sintoma, corpo, medicina, psicanálise, estudo de caso clínico.

ABSTRACT

This study approaches obesity during adolescence under the methodology of the study of cases. The scientific literature has been revealing an epidemic diffusion of obesity involving the world population. In Brazil, data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in the year of 2006, highlights the growth of overweight population and obesity, particularly in adolescents. However, when it comes to the control of this pathology, the results are disappointing so far, leading to the necessity of new studies and new ways of carrying out the treatment. Assuming that obesity is a multifactorial disease, as it also includes issues related to subjectivity, the present case study was elaborated having as reference the psychoanalytic theory. The casuistic consists of three obese adolescents who looked for a health care service, seeking to lose weight. Along the procedure and from the listening of these patients, a psychoanalytic process was initiated, making it possible to build three clinic cases which are given in account for this study. The main goal was to investigate, from psychoanalytical constructions, the unconscious issues that interfere in the control of obesity. Furthermore, as adolescence is the moment when a person acquires a new corporal image, the relations between the transformations of puberty and obesity as a symptomatic response to the psychic work involved in adolescence, were developed in this study.

KEY WORDS: obesity, adolescence, symptom, body, medicine, psychoanalysis, clinic case study.

LISTA DE SIGLAS

BHCG:	- Beta Human Chorionic Gonadotrophic (Gonadotrofina Coriônica Humana - Sub-unidade Beta)
CDC	- Centers for Disease Control (Centro de Controle de Doenças)
EUA	- Estados Unidos da América do Norte
HDL	- High-Density-Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidade)
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	- Índice de Massa Corporal
LDL	- Low-Density-Lipoprotein (Lipoproteína de Baixa Densidade)
NCHS	- National Center for Health Statistics (Centro Nacional de Estatísticas em Saúde)
POF:	- Pesquisa de Orçamentos Familiares
Sasad	- Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente
SUS:	- Sistema Único de Saúde
UFMG:	- Universidade Federal de Minas Gerais
T4	- Tiroxina
TSH	- Thyroid- Stimulating Hormone (Hormônio Tireoestimulante)
VLDL	- Very Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de Muito Baixa Densidade)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O Furo no Saber	15
1.2 Justificativa	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 A clínica na medicina e na psicanálise	20
2.2 A Obesidade para a medicina	25
2.3 A Obesidade para a psicanálise	27
2.4 O Corpo na Psicanálise	31
2.4.1 <i>O conceito de pulsão</i>	31
2.4.2 <i>A construção do corpo</i>	34
2.4.3 <i>O Nome do Pai</i>	39
2.5 A Adolescência na psicanálise	42
3 OBJETIVOS	48
4 METODOLOGIA	49
4.1 O tipo de estudo e os critérios de inclusão	49
4.2 O local da pesquisa	49
4.3 A coleta dos dados	51
4.4 O referencial metodológico	53
4.4.1 <i>A pesquisa em psicanálise</i>	53
4.4.2 <i>A produção do caso clínico em psicanálise</i>	56
4.5 Aspectos éticos	57
5 RESULTADOS	58
5.1 O caso B.	58
5.2 O caso L.	66
5.3 O caso V.	76

6 DISCUSSÃO	83
6.1 Elaboração do Caso B.	84
6.2 Elaboração do Caso L.	91
6.3 Elaboração do Caso V.	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	116
Anexo I - Termo de Esclarecimento e de Consentimento	116
Anexo II - Protocolo da Pesquisa	119
Anexo III- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	123

1 INTRODUÇÃO

Este projeto tem como objetivo tentar esclarecer uma questão que se apresentou no nosso trabalho com adolescentes obesos, atendidos em um serviço público de saúde. No seguimento destes jovens uma dificuldade começou a se delinear. Por que grande parte deles, que freqüentava o serviço com regularidade, apresentando uma demanda clara de perda de peso, tendo acesso a todas as informações referentes a este distúrbio nutricional, não concretizava o objetivo a que se propunha?

A partir desta situação aparentemente contraditória, direcionamos a nossa atenção para outras questões que extrapolam o campo do saber médico tradicional e que nos motivaram a tentar investigar a subjetividade desses adolescentes.

É do nosso conhecimento que a obesidade é uma doença complexa, determinada por uma conjunção de fatores genéticos e ambientais, sendo difícil discriminar a potencialidade isolada de cada um.

Neste contexto, diversas pesquisas têm mostrado a importância da predisposição genética que condiciona o aumento da deposição do tecido adiposo, havendo uma correlação elevada entre os índices de massa corporal de crianças obesas e de seus pais e irmãos biológicos (CONSENSO, 1998).

Por outro lado, os fatores ambientais também atuam de forma decisiva, alterando as relações do indivíduo com a nutrição independente da predisposição genética. A literatura relaciona muitas variáveis implicadas no desencadeamento e manutenção da obesidade: desmame precoce com introdução inadequada de fórmulas lácteas mal utilizadas, sedentarismo acompanhado da ingestão de alimentos de alto teor calórico e também o uso de alimentos pré-preparados (FISBERG, 2004).

As mudanças nas estruturas sociais como, por exemplo, a inclusão da mulher no mercado de trabalho acarretando uma menor disponibilidade de tempo para o preparo das refeições, também têm contribuído para mudanças nos hábitos alimentares relacionados à obesidade.

Outras condições descritas como influentes na questão ponderal são constituídas pelas relações familiares conflituosas, nível econômico e educacional e características sócio-culturais (FISBERG, 2004).

Todas estas situações interagem de maneira complexa com a herança genética, ocupando um papel importante no desencadeamento e na manutenção desse distúrbio (CONSENSO,1998).

O enfoque da mídia e da literatura especializada sobre a epidemia global de obesidade tem geralmente se caracterizado por uma abordagem reducionista, na medida em que relaciona essa doença exclusivamente ao consumo de alimentos de grande conteúdo calórico e ao sedentarismo. Estabelecendo uma correspondência direta entre alimento e organismo, esse discurso desconsidera todo o conteúdo simbólico contido no ato de se alimentar, onde o preparo e o uso dos alimentos transcendem a ordem da necessidade, se revestindo de muitos significados nas várias fases da vida e nas diferentes culturas.

Justus (1999) aponta toda a complexidade aí implicada quando diz que, “no ato da nutrição, o sujeito, o homem biológico e o homem social estão intrinsecamente misturados”.

Nesse sentido, quando direcionamos a atenção para os tipos de abordagens realizadas no controle e tratamento da obesidade, fica evidente o descompasso entre as medidas de saúde pública e individual e o fracasso terapêutico.

Na tentativa de melhorar os resultados no enfrentamento desta doença, algumas pesquisas têm apontado para a necessidade de novas formas de intervenção que articulem os aspectos orgânicos e psíquicos do seu portador. (SJOBORG, NILSSON, LEPPERT, 2005; Mello, LUFT, MEYER, 2004; VIEIRA et al, 2004).

Parizzi (2004), em trabalho realizado com crianças e adolescentes obesos observou uma maior adesão ao tratamento, quando este é realizado por equipe interdisciplinar, concluindo pela necessidade de estudos qualitativos que possam aprofundar as diversas questões envolvidas nessa moléstia.

1.1 O furo no saber

No atendimento ao obeso realizado nos serviços de saúde, a maioria dos profissionais se defronta regularmente com histórias de conteúdo semelhante, expressas na fala dos diversos pacientes. Tais relatos se referem a tratamentos anteriores fracassados, peregrinações por vários profissionais e a descrição de uma miscelânea de medicamentos e fórmulas milagrosas usadas com a finalidade de perder peso. Enfim, um dizer que se repete, sempre acompanhado de renovação de propósitos visando o emagrecimento. E, no entanto, nada se modifica.

Para o médico, este “algo que resiste” a sua intervenção, é percebido como um obstáculo, gerando sentimentos de frustração e impotência e colocando-o diante de algumas alternativas: insistir no tipo de abordagem usada, desistir de prosseguir a investigação e o acompanhamento do caso, ou então, buscar novos caminhos que permitam uma mudança de direção.

Usualmente, em decorrência de uma série de fatores, o que ocorre é a opção pelas duas primeiras alternativas, onde o profissional persiste na sua prática e vai pouco a pouco retirando o investimento depositado inicialmente no tratamento.

A terceira alternativa seria a que diz respeito à inserção no acompanhamento do caso de novos dispositivos que possibilitassem localizar as outras questões implicadas na obesidade. Entre as diversas abordagens que têm sido discutidas destacam-se os trabalhos com grupos de adolescentes obesos, os grupos para orientação de mães e também os tratamentos psicológicos, onde se incluem a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental.

Nestas várias discussões e alternativas, um dos aspectos que nos parece fundamental, é aquele que introduz o sujeito obeso no centro da produção de um saber que vai da sua queixa a sua história, saber que pode emergir a partir da sua fala e pelo desejo de escuta do profissional que o atende.

No entanto, para que se estabeleça uma condição de escuta não se pode prescindir de um tempo de espera, tempo que vai propiciar o estabelecimento de uma relação de confiança, da transferência, que constitui a premissa essencial de todo tratamento clínico.

Esta transferência presente em todas as relações humanas pode ser descrita como a experiência vivenciada em uma relação amorosa, sendo o seu manejo o que vai diferenciar a posição do médico e a do psicanalista. Assim, o primeiro vale-se da autoridade nele investida e trabalha na direção da supressão do sintoma, não levando em consideração as resistências que se colocam quanto a isso. Já no atendimento psicanalítico inclui-se a análise desta transferência e a interpretação das resistências, o que vai possibilitar a implicação do sujeito ao seu sintoma, permitindo o progresso do tratamento (MAURANO, 2006).

Na prática médica atual, o estabelecimento desta relação transferencial é dificultado pelos modelos de assistência médica vigentes, tanto os baseados na medicina suplementar quanto os dos serviços de saúde do Estado. Os primeiros pela lógica mercantilista que os sustenta e os públicos pelo desperdício, ineficiência e mal gerenciamento observado.

Neste universo, o médico na maioria das vezes, por diversas razões, permanece alienado ao papel de intercessor entre os indivíduos e o governo, ou entre os indivíduos e os proprietários do sistema da saúde suplementar, o que resulta na desqualificação do ato médico que perde a sua dimensão de cuidado e a sua característica de integralidade.

Brant (2001), a partir de Foucault, situa o final do século XVIII e início do século XIX, como “o momento em que a medicina clínica altera a concepção religiosa e individual da doença”. Nesse novo contexto, os sintomas passam a ter o estatuto de significados de determinantes naturais das doenças, apagando-se o vínculo entre o sofredor e o seu mal; “o homem doente” é anulado do âmbito da clínica médica ocorrendo uma desarticulação entre o saber e o sofrimento:

É em um contexto onde o paciente só será fonte fidedigna de informação quando for completamente despersonalizado que a epidemiologia afirma como objeto da sua atenção dados como idade, gênero, grupo étnico, medidas fisiológicas, status sócio-econômico, nível educacional, ocupação, uso de drogas, dietas, exercícios físicos e jamais o sujeito que fala e que é falado pelo Outro (BRANT, 2001: 224).

Esta situação onde a anulação do sintoma se transforma no objetivo principal deixando em segundo plano o seu portador é a que encontramos nas intervenções realizadas no controle da obesidade tanto a nível individual como no discurso veiculado

para o seu combate no plano da saúde pública. Costa descreve criticamente esta situação:

O “remédio” para um tal “desvio” seria uma dieta compatível com o discurso que identifica as causas, o que quer dizer: baixas calorias, muita fibra e malhação neles-horas de academia. Hoje, ninguém discordaria da razoabilidade de um tal diagnóstico, bem como da prescrição da receita para seu tratamento. Afinal de contas, os resultados estão aí para serem comprovados pelos números e estatísticas. Quem já não experimentou dessas receitas com excelentes resultados? (Costa, 2003: 77)

Naqueles casos em que, apesar de todas essas prescrições, a obesidade persiste, na impossibilidade em se defrontar com o que resiste ao seu saber, a medicina exclui o obeso, que passa à condição de doente crônico, insolúvel, destinado a engrossar as fileiras de encaminhamentos para outros profissionais ou à realização de exames complementares de indicação duvidosa.

1.2 Justificativa

A minha prática no atendimento a pacientes obesos teve como motivação inicial uma pesquisa sobre obesidade, realizada durante o curso de especialização em adolescência.

A partir daí, passei a atender os adolescentes obesos na instituição onde trabalho, o que culminou com a formação de um grupo de caráter informativo. Nesta época, iniciei minha formação em psicanálise. Esta decisão teve como objetivo a possibilidade de abordar a adolescência dentro de um contexto que não se restringisse às questões puramente de ordem biológica, mas que favorecesse a escuta do sujeito¹.

Outro fator determinante da minha formação em psicanálise está relacionado ao fato de parte do meu tempo de trabalho ocorrer numa instituição de saúde cuja clientela apresenta regularmente, encoberto pelo sintoma manifesto, um cenário frequentemente violento, muitas vezes da ordem do trauma, e que necessita ser devidamente acolhido.

¹ Em psicanálise, Jacques Lacan conceituou a noção lógica e filosófica do sujeito no âmbito de sua teoria do significante, transformando o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente da ciência e do desejo. (ROUDINESCO e PLON, 1998: 742).

A experiência psicanalítica produz as condições de emergência do sujeito do inconsciente, justamente através da repetição e da transferência, e cria condições de produção das chamadas formações do inconsciente (atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes), outra modalidade de emergência do sujeito, esta de caráter metafórico e pontual (ELIA, 2004: 17)

Esta prática na instituição médica à qual afluem as doenças corporais e nas quais passei a implicar o psiquismo tem constituído um território muito fértil, propiciando a emergência de questões relacionadas ao saber médico ao lado daquelas implicadas na teoria psicanalítica, que passei a considerar com rigor.

Inicialmente, a formação do grupo de adolescentes obesos tinha como finalidade, promover um espaço onde esses jovens pudessem por meio da palavra, trocar as suas vivências em relação à obesidade e ao próprio momento da adolescência.

No entanto, no decorrer dessa experiência surgiu a percepção de que apesar da freqüência semanal e do acesso a todas as informações relacionadas à dieta e hábitos de vida, os resultados que diziam respeito à perda efetiva de peso se mostravam inferiores ao pretendido. Inclusive, ambas as situações, envolvendo ganho ou perda de peso, geralmente ocasionavam o comentário do adolescente envolvido: “Eu não sei o que aconteceu...”, denotando uma alienação em relação à queixa e ao motivo da procura por atendimento.

Em relação a esse fato, Costa (2006 b) relata algumas questões que consideramos bastante pertinentes, quando relacionadas àquelas surgidas na nossa percepção com o grupo. Essa autora chama a atenção para o fato de que em certos tipos de doença ocorre a busca infundável por tratamento, feita de um serviço a outro, resultando numa cronificação da queixa, “que se esgota somente no fato de ser enunciada, num exercício estéril.”

As razões de tal situação são variadas e complexas para análise. No entanto, pode-se reconhecer imediatamente a produção de uma fala “socializada”, anônima, construída nos contextos de atendimento institucionais. Essas falas estabelecem um saber sobre as queixas sendo “moeda de circulação” entre pacientes e técnicos. (COSTA, 2006: 156)

No espaço do grupo tal situação se apresentou de forma bem evidente por meio da fala dos adolescentes, geralmente constituída pela descrição das vicissitudes que a obesidade impunha às suas vidas e por conceitos e informações corretas sobre a doença, configurando mais a reprodução de um saber, sem que, no entanto, houvesse uma implicação do sujeito.

A partir daí, começou a se delinear a necessidade da criação de novos dispositivos, onde a singularidade do sujeito pudesse se manifestar. Isso foi feito ao introduzir no trabalho proposto a abordagem de uma escuta particularizada, de orientação

psicanalítica, que iniciamos com aqueles adolescentes que manifestaram o desejo de se implicarem nesse tipo de atendimento

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A clínica na medicina e na psicanálise

Referindo-se a clínica médica e a clínica psicanalítica Ansermet (2003:7) estabelece as similaridades entre o médico e o psicanalista como clínicos, ao mesmo tempo em que estabelece um contraponto dialético entre medicina e psicanálise. Dessa forma afirma que: “a clínica em seu cerne, é a um só tempo a prática de um saber e uma via de pesquisa que contribui para estabelecer um saber a partir de uma prática”.

Citando Foucault, Ansermet (2003: 9) situa a clínica médica como uma clínica do olhar que “busca constituir seu objeto por meio da observação e da descrição, enquanto a clínica psicanalítica se refere a uma clínica da escuta”.

Capturado pelo olhar médico, o corpo, entendido como organismo composto por órgãos, tecidos e músculos, vai ser registrado, classificado, enfim ocupar um lugar em um determinado quadro nosológico. O objeto de interesse é a própria doença, via pela qual a ciência médica encontra o discurso próprio (MORETTO, 2001).

Em favor de uma pretensa objetividade científica, anula-se a fala do sujeito, e transformam-se os seus significantes em signos e sinais médicos.

Tendo um objetivo terapêutico estabelecido onde estão implícitos os ideais de saúde e normalidade a prática médica visa a eliminação dos sintomas e o retorno a uma situação anterior de “silêncio dos órgãos” (JORGE, 2005: 21).

Freud já em 1905 se referia a essa exclusão da subjetividade no exercício da medicina:

... a medicina fez seus maiores progressos tanto na qualidade de ciência como na de arte: desvendou a composição do organismo a partir de unidades microscopicamente pequenas (as células), aprendeu a compreender a física e quimicamente cada um dos processos (funções vitais), distinguiu as modificações visáveis e palpáveis das partes do corpo em consequência dos diferentes processos patológicos, e descobriu por outro lado, os indícios pelos quais se revelam os processos patológicos entranhados a fundo no organismo vivo; desvendou ainda um grande número dos micróbios patogênicos e, com a ajuda dos conhecimentos recém adquiridos, reduziu extraordinariamente os perigos das intervenções cirúrgicas mais graves. Todos esses progressos e descobertas diziam respeito ao aspecto físico do ser humano, e assim, em consequência de uma linha de raciocínio incorreta, mas facilmente compreensível, os médicos passaram a restringir seu interesse ao corporal e de bom grado deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam a tarefa de se ocuparem do anímico (FREUD, 1996: 271-7).

No mundo contemporâneo, esta situação se agravou, com a medicina aparecendo “como produto da conjunção da ciência com o discurso capitalista” (QUINET, 2003: 150).

Com a tecnologia ocupando a posição principal em detrimento do olhar clínico, esta, ao invés de estar a serviço do médico, o coloca na posição de mediador entre a máquina humana e a máquina mecânica, atrelado ao ideal científico, tomando como parâmetro o universal, inclusive no tratamento das doenças e dos sintomas.

Tal fato pode ser constatado na área da neurofarmacologia, onde o grande avanço ocorrido permitiu isolar neurotransmissores produzindo esperanças de melhora e de alívio do sofrimento psíquico. No entanto, Ribeiro (2003) aponta que regularmente, a teoria médica elimina o efeito sujeito do seu campo de investigação, quando, por exemplo, ao eliminar um sintoma pelo uso de uma medicação não considera a singularidade do seu portador.

Assim, por exemplo, a disseminação dos medicamentos dirigidos aos distúrbios sexuais não leva em conta que esses distúrbios em um homem, não se limitam à disfunção erétil. Desse modo, o mesmo medicamento que pode ser uma dádiva benéfica para um homem cuja capacidade de ereção foi prejudicada por uma doença física, embora a capacidade de desejar permaneça ativa, pode ser experimentado como uma confirmação de fracasso por outro que, bloqueado em seu desejo, verifique que a ereção e o ato mecânico não resolvem seus problemas (RIBEIRO, 2003: 50).

Vemos assim hoje, na medicina uma tendência em denominar as diversas patologias de “transtornos”, nomeação generalizante que desvincula o sintoma da sua dimensão subjetiva, permitindo que se apliquem a todos o mesmo protocolo de tratamento e conseqüentemente a mesma medicação.

Tal fato pode ser constatado no caso da anorexia-bulimia e da obesidade, designados “transtornos alimentares”, sem que haja qualquer motivação em conhecer o quê na realidade transtorna os sujeitos que os portam.

Contribuindo para agravar este quadro, convive-se atualmente com o desaparecimento da figura do médico tradicional sufocada pelos planos de saúde e pela medicina socializada.

É neste contexto em que a medicina foraclui do seu âmbito a dimensão do sujeito, que a psicanálise tem contribuições importantes a fazer, na medida em que se contrapõe a esta generalização do sintoma.

Através do seu trabalho com as pacientes histéricas, Freud se dá conta de que o sintoma é portador de uma verdade que o próprio sujeito desconhece. Pela fala ocorre o desaparecimento do sintoma que não necessita mais do corpo para ser escutado. O sintoma se transfere do corpo passando a se constituir como demanda dirigida ao analista.

Por isso, o saber implicado na situação analítica é sempre um saber singular, uma vez que entre o sintoma e a identificação diagnóstica estarão implicados uma sucessão de procedimentos psíquicos dependentes da dinâmica do inconsciente e que portanto, não se adequam a ordem causalista característica do discurso científico (DOR, 1997).

Ansermet (2003:15), diz que o médico opera a partir do lugar do mestre², posição indispensável ao seu trabalho e ao tratamento do paciente. Já o psicanalista não pode ocupar esta posição, uma vez que para ele a decisão é o que caracteriza o sujeito.

Para isso, o psicanalista deve, contrariamente ao médico, preservar na sua relação com o paciente o que poderíamos designar como o lugar da ignorância: deixar aberta a escuta do corpo tal qual ele aparece na dimensão subjetiva, o corpo falante que apenas o paciente pode revelar (ANSERMET, 2003:15).

² Faz-se necessário esclarecer que o mestre citado por Ansermet, é o mestre dos quatro discursos lacanianos, sendo o discurso do poder, ou seja, o médico como o mestre são os agentes do discurso.

$$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a} \quad \frac{Agente}{Verdade} \rightarrow \frac{Outro}{Produção}$$

O discurso do analista é o avesso do discurso do mestre, que possibilita ao sujeito ser produtor de sua criação.

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Pela escuta, “na dimensão do dizer e do dito é que se delimitará o campo da investigação clínica” (DOR, 1997: 14), a avaliação passa a incluir uma característica subjetiva, uma vez que se sustenta no discurso do paciente dirigido à subjetividade do analista que ouve.

No tratamento psicanalítico os sintomas são deslocados para a transferência, estabelecendo-se o que Freud denominou uma neurose de transferência onde o sintoma é atualizado na relação do paciente com o analista, adquirindo um novo significado. O sintoma neurótico se transforma em sintoma analítico, construindo-se uma clínica centrada no próprio sujeito que é quem reconhece a sua doença independente da determinação do médico.

Ao contrário da medicina e da psiquiatria, a psicanálise aposta na conciliação do sujeito com o seu sintoma permitindo-lhe bem dizê-lo e a habituar-se ao seu núcleo irredutível (QUINET, 2003).

Bem dizer o sintoma é a condição para aquilo que Lacan propôs para se referir à relação do sujeito com seu sintoma no final de análise: *savoir y faire*, saber lidar com o sintoma. O bem dizer do sintoma a que leva uma análise conduzida até seu final é a condição de saber lidar com ele (QUINET, 2003: 141).

Discorrendo sobre o sintoma na medicina e na psicanálise, Ferreira e Pimenta (2003) lembram que nos seus primórdios a psicanálise era praticada por médicos que com o passar do tempo, deixaram para os não médicos essa ocupação, produzindo-se uma fenda entre o espaço científico e o psicanalítico.

É neste espaço vazio que o discurso capitalista opera negando a especificidade própria a cada um destes campos de saber, financiando novas drogas, que por sua vez, precisam ser consumidas para financiar novas pesquisas. Nesta crença desenfreada no ideal científico, a medicina não leva em conta que a constituição de um campo científico envolve a delimitação de um espaço de experiência, onde algumas coisas são incluídas e outras excluídas. No entanto, posteriormente, o que foi excluído no início obrigatoriamente sempre retorna (LECLAIRE, 1979).

A ciência médica com sua determinação de objeto que diz respeito ao biológico e suas perturbações, exclui o corpo erógeno, libidinal. No entanto Leclair adverte que, na rotina do trabalho médico o erógeno sempre comparece representado pelos questionamentos e exposição da dor dos sujeitos que ocupam o lugar de pacientes.

Regularmente esse profissional se depara com situações desconcertantes que se

apresentam quando a resposta ao tratamento foge às expectativas previstas, apontando para uma situação singular.

Em 1923, Freud (1996) já se referia às contribuições da psicanálise à esfera da medicina, particularmente ao médico que se dedicasse a seu estudo, que se beneficiaria de uma maior compreensão da complexidade da vida mental e suas relações com a esfera física.

Alberti (2006: 98) fala no mesmo sentido quando aborda a importância do estudo do caso a caso colocando ser essa a contribuição efetiva da psicanálise a outros saberes. Por outro lado, para essa autora, o campo das ciências propriamente ditas teria muito a acrescentar à pesquisa clínica em psicanálise, através de todo o conhecimento que produz. Ela afirma: “no momento em que é possível identificar as diferenças e os pontos de interseção das diferentes práticas, talvez seja possível aprendermos uns com os outros”.

2.2 A obesidade para a medicina

No momento atual, um dos problemas mais preocupantes colocados para a saúde pública, se refere ao aumento da obesidade, envolvendo grande contingente da população mundial. Nos Estados Unidos, fala-se de uma epidemia, pois a incidência aumentou 50% nas últimas duas décadas, com a maioria da população apresentando sobrepeso (MULLER, 2001).

Na América Latina, os dados epidemiológicos também têm mostrado uma situação alarmante, pois se por um lado está ocorrendo diminuição da miséria, por outro a obesidade desponta como um problema com tendência à expansão, de dimensão tão grave quanto à própria desnutrição. Este quadro conhecido como fenômeno da transição nutricional reflete os padrões de alteração do hábito alimentar, atualmente constituído por um alto consumo de alimentos de origem animal, de açúcares e farinhas refinadas e o baixo consumo de cereais integrais e fibras (CONSENSO, 1998).

Em relação a este fenômeno é importante acrescentar que como elemento fundamental de todas as culturas, a alimentação, em todas as atividades a ela relacionadas como a obtenção, preparo e uso dos alimentos, não implica uma atividade meramente biológica, mas ao contrário, em ato da cultura pleno de significados, pelo qual

os homens explicam através de ritos, mitos e cosmovisões o seu estar no mundo, suas relações sociais conflitivas e seus vínculos consigo mesmo, através de seu corpo e seu psiquismo (BEKER; BENEDETTI; GOLDBVARG, 1996).

Feita esta ressalva e retomando a descrição do panorama da obesidade, no Brasil a situação não é muito diferente; houve um incremento da prevalência de sobrepeso e obesidade ao se comparar o censo de 1974/75 com o de 1989 que evidenciou um crescimento de 75% e 60% respectivamente, na proporção de homens e mulheres obesos (ESCRIVÃO, 2000).

Dirigindo o nosso foco de atenção para a população adolescente, observamos a mesma tendência presente nos outros extratos populacionais. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que em 1996 a população de adolescentes era de 34 milhões, estimando-se que 25% destes eram obesos (MULLER, 2001).

No ano de 2006, outra publicação do IBGE, “A Pesquisa de Orçamentos Familiares” (POF) (2002-2003), chama a atenção para o largo predomínio de distúrbios nutricionais originados do consumo alimentar excessivo e da atividade física insuficiente, sobre distúrbios originados da alimentação escassa e do gasto energético excessivo. Este estudo também destaca o crescimento geométrico do excesso de peso e da obesidade no país, particularmente em adolescentes.

Na investigação da tendência à obesidade observada nesta faixa da população estão implicadas certas particularidades intrínsecas a este período da vida que, obrigatoriamente devem ser consideradas.

Primeiramente, devido ao intenso crescimento físico e conseqüente aumento das necessidades nutricionais, os adolescentes são mais vulneráveis à exposição nutricional inadequada.

Além disso, vários estudos têm apontado que alta percentagem de adultos obesos foram adolescentes obesos, sendo a adolescência juntamente com o último trimestre da vida fetal e o primeiro ano de vida, considerados períodos críticos para o estabelecimento da obesidade (MULLER, 2001).

Outro aspecto relevante diz respeito às observações evidenciando que hábitos alimentares adquiridos neste período, aparentemente persistem na idade adulta, o que torna a adolescência um momento favorável para implementação de mudanças.

A obesidade na criança e no adolescente pode acarretar diversas situações de morbidade como as dislipidemias, a hipertensão arterial, o aumento da resistência insulínica e a apnéia do sono³. Evoluindo de maneira silenciosa estas condições alteram o estado de saúde em uma fase posterior da vida constituindo fatores de risco cardíaco.

Klish et al (2004) em trabalho realizado com crianças e adolescentes obesos nos EUA, mostraram que 80% dessa população apresentava um fator de risco para doença cardíaca enquanto 20% tinha dois fatores; o metabolismo da glicose estava alterado em torno de 25% resultando em aumento acentuado na prevalência do Diabetes tipo II; cerca de 26% a 37% desses obesos apresentava polissonografia⁴ com resultados alterados, sendo que 7% tinha resultados compatíveis com verdadeira apnéia do sono.

Estes autores também mostraram a associação da obesidade em crianças e adolescentes com patologias do sistema esquelético como a Tíbia Vara ou doença de Blount⁵ e deslizamento da cabeça do fêmur. Outros estados mórbidos citados como relacionados à obesidade foram: síndrome do ovário policístico, pseudo tumor cerebral, doenças das vias biliares e estados depressivos.

Como conseqüência deste panorama, hoje nos defrontamos com uma sobrecarga do sistema público de saúde no atendimento a indivíduos portadores destas doenças crônicas, principalmente as coronariopatias, o diabetes tipo II, a hipertensão arterial e diversos tipos de neoplasias. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade(1998) é provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina .

2.3 A obesidade para a psicanálise

De maneira diversa da medicina que enquadra a anorexia-bulimia e a obesidade como transtornos alimentares, para a psicanálise esses quadros são entendidos como construções sintomáticas singulares em resposta a conflitos psíquicos; posições subjetivas assumidas pelo sujeito afetando a oralidade e a imagem corporal (FERREIRA, R. 2007).

³ Doença crônica caracterizada por interrupção na respiração durante o sono devido à obstrução das vias aéreas superiores (LORENZI, 2007)

⁴ Exame que faz o diagnóstico da apnéia do sono (LORENZI,2007)

⁵ Doença que acomete a epífise proximal e medial da tíbia podendo provocar o fechamento da placa de crescimento e desvio em varo da perna.(SANTILI, Cláudio et al, 2000)

A tentativa de elucidação desses sintomas nos remete à vida infantil e ao significado marcante das experiências libidinais desse período, notadamente àquelas que se relacionam ao contato da criança com o seio materno.

Ao nascimento, devido ao seu estado de prematuração, o bebê se encontra em situação de completa dependência em relação às suas necessidades básicas não sendo capaz de evitar os estímulos que o acometem (a fome, por exemplo) e que rompem o equilíbrio natural de homeostase da vida intra-uterina. Em resposta a esses estímulos ele reage de um modo, que no dizer de Cabas (2005: 113) se assemelha a um “comportamento de ordem epiléptica (...) como uma catarse não significada relativa ao estímulo”. Portanto essa reação, cujo protótipo é o choro inicial do bebê, é uma resposta desprovida da intencionalidade, configurando unicamente uma reação aos estímulos que o acometem.

A intencionalidade é dada pela mãe que como mediadora dessa situação, baseando-se nas suas vivências, interpreta e dá um sentido a esse pranto, convertendo-o em um pedido de auxílio. “Assim a mãe acha que provém do bebê um sentido que, na realidade, surgiu e foi atribuído por ela (...) ao escutar o choro do bebê está, na verdade, escutando seu próprio sentido, seu próprio pranto” (CABAS, 2005: 114).

Como mediadora entre esses estímulos e a criança, a mãe, através dos seus cuidados, no ato de amamentar, está apaziguando a fome, mas concomitantemente erogeneizando o corpo do seu bebê, favorecendo que em torno da satisfação de uma necessidade orgânica se apóie um prazer de natureza sexual que tem um objeto fora do corpo da criança, representado pelo seio materno. A partir daí a alimentação e o seio, passam a ter outra significação que transcende a simples satisfação de uma necessidade orgânica e que está referida ao amor e ao afeto.

A amamentação, nesse primeiro momento, onde a excitação sexual passa a se apoiar na função de nutrição, vai marcar indelevelmente todo sujeito, e ter desdobramentos na vida futura. Além disso, essa relação na qual a interpretação das necessidades do bebê é condicionada pelo inconsciente materno, sempre estará sujeita a equívocos. Por exemplo, se o choro é entendido somente como fome, haverá sempre a oferta do alimento, até nos momentos em que se demanda atenção e afeto.

Em relação ao desmame, Dolto (2004) chama a atenção para o fato de que se este ocorrer de forma positiva irá despertar na criança o desejo de explorar novos meios de

comunicação, possibilitando a emergência de prazeres diferentes com objetos que apesar de não poderem ser incorporados serão suportes de transferência para um prazer maior, compartilhado com todos aqueles que compõem o seu referencial simbólico

No entanto para que tal processo ocorra é necessário que a mãe aceite o rompimento dessa relação dual permitindo que através do espaço vazio antes ocupado pelo objeto primordial, o sujeito possa elaborar a sua subjetividade (DOLTO, 2004).

A falta desse espaço acarreta a exclusão da atividade libidinal da cadeia simbólica e a relação com a mãe torna-se uma relação tranqüilizante, sendo um facilitador para a compulsão, numa tentativa de suplência da falta (Kelner, 2004).

Para a psicanálise as patologias alimentares, onde se incluem a anorexia, bulimia e obesidade, surgem a partir desse cenário, podendo ser entendidas como formas de transgressão, caminhos pelo qual o sujeito expressa no próprio corpo a sua necessidade de se distinguir do Outro materno e de encontrar uma identidade.

Onde se lida o tempo todo com as idéias de cheio-vazio, excesso-falta e uma oscilação entre a fusão total com o outro e o movimento de total afastamento.

Na obesidade especificamente, o sujeito permanece fixado na posição de objeto, aprisionado ao desejo do Outro, com seu desejo reduzido a um gozo autista proporcionado pelo objeto alimento. Por isso, Recalcati (2004) situa a obesidade como patologia estruturalmente infantil.

Articulando a obesidade e a adolescência, esta pode ser entendida como momento onde, em decorrência das intensas transformações corporais e intensificação das moções pulsionais, a ingestão de alimentos adquire significações variadas, que ultrapassam a satisfação de uma necessidade orgânica.

Vilhena (1999: 265), fazendo algumas considerações sobre este tema aponta que particularmente na adolescência, “a boca, aquilo que se come, o corpo, serão meios privilegiados pelos quais o jovem nos aponta seus impasses sexuais, dificuldades e traumas em sua história singular, enfim, seu modo de posicionar-se no mundo”.

Nesse momento, o sujeito se defronta com o Real representado pelas transformações corporais, pela impossibilidade da relação sexual e pela exigência de um deslocamento em relação à encarnação imaginária do Outro constituído pelos pais. A

percepção do Outro como sexuado permite a ultrapassagem da dimensão narcisística do autoerotismo ao encontro de um objeto sexual.

Se na infância o sujeito ocupava o lugar de objeto da demanda do Outro, na adolescência surge a possibilidade de retificação desse encontro anterior.

Recalcati (2003) aponta que, ante essa nova demanda o sujeito vai responder não através do simbólico ou do Ideal do Eu, mas por um aumento da espessura do imaginário, ou seja, através de uma expansão do Eu ideal que lhe permite se defender da nova imagem, na qual não se reconhece. Nesse momento rompe-se o encanto imaginário narcisístico anterior do estagio do espelho. O adolescente se olha e o espelho lhe devolve uma imagem deformada na qual não se reconhece e que lhe causa angústia.

Nesse sentido, os sintomas relacionados à oralidade como a anorexia-bulimia e a obesidade, que tendem a eclodir na adolescência podem ser entendidos como tentativa precária de governar a transformação corporal através de um reforço da imagem. Rodolfo (1999: 137-138), descreve:

As transformações do corpo são percebidas com estranheza e assombro. Um dos destinos patológicos é constituído pela neutralização da erogeneidade genital do corpo; e nos casos dos transtornos da modalidade alimentar, essa neutralização chega ao ataque biológico, em que o corpo inteiro se torna vítima. Contrainvestir o corpo erógeno conduz à construção de um contracorpo ou corpo estético sublime, e esse deslocamento sobre outras zonas não implicadas pela erogeneidade genital constitui uma defesa privilegiada na puberdade.

Um outro aspecto a ser considerado na difusão epidêmica desses sintomas, diz respeito ao contexto social contemporâneo, onde a lógica capitalista sustenta a necessidade de saturação do vazio como possibilidade de supressão do desejo.

Neste cenário, o corpo que em tempos anteriores permanecia oculto, se transformou em objeto de consumo, passando a ocupar lugar de destaque. As pessoas parecem ávidas por serem reconhecidas pelo corpo que exibem que passou a se constituir como alvo de completude e perfeição, o que paradoxalmente faz desse mesmo corpo fonte de frustração e sofrimento (FERNANDES, 2003).

Esse sofrimento é o que se encontra velado na obesidade, nas toxicomanias e na depressão, onde se coloca o paradoxo constituído pelos elementos da contemporaneidade, da grande oferta de produtos, da cultura narcísica, que expõem a falta e ao mesmo tempo não toleram a imperfeição.

2.4 O Corpo na psicanálise

Inicialmente ao se pretender construir algum tipo de conhecimento sobre o corpo é necessário ter em mente que várias disciplinas construíram um conhecimento sobre o mesmo, resultando no que podemos entender como vários tipos de corpos: o corpo biológico, o corpo filosófico, o corpo estético e o corpo da psicanálise.

Pelos objetivos que nos propusemos, é ao corpo da psicanálise que vamos nos dirigir tomando como referencial inicial o texto freudiano, ao qual acrescentamos o de Lacan a partir da reelaboração que este empreendeu da obra de Freud.

2.4.1 O conceito de pulsão

É um fato que a construção freudiana influenciou de maneira definitiva todo o percurso que envolve as relações entre o psíquico e o somático (VOLICH, 2000).

Inicialmente, em decorrência da sua formação médica, Freud traz como bagagem o modelo anátomo-fisiológico e uma grande preocupação em expressar os dados da psicologia em termos fisiológicos. Assim, na introdução ao seu “Projeto para uma psicologia científica” expressa que sua intenção é “... prover uma psicologia que seja uma ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processo claros e livres de contradição” (FREUD, [1895]1996: 347).

No entanto, ao se deparar com os sintomas de suas pacientes histéricas Freud (apud Fernandes, 2003) intui que as manifestações dessas doenças não decorriam da realidade biológica do corpo, mas constituíam o material de uma narração visual, em que a imagem é erigida como testemunho de um sofrimento diferente do sofrimento de um corpo doente, denotando um sofrimento psíquico. Em seus estudos iniciais sobre a histeria Freud (apud Birman, 2000) concebe o corpo das histéricas como fundado nas representações populares, contrapondo-se ao corpo estabelecido pela ciência dos anatomistas. Como consequência surge uma nova cartografia do corpo, corpo libidinal que seria ao mesmo tempo um corpo representado e imaginado.

A partir daí a teoria freudiana inaugura e destaca o papel do conflito na existência humana, conflito constituído por necessidades fisiológicas, desejos, sexualidade e a

realidade que determina a possibilidade de satisfazê-los. Consequentemente, o sintoma histérico passa a ter o estatuto de uma função simbólica decorrendo de um conflito que não tem outro modo de se expressar (VOLICH, 2000).

Em 1898, a investigação da sexualidade infantil passa a ter um papel significativo na trajetória do pensamento freudiano o que o leva a apontar que na origem das neuroses estariam experiências sexuais da infância dizendo que, “erramos ao ignorar inteiramente a vida sexual das crianças; segundo minha experiência, as crianças são capazes de todas as atividades sexuais psíquicas, e também de muitas atividades somáticas” (FREUD, [1898]1996: 266).

A partir da influência dessas experiências sexuais precoces resultaria uma reação psíquica anormal, com o surgimento de formações psicopatológicas numa fase posterior ao desenvolvimento do aparelho sexual somático e psíquico.

Neste contexto, Freud prossegue suas investigações voltando-se para o estudo da sexualidade infantil, o que culmina com a publicação em 1905 dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. Nesse texto ele aponta a plasticidade da sexualidade que convive com diversas tendências “perversas”, as quais se originam de zonas erógenas universalmente presentes no ser humano. Tais zonas se encontram em parte já pré-formadas e em parte erotizadas a partir de experiências ocorridas na infância, relacionadas aos estímulos provenientes do mundo adulto. Cada elemento dessa matriz erótica, representadas (pele, paladar, olfato, tato, etc.) e suas diversas atividades associadas (cheirar, tocar, chupar), poderiam sob diversas circunstâncias, conhecer maior ou menor grau de autonomia nas fantasias e tornar-se predominante ao longo do desenvolvimento psicosexual.

É também nos “Três Ensaio” que Freud ([1905]1996) introduz o conceito de pulsão, essencialmente a pulsão sexual, entendida como a representação psíquica de uma fonte somática de estimulação que flui constantemente, em contraste com o estímulo que é produzido por excitações esporádicas e externas. Nesse sentido, a pulsão se situa como um conceito limítrofe entre o psíquico e o somático se caracterizando por ter sua origem num processo excitatório no interior do organismo, agindo como força constante à qual todo ser humano não pode escapar. Sua finalidade seria a satisfação, e o seu objeto aquilo no quê o por meio do quê, tal satisfação pode se realizar.

Ao afirmar a origem somática das pulsões e seu caráter energético, Freud (in Elia, 1995: 47) estabelece a diferenciação deste conceito em relação ao instinto que para a psicobiologia seria “um padrão fixo, invariável de comportamento comum a todos os indivíduos de uma mesma espécie, voltado para um objeto específico determinado de satisfação, que o é precisamente por garantir que sua finalidade seja alcançada.”. A pulsão ao contrário não se orienta por comportamentos fixos e invariáveis e na vida mental só se apresenta por sua finalidade.

Em relação ao objeto da pulsão, este é determinado com a única finalidade de prestar-se à satisfação, na contingência de uma dada situação singular e é nesse aspecto, que a pulsão se diferencia mais radicalmente do instinto: não ter objeto específico pré-determinado. Ainda como marca da diferença de um instinto, a pulsão é sempre parcial e nunca pode ser completamente satisfeita (ELIA, 1995). Essa insistência da força pulsional, destaca a pulsão de uma função biológica, que implica em uma pressão de necessidade como a fome, por exemplo, tendo como característica um ritmo específico.

Em 1910, num artigo intitulado “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão”, Freud enuncia seu primeiro dualismo pulsional, opondo as pulsões sexuais cuja energia é de ordem libidinal, às pulsões de auto-conservação, também chamadas pulsões do eu, que tem por objetivo a conservação do indivíduo. Neste texto, ele escreve: “como disse o poeta, todos os instintos orgânicos que atuam em nossa mente podem ser classificados como fome ou amor”. (FREUD, 1996: 224).

Esta concepção é mantida até a publicação, em 1914, do artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução”, onde a partir de suas próprias observações sobre as psicoses, Freud conclui que nessas patologias ocorre uma retirada da libido dos objetos externos com retorno dessa libido para o eu, que assim se transforma ele próprio em objeto de amor (FREUD, 1996).

Em 1920, Freud articula um novo dualismo pulsional representado pelas pulsões de vida e as pulsões de morte, conceito que apresenta em trabalho intitulado “Mais além do princípio do prazer”.

A teorização sobre a pulsão de morte surgiu a partir da observação da compulsão à repetição, que é de origem inconsciente e que leva o sujeito a se colocar reiteradamente em situações dolorosas. Freud relacionou-a igualmente com a tendência destrutiva e

autodestrutiva identificadas nos seus estudos sobre o masoquismo. A relação estabelecida entre essas observações e constatações de ordem filosóficas de que a vida é precedida por um estado de não vida, resultou na hipótese freudiana de que existe uma pulsão cuja finalidade “é reconduzir o que está vivo ao estado inorgânico” (ROUDINESCO, 1998; PLON 1998: 631).

Nas “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise” Freud ([1932-1936]1996: 109) chama a atenção para a presença da pulsão de morte em todo processo vital. Acrescenta que “da ação concorrente e antagônica desses dois, procedem os fenômenos da vida que chegam ao seu fim com a morte.” Segundo Elia (1995) o estudo da pulsão de morte levou Freud a considerá-la para além do campo das representações, para além do regime simbólico, inaugurando o que Lacan iria denominar posteriormente de Real .

2.4.2 A construção do corpo

A criança nasce com um organismo que vai se tornar um corpo sexuado a partir das relações que estabelece com este mesmo organismo e com o seu entorno. Mediando estas relações encontramos a figura da mãe, aqui entendida como a pessoa que se ocupa deste bebê, provendo a sua condição de desamparo inicial, respondendo ao seu choro e afastando as sensações desagradáveis.

Na fase inicial da vida, um bebê não chora para chamar a atenção, mas como mecanismo de reação aos estímulos, por exemplo, a fome, que interrompe o equilíbrio natural de homeostase que era característico da vida intra-uterina. É a mãe que ao perceber o choro, o interpreta e preenche com sua própria intencionalidade, e é a partir daí que o choro se converte em um apelo, sem que seja este o seu sentido inicial.

Esta tarefa pressupõe então que exista um investimento desta mãe no corpo do bebê. Em outras palavras, significa que esta mãe seja capaz de experimentar prazer nas trocas efetuadas com o seu bebê, atribuindo sentidos àquilo que, inicialmente, não passa de pura ação reflexa, nomeando as partes e as sensações deste organismo. Tratando-se de mãe e filho, essas trocas ocorrem na relação seio – boca onde, além do leite, estão envolvidos atributos do desejo.

Freud (1933[1932]) com o artigo “A feminilidade” aponta que para toda mulher um filho seria o equivalente ao pênis que ela teria gostado de ter tido na sua primeira infância. Com isso ele quer fazer entender que o valor libidinal com que um bebê está investido é o mesmo valor libidinal que, outrora, possuiu o anseio feminino do pênis.

Neste investimento transferido ao filho, a mãe vai moldando e erogeneizando esse corpo, introduzindo marcas materiais e simbólicas – significantes - e fazendo com que este evolua de um “corpo de sensações” a um “corpo falado”, corpo pulsional. Trata-se da imposição do simbólico, da linguagem sobre o corpo que embora se configure como ato restritivo, não é arbitrário, já que o seu agente também está submetido a uma outra imposição: a dimensão simbólica do campo social. Por isso, tal ação tem uma função estruturante e vai se apresentar à criança em cada situação de aprendizado, a cada confronto com o limite, com o não, com a morte. É por essa operação que um organismo biológico assume certa acumulação de estímulos que o introduzem numa ordem erógena, numa função sexual, tornando-se um corpo pulsional.

Da infância à puberdade a pulsão sexual assume a forma de um conjunto de pulsões parciais que, inicialmente, se apóiam em outras atividades somáticas, ligadas a determinadas zonas do corpo, que adquirem o estatuto de zonas erógenas. Como exemplo de pulsão parcial, teríamos a satisfação da necessidade de nutrição obtida através do sugar, gerando prazer e determinando que os lábios se transformem em uma zona erógena onde se origina uma pulsão parcial (FREUD, [1905]1996).

Posteriormente, no decorrer do desenvolvimento, essa pulsão parcial, cujo caráter sexual ficou ligado ao processo de erotização da zona corporal considerada, separa-se do seu objeto de apoio para se tornar independente e funcionar de maneira auto-erótica (FREUD, [1905]1996).

A fase auto-erótica seria então o primeiro modo de satisfação da libido, significando, o prazer que um órgão retira de si mesmo, e que pode ser exemplificada pelo ato do bebê de sugar os dedos, ato carregado de determinantes psíquicos, que tranquiliza a criança devido à evocação da experiência com a mãe.

Nesta fase, as pulsões parciais procuram cada qual por si, sua satisfação no próprio corpo. Também neste momento a criança vivencia a experiência de um corpo fragmentado, incompleto, desorganizado, que necessita ser unificado.

Garcia-Roza (2004: 41), se referindo ao auto-erotismo, pontua:

A partir desse auto-erotismo, para o qual não há um objeto externo determinado, a libido vai aos poucos constituindo seus objetos, numa expansão que é correspondente à elaboração do mundo pelo sujeito, mundo dos objetos de interesse. O importante é entendermos que esse mundo não é construído segundo a ordem das necessidades, não se trata de ir descobrindo pouco a pouco os caminhos que conduzem das necessidades biológicas aos objetos do mundo exterior, de acordo com uma ordem que é anterior e exterior à instauração do princípio do prazer.

Em 1914, Freud em “Sobre o narcisismo, uma introdução” dá ao narcisismo um lugar essencial na teoria do desenvolvimento sexual do ser humano.

Na tradição grega o termo narcisismo designa o amor de um indivíduo por si mesmo e a partir deste contexto, para a psicanálise, implica a idéia de um corpo unificado totalmente erogeneizado. Em outras palavras, implica em que já exista um sujeito capaz de representar para si mesmo o que mais tarde ele chamará de seu eu e que confundirá em parte com a representação do seu próprio corpo. O narcisismo primário diria respeito à criança e à escolha que ela faz da sua pessoa como objeto de amor, numa etapa precedente à plena capacidade de se voltar para objetos externos (ROUDINESCO, PLON, 1997: 531).

Para Freud no auto-erotismo, não há uma representação do corpo como unidade; falta o eu entendido como a representação complexa que o indivíduo faz de si mesmo. Assim ele escreve:

(...) posso ressaltar que estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo uma nova ação psíquica a fim de provocar o narcisismo (FREUD, [1914]1996: 84).

Logo, o narcisismo infantil é contemporâneo da constituição do eu e implica a idéia de um corpo unificado.

A constituição desse eu efetiva-se com o concurso da revivescência do narcisismo dos pais que atribuem ao filho todas as perfeições, além de concederem a eles privilégios que eles próprios foram obrigados a abandonar. O eu que surge da confluência da imagem unificada que a criança faz do seu próprio corpo e dessa revivescência do narcisismo paterno é o eu ideal (ideal ich), que corresponde ao narcisismo primário.(GARCIA-ROZA, 2004: 48)

Posteriormente, em 1923, em “O ego e o id”, Freud (1996) afirma que o ego é antes de tudo um ego corporal, no sentido de poder ser assim considerado como uma projeção mental da superfície do corpo.

Birman (2000: 69) se refere ao corpo da psicanálise como um território ocupado do organismo, isto é, como um conjunto de marcas impressas sobre e no organismo pela inflexão promovida pelo Outro. Sem a mediação do Outro, o organismo estará “condenado ao trauma mortífero e a uma hemorragia contínua das forças pulsionais, que tomará a via fatal da descarga contínua”.

Através de uma releitura dos conceitos de pulsão, auto-erotismo, narcisismo e do processo de constituição do sujeito, Lacan introduz a imagem, a linguagem e o gozo.

Nesse contexto, a abordagem do corpo na teoria lacaniana vai ser feita a partir de três registros fundamentais concebidos no quadro de uma tópica: o Imaginário, o Simbólico e o Real, que se referem respectivamente ao corpo como imagem, ao corpo marcado pelo significante e ao corpo articulado ao gozo. (CUKIERT, 2004)

Em relação ao Imaginário, Lacan coloca inicialmente que não se nasce com um corpo. O vivo não é suficiente para fazer um corpo. Há, portanto, de um lado, o que denominamos organismo, e, de outro o que chamamos corpo. Para fazer um corpo é necessário um organismo vivo mais uma imagem. Lacan atribui à imagem o sentimento de unidade do próprio corpo. Este momento vem de uma *gestalt* visual, de apreensão pelo *infants* da unidade de sua forma no espelho. (SARUÉ, 2000)

O estágio do espelho, designado por Lacan como estágio em 1936, representa o momento inaugural de constituição do eu, onde o infans, através da percepção da própria imagem no espelho, confirmada pelo outro, prefigura uma totalidade corporal.(JORGE, 2002)

O valor estrutural deste estágio consiste em marcar no desenvolvimento mental da criança, a relação libidinal essencial com a imagem do corpo (SARUÉ, 2000).

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de infans parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o Outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN,[1949]1998: 97).

Ao se ver de corpo inteiro no espelho, a criança imediatamente olha para o adulto para encontrar, no olhar do Outro, a confirmação do que vê.

Evidencia-se, portanto, que a experiência da unidade da imagem não é suficiente para que se faça um corpo. O *infans* precisa da confirmação daquilo que vê, e, busca no outro essa confirmação.

Nesta identificação primeira e imediata com a imagem do corpo unificado, oferecida pelo semelhante, é que se propicia a passagem da fragmentação inerente ao autoerotismo para a unidade própria do narcisismo.

O eu é então, desde sempre, a *sede das resistências* ao pulsional e ao desejo, e a ilusão de totalidade que ele configura estará a partir daí em constante confronto com a parcialidade da pulsão. Aí reside a alienação fundadora do eu, que, para se constituir, se vale de uma imagem que, no fundo, não é ele mesmo, mas um outro... (JORGE, 2002: 45).

O corpo relacionado ao Simbólico, remete às relações que este mesmo corpo estabelece com a fala e a linguagem. Lacan ([1953]1998) enfatiza sua concepção do primado da linguagem, e a necessidade de se levar em conta o corpo marcado pelo Simbólico, suporte do significante, no qual as diversas partes do corpo podem servir de significantes, isto é, ir além de sua função no corpo vivo. (CUKIERT, 2004)

A palavra tem um duplo valor: em primeiro lugar é sempre um símbolo, e como todo símbolo ela substitui um objeto. Em segundo lugar, está sempre estruturada pelo Outro, não qualquer outro, mas o Outro conceituado pela teoria lacaniana. Este Outro determina a criança mesmo antes do seu nascimento e é representado por um discurso no qual estão contidas as fantasias dos pais em relação a esta criança, a herança cultural, classe social, época, etc. É o campo do Outro, lugar onde se forma o sujeito. (CABAS, 2005)

Logo, vai ser pela via da linguagem, do significante que o corpo simbólico ganha o estatuto do primeiro e verdadeiro corpo.

O investimento pulsional do corpo pelo Outro, significa para o sujeito a perda do “corpo natural”, que pode ser assim explicado:

Os nossos órgãos, só temos acesso a eles por intermédio das representações (elementos de linguagem) que deles podemos fazer. Os órgãos são, nesse sentido, significantes, e o que neles não podemos representar, será para nós como um objeto perdido, desde sempre (desde que nos tornamos sujeitos) e para sempre. (ELIA, 1995: 103).

A partir deste registro, impossível de ser simbolizado, Lacan introduz a instância do Real e traz o corpo como lugar de gozo.

Fink (1998) apud Cukiert (2004) conceitua o Real tomando como exemplo o corpo de uma criança antes do domínio da ordem simbólica, antes do controle dos esfíncteres e da aquisição dos costumes. Neste momento da vida, o corpo poderia ser visto como uma zona erógena contínua, sem nenhuma zona privilegiada de prazer.

A partir da socialização, este corpo vai ser marcado gradativamente, por significantes que localizam certas áreas destinadas ao prazer enquanto outras são neutralizadas pela palavra e persuadidas a se conformarem com as normas sociais e comportamentais.

Nesse sentido, o Real vai ser entendido como o que não foi simbolizado, ou o que resiste à simbolização, mesmo após a aquisição da linguagem. A abordagem psicanalítica vai justamente propiciar que se coloque em palavras o que não pôde ser simbolizado.

2.4.3 O Nome do Pai

Através da releitura dos complexos de castração e de Édipo freudianos, Lacan ([1957-1958]1999) elabora o conceito de metáfora paterna que estabelece as funções do pai no processo de simbolização e que se realiza em três tempos.

No início da vida, em decorrência da posição particular que a criança mantém junto à mãe supressora de todos os estímulos, essa relação assume características quase fusionais. Nesta posição a criança no seu desamparo busca identificar-se com o que supõe ser o objeto do desejo materno, objeto suscetível de preencher a falta do Outro, objeto este como sendo exatamente o falo.

O que a criança busca como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe, isto é: *to be or not to be* o objeto do desejo da mãe. (...). Para agradar a mãe, se vocês me permitem andar depressa e empregar palavras figuradas, é necessário e suficiente ser o falo (LACAN, [1958]1999: 197-198).

A introdução no universo simbólico (campo do Outro) da Lei (Nome do Pai), implica em que a criança ocupe essa posição – o lugar de objeto do desejo da mãe. Esse

processo, nomeado por Lacan de humanização do ser falante, tem como agente a mãe no registro simbólico (JORGE, 2005).

Por outro lado, na sua condição de desamparo a criança é totalmente dependente em relação à mãe como apaziguadora de todos os seus estímulos. Neste contexto, a mera presença do pai vai implicar na ausência materna o que leva por parte da criança à produção de uma fantasia que consiste em uma mãe sempre presente, fálica, que não necessita de um outro, o que na realidade não existe.

Assim se constitui a primeira operação edípica, formulada por Lacan a partir dos complexos de castração e do Édipo freudianos e que consiste na produção de um objeto mítico, uma formação da libido infantil, uma ilusão cujo destino é quebrar-se inevitavelmente.

Essa operação é descrita por Cabas (2005), como o vencimento da resistência de um organismo biológico em transformar-se em erógeno, sendo que tal vencimento é realizado pela mãe como agente concreto de um código que consiste na equivalência pênis= bebê.

Logo a relação mãe/ filho é uma relação que inclui três termos: a mãe, o filho e o código que os determina. Nesta função, a mãe promove o que Lacan denominou a instância do falo⁶, que nada tem a ver com o pênis procriativo, mas com o pênis inscrito no desejo materno.

Num segundo tempo, ocorre a introdução de um outro elemento na relação mãe/criança, constituído pelo pai ou qualquer outro interesse que seja perceptível à criança como obstáculo à exclusividade da sua relação, configurando uma Lei que se situa em duas vertentes: do lado da criança, o pai intervém sob a forma de interdição, apresentando-se a ela como um “tendo direito”. No que diz respeito à mãe, o pai

⁶ Em texto de 1923, intitulado “A organização genital infantil”, Freud chama a atenção para o fato de que na infância, para os dois sexos, a referência primordial é o órgão genital masculino. Neste contexto, podemos entender a não existência de um primado genital, mas de um primado do falo, subentendido como exterior à realidade anatômica do órgão. Logo é a noção da falta que suscita a promoção do objeto fálico e o introduz para além da realidade anatômica. A grande virtude da leitura lacaniana é justamente aqui, a de situar o falo não como um órgão do corpo (o pênis como órgão material), não como um mero objeto imaginário, (condição que o falo pode assumir, mas que não é sua condição primordial), nem mesmo como fantasia, mas como significante, como operador simbólico que permite ao sujeito situar-se quanto ao seu desejo, porque permite ao sujeito se fazer representar em face daquilo que, enquanto tal, não tem representação no inconsciente: a diferença sexual, o sexo (ELIA, 2004: 66).

intervém, levando a criança a questionar a sua identificação fálica e a renunciar a ser o objeto de desejo da mãe. (DOR, 2003)

Por outro lado, em relação à mãe, esta Lei a priva do falo que ela supostamente tem sob a forma da criança identificada com o objeto do seu desejo. Logo, o papel a ser exercido pelo pai é interditar a mãe.

Lacan no Seminário 5: as formações do inconsciente ([1957/1958]1999), ressalta a importância do reconhecimento pela mãe da sua submissão à Lei do pai, já que, a eficácia da Lei implica a mediação pela palavra da mãe.

Este segundo momento do Édipo é indispensável para que a criança, num terceiro momento, possa simbolizar a lei instituindo um lugar ao Pai onde este é o depositário do falo.

Na contradição entre o complexo fálico instituído pela mãe e a sua impossibilidade interna, o complexo de castração, compete à função do pai num terceiro tempo, oferecer uma alternativa, introduzindo uma proposta que permita ao sujeito o acesso à instância do desejo, constituindo uma estrutura – o Ideal do Ego - que permita a estrategização da mitologia fálica. (CABAS, 2005)

Nem o menino nem a menina possuem o falo; então ao suporem o pai como portador do falo, o menino se situará identificando-se ao pai e a menina, tomando-o como objeto de amor.

Assim o transformar-se em homem ou mulher está articulado a este processo de passagem da dialética do “ser ou não ser o falo” para o “ter ou não ter o falo”, passagem resultante do complexo de castração, ou seja, da função paterna do pai como significante, efetivando-se na metáfora paterna (GUTIERRA, 2003: 53).

A criança pode então mobilizar seu desejo, como desejo de sujeito, para objetos substitutivos ao objeto perdido. Com o advento da linguagem abre-se a possibilidade do acesso ao simbólico instaurando-se o recalque originário que consiste numa metaforização, tendo função estruturante. Na constituição desta metáfora ocorre a substituição do significante fálico, pelo significante do Nome-do Pai, o que vai permitir a simbolização primordial da Lei. (DOR, 2003)

2.5 A adolescência na psicanálise

Para a psicanálise, a adolescência, longe de caracterizar um tempo cronológico de desenvolvimento diz respeito a uma operação psíquica. No centro, e como motivadora desta operação, estão às transformações corporais que ocorrem universalmente na espécie humana, designadas como puberdade (RUFFINO, 1999).

Essa operação constitui uma função lógica, que pode ou não se completar, ocorrendo algumas vezes, de forma descontínua e em até outros momentos da vida, em idades tidas como fora da adolescência. A partir dessas colocações pode-se entender porque a adolescência pode se constituir como “Sintoma” e se expressar através de fenômenos psíquicos e comportamentos limítrofes. Momento em que também não é raro a eclosão de quadros psicóticos (FERREIRA, R., 1999).

De acordo com Ruffino (1999) o trabalho psíquico implicado na adolescência, se faz necessário a partir da insuficiência de rituais iniciáticos que deixaram de existir na contemporaneidade, tempo caracterizado pelo declínio social da função paterna.

Através destes rituais portadores de grande valor simbólico, reconhecidos por diversas culturas, se fazia a transição da infância diretamente ao universo adulto.

A grande maioria desses rituais, descritos nos informes etnográficos inclui algum simulacro de morte e ressurreição no transcurso do qual se imprime uma marca, geralmente sob a forma de uma ferida no corpo. Deste modo se separa o sujeito simbolicamente do seu passado: se entende que a criança morreu para ressuscitar numa nova forma de vida, para uma nova experiência (TUBERT, 1999: 24).

Na cultura ocidental, estes rituais foram substituídos pelo período mais prolongado e de limites imprecisos denominado adolescência, momento em que o sujeito se separa dos seus objetos originários - especialmente a mãe – para poder ascender a um universo mais amplo. Neste processo no qual o jovem tenta se recortar do universo familiar, surgem tendências, consideradas típicas do adolescente, representadas pela atitude de rebeldia, de confronto e de questionamento do mundo adulto, que expressam o afrouxamento dos modelos identificatórios da infância.

Neste contexto, podemos entender a adolescência como momento crucial. Momento em que o jovem deve se assumir como sujeito desejante, construindo algo de novo a partir das determinações que o constituíram, tomando consciência de que este trabalho terá que ser realizado dentro dos limites próprios da sua condição humana.

Inicialmente, é dentro dos limites da família que é construída a imagem de si, imagem que é sustentada pelos pais e demarcada pelo lugar que o sujeito ocupa no desejo do Outro. Nessa construção, o estádio do espelho teorizado por Lacan (1949/1998), representa o seu momento inaugural. A partir daí, esse trabalho de constituição do eu vai sendo elaborado através de uma seqüência incessante, bem ordenada de imagens, continuamente inscritas no inconsciente (COSTA, 1999).

Com a eclosão da puberdade, este processo sofre um reviramento. As transformações evidentes na forma corporal levam o adolescente a se defrontar com o Real, entendido como o que é incompreensível, não elaborado e, portanto não passível de sustentação simbólica. A perda da imagem narcísica, imutável, atemporal da infância, traz repercussões que podem ser experimentadas como sentimentos de despersonalização e mesmo de aniquilamento, levando em alguns casos a intercorrências como o uso de drogas, o suicídio, o risco da “passagem ao ato” pela saída do discurso (FERREIRA, R., 1999).

Concomitantemente, num processo que se iniciou na infância, ocorre o desmoronamento da consistência imaginária do Outro representada pela perda dos pais imaginarizados e idealizados, incorporados anteriormente.

Dependente do êxito dessa incorporação fica aberto o caminho para que na adolescência se conclua o desligamento das figuras parentais, desligamento esse, que é nos apontado por Freud ([1905]1996) nos “Três ensaios”, como o trabalho mais árduo e doloroso deste momento.

A perda da crença na onipotência dos pais remete o sujeito à castração do Outro, e em conseqüência ao desamparo fundamental. Para Alberti (2004), suportar a castração constitui um dos trabalhos a ser realizado na adolescência, resultando na possibilidade para o sujeito, da descoberta de que mesmo frente à ausência de garantias para a existência, além da garantia simbólica, existe a possibilidade de que algo seja feito.

Neste trabalho de elaboração psíquica, as questões relativas à morte e à sexualidade se colocam, exigindo a construção de significantes novos com o intuito de dar conta da hiância que se abre pela queda abrupta do Outro.

Devido à semelhança do corpo do adolescente com o do adulto do mesmo sexo, por um efeito inicialmente imaginário, portanto, vai aparecer, às vezes brutalmente, que o pai em particular, mas também a mãe envelhece que estão sob a ameaça de uma morte natural e, inicialmente, de um prazo físico. Isto se refere à integração imaginária do Édipo: com efeito, aparece então que não é mais necessário “matar” o pai para que ele morra, ou, outro modo de formular esta retomada edipiana, que esse desejo de morte é aí respondido, pois este pai se revela realmente mortal. Por detrás do assassinato que, de certo modo, caracteriza a civilização, há a morte sem causa. A constatação deste prazo exige então uma importante revisão das identificações (RASSIAL, 1999: 203).

Os pais também se confrontam com essas questões, uma vez que o afastamento do filho sinaliza para eles a passagem do tempo, a própria mortalidade e a dissolução da unidade familiar.

Nesse sentido a adolescência aponta para aspectos intersubjetivos que incluem o sujeito, a família e as instituições nas quais o jovem está inserido. Na relação com essas instâncias o adolescente impõe um questionamento permanente das normas e valores vigentes (TUBERT, 1999).

O *por quê* (?) do adolescente *questiona* o mundo adulto e a *(in)segurança* dos adultos . Neste confronto o adolescente fará demandas repetidas, procurará contradizer e frequentemente imitará os pais, o que, sob certo aspecto, pode lembrar o percurso destes na própria adolescência (FERREIRA, R., 1999).

Na tentativa de elaborar uma resposta às questões relativas a sua nova identidade o adolescente assume identidades provisórias que atenuam temporariamente a angústia que o acomete e na qual está implicada a possibilidade da relação sexual e a exigência de um posicionamento em relação à partilha dos sexos.

Lacan ([1972-1973]1985) observa em “O seminário: livro 20, Mais ainda”, como o despertar do desejo sexual não é satisfatório, existindo uma falha na tentativa de efetivar a relação sexual. Esta falha se manifesta na impossibilidade de completude, de realização do gozo absoluto equivalente, na fantasia infantil, ao reencontro com o objeto perdido, restando somente o gozo fálico.

O adolescente descobre duas coisas; que o gozo de ser orientado pelo falo e que devia se realizar na genitalidade, é um gozo parcial, como os outros, e não é equivalente àquele gozo total ao qual ele renunciou, e cuja nostalgia volta. A atividade sexual não garante e não é garantida por nenhuma relação sexual que faria que, com dois, o um pudesse ser atingido, como foi o caso com a mãe. O gozo genital é um gozo parcial, e não garante nenhuma relação sexual que possa fazer um com o outro, como poderia ter sido a relação com a mãe, à exceção do psicótico. (...) Na adolescência acontece o primeiro encontro com a constatação de que qualquer promessa de um gozo outro promete somente a morte.(RASSIAL,1999: 47)

Esse não saber sobre o sexo convocará o sujeito a criar formas de estabelecer laços sociais a partir da sua estrutura psíquica, que podem variar da inibição a uma atividade sexual intensa. Os impasses relacionados à identidade sexual também se manifestam, sendo originados pela insegurança e a pouca experiência com o próprio corpo e com aquele do outro (FERREIRA, R., 1999).

Na procura de recursos imaginários que o defendam da angústia, o sujeito pode optar pelo desinvestimento dos objetos que fazem parte do seu mundo, o que pode ocasionar quadros depressivos onde também está implicado o medo de arriscar novos investimentos. Tais quadros na adolescência, regularmente se apresentam de forma atípica incluindo sintomas de hiperatividade, agressividade, diminuição do rendimento escolar, isolamento e dificuldades no relacionamento social (FERREIRA, R., 1999).

Tendo como trabalho primordial elaborar a castração, o adolescente neurótico responde com seus próprios recursos. Os rituais iniciáticos, dos primitivos ao uso de *piercing*, os incrementos das identificações ao outro (a moda, as disputas de gangues) e as diversas formas de amar são formas criativas elaboradas para dar conta da angústia, da falta de um significante no Outro e da impossibilidade da relação sexual (ALBERTI, 2004).

Já naqueles jovens nos quais a psicose irrompe na adolescência, a falta de sustentação simbólica decorrente da forclusão do nome do pai, o coloca sem recursos num momento que implica um posicionamento. Na impossibilidade de elaborar a fragilidade dos revestimentos que atribuiu à autoridade durante sua infância, uma saída é representada pela tentativa de reconstituir a consistência imaginária dos pais. Por isso, uma das características desses adolescentes é estar sempre na dependência de outra referência concreta. Na ausência dos pais, seja por que motivo for o sujeito psicótico tentará encontrar um outro que ocupe esse lugar com as mais diversas intenções.

Sem defesa frente a gozos invasores, já que ao Nome-do-Pai compete barrar o gozo do Outro, a ausência de recursos do psicótico pode se manifestar numa inquietante estranheza em relação ao próprio corpo que pode se desdobrar em auto-mutilações e numa diminuição ou aumento da agressividade em resposta à intrusão do Outro (ALBERTI, 2004).

A adolescência na contemporaneidade

O estudo da adolescência tem obrigatoriamente, que levar em conta as características do mundo globalizado em que os jovens vivem. Neste mundo onde a mídia se coloca como representante, sustentada por interesses da economia de mercado, minorias poderosas ditam as regras levando o sujeito ao engodo da conquista, do prazer imediato e de um estado aparente de plenitude e independência. O consumismo é a palavra de ordem e o corpo e o sexo, objetos de venda.

Em decorrência do declínio das tradições e da acelerada pluralização de valores e referenciais identificatórios, surgem novas formas de constituição da subjetividade como as diversas culturas juvenis contemporâneas designadas "tribos" nas quais se incluem os meninos de rua, os arrastões, o surf ferroviário, as gangues, as galeras, envolvidas em diversos tipos de ações individuais e coletivas, relacionadas aos traços do individualismo, da fragmentação, à violência, ao desregramento e ao desvio.

Coutinho (2002), assim se refere a esse fenômeno:

(...) Portanto, podemos supor que as tribos consistem em novos meios de socialização e de identificação para as jovens gerações, face a insuficiência da função da família diante da complexidade simbólica que se apresenta no mundo atual e à falência de determinados rituais tradicionais na sociedade contemporânea.

Para essa autora, as tribos teriam a função de atenuar o "sofrimento narcísico" que cada vez mais se acentua com a complexidade da sociedade. Nelas, ocorre uma demanda impositiva de buscar meios para um espelhamento narcísico, muito mais do que buscar aliados para lutar por uma causa comum.

Se no passado, o jovem ao atingir a maturidade sexual, era introduzido e se introduzia na sociedade adulta através dos ritos tradicionais da cultura, hoje, numa sociedade pobre de senso coletivo, os rituais são personalizados. Assim,

...Os ritos agora, têm um outro estatuto. São as festas rave, o uso do piercing, da droga, a anorexia, a bulimia, ou seja, são formas de colocar aquela marca de gozo sobre o próprio corpo, independentemente da família, e, às vezes, contra a família. Não são, portanto, metáforas. Não são satisfações sexuais de substituição. É a condição, o meio pelo qual alguns jovens adolescentes tentam chegar até a vida sexual e podem gozar de sua sexualidade (PIMENTA, 2002: 12)

No entanto, esses novos ritos tendem à falência, já que são objetos de uma autogestão, não incluindo o Outro como sancionador e reconhecedor dessa passagem.

Dessa maneira, as questões que emergem na adolescência na contemporaneidade, rompem os limites do individual revelando o laço social, a partir da família em direção a toda a sociedade. São questões que remetem além do mal-estar individual ao mal-estar na cultura.

A este panorama se agrega o quadro recessivo que amplia a exclusão social associado à pulverização das relações coletivas, tudo isso culminando com o desinteresse na esfera pública e privada.

Um aspecto relevante é que as previsões apontam que neste início do novo milênio, os adolescentes no mundo serão mais de dois bilhões. Todos estes adolescentes já nasceram e a maioria está na Ásia e na América Latina. A parcela de adolescentes globais do primeiro mundo será minúscula (FERREIRA,S., 2000).

Um aspecto peculiar desse novo cenário demográfico e sócio-cultural é que esses adolescentes estarão mais interligados do que qualquer geração precedente. Comunicação por satélites, videocassetes, o walkman e a Internet estarão cada vez mais acessíveis, mesmo nos países pobres. O impacto comportamental dessa realidade será extremamente amplo, diversificado e complexo. O mundo pós-moderno permite muito menos certezas e utopias que aquele dos anos sessenta e setenta (FERREIRA,S., 2000: 101).

Calligaris (2000), ao se referir a adolescência, coloca que nos dias atuais esta constitui a “idade de ouro”, pois todos desejam pertencer e permanecer nesta fase da vida, eternamente. Este autor aponta que esse ideal cultural da adolescência afeta particularmente os próprios adolescentes, que só encontram nos adultos uma miragem especular, fato que os torna desamparados.

Neste desamparo, a busca da singularidade pessoal é substituída pela adoção de uma identidade coletiva pré-fabricada, onde se incluem as patologias do narcisismo e do ato como a drogadição ou a anorexia e bulimia, cujo aumento da freqüência a clínica psicanalítica atesta.

Por isso, o entendimento da adolescência tem que agregar à perspectiva do sujeito, uma “referência às dificuldades causadas pelo fracasso da ordem simbólica e a degradação de nossa cultura, incapaz de gerar metáforas – não delirantes- que permitam articular identidade e alteridade, igualdade e diferença” (TUBERT, 1999: 65).

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar a partir da teoria psicanalítica as questões subjetivas relacionadas à obesidade na adolescência.

Objetivos Específicos

- 1- Investigar o desencadeamento da obesidade e sua relação com o despertar da adolescência
- 2- Investigar a obesidade como resposta sintomática frente ao trabalho psíquico implicado na adolescência
- 3- Explorar as relações do sujeito obeso e seu corpo

4. METODOLOGIA

4.1 O tipo de estudo e os critérios de inclusão

Este trabalho se refere a um estudo de caso construído com os dados obtidos das consultas médicas e do atendimento psicanalítico de três adolescentes obesas matriculadas no Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente (Sasad), do Sistema Único de Saúde (SUS) de Juiz de Fora, entre fevereiro de 2005 à julho de 2007, havendo variação no tempo de permanência de cada um dos casos.

Os participantes procuraram esse serviço para tratamento de obesidade sendo que, posteriormente, se engajaram num atendimento que envolvia uma escuta psicanalítica. No atendimento inicial o diagnóstico de obesidade foi confirmado após exame físico, utilizando-se como critério o valor do Índice de Massa Corporal (IMC).

Foram incluídos no estudo somente adolescentes com obesidade exógena, nos quais houvesse a suspeita de uma causalidade psíquica interferindo no controle da doença, e que permaneceram em atendimento psicanalítico por um tempo não inferior a seis meses.

Os critérios de exclusão foram o diagnóstico de obesidade secundária a doenças hormonais e genéticas, a frequência irregular às consultas e o tempo de atendimento inferior a seis meses.

4.2 O local da pesquisa

O trabalho foi realizado no Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente (Sasad) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Juiz de Fora. Este serviço foi implantado no município em 1989, através da Secretaria de Estado de Saúde, época em que o Ministério da Saúde definiu diretrizes e estratégias de atenção integral à saúde do adolescente. A partir de então, o serviço passou a ser a referência da atenção integral a esta população. Em 1992, com a municipalização, passou a pertencer ao Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente do Sistema Único de Saúde (SUS) de Juiz de Fora, sendo ampliado gradativamente. Atualmente conta com uma equipe interdisciplinar, constituída por 06 médicos clínicos, 03 ginecologistas, 01 dermatologista, 02 assistentes sociais, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 socióloga, além da equipe de apoio na recepção e serviços

gerais. A equipe se reúne mensalmente para discussão de casos e assuntos administrativos.

O serviço oferece atendimento médico, psicológico e grupos educativos, atuando em nível primário e secundário. Tem como objetivo geral promover a saúde integral do adolescente do ponto de vista físico, mental e social, prevenindo e diagnosticando as alterações que impedem o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento. O SAsad trabalha em quase todas as áreas preconizadas pelo Ministério da Saúde: Crescimento e Desenvolvimento, Sexualidade, Saúde Reprodutiva, Saúde Escolar, Violência e Maus-Tratos, Família, Drogadição, Cultura e Saúde Mental.

O trabalho com grupos de adolescentes é constituído por: 1) Grupo de Adolescentes, onde são discutidos temas como afetividade, mudanças corporais, família, drogas, métodos contraceptivos, iniciação sexual, gravidez na adolescência. 2) Grupo de Gestantes adolescentes para a elaboração da experiência física e emocional da gravidez. 3) Grupo de Teatro. 4) Grupo de primeira consulta ginecológica, que visa preparar a adolescente para compreender e valorizar sua saúde ginecológica. 5) Grupo de mães adolescentes, com o objetivo de orientação em relação aos cuidados com o bebê, propiciando a troca das vivências da maternidade nessa fase da vida. 6) Grupo para adolescentes obesos, com a finalidade de reeducação alimentar, perda de peso e troca de experiências. 7) Grupo de Agentes Multiplicadores que visa formar alunos das escolas públicas como multiplicadores de conhecimentos das questões da sexualidade e afetividade na adolescência. 8) Grupo de Saúde e de Direitos Reprodutivos onde são transmitidas informações relativas à sexualidade e às questões de gênero.

A demanda ao serviço tem origem em encaminhamentos feitos pelas unidades de saúde dos bairros da cidade, escolas, conselhos tutelares e pessoas que procuram o serviço diretamente ou por orientação de outros que já receberam atendimento. O acesso da clientela é feito através de consultas marcadas diretamente no balcão ou via Central de Marcação de Consultas, um sistema de agendamento centralizado da rede do SUS do município.

Neste local, trabalho como médica no atendimento clínico, coordenando grupos (grupo de adolescentes obesos e grupo de saúde e direitos reprodutivos) e a partir da minha formação em psicanálise, fazendo atendimento individual de orientação psicanalítica.

O atendimento a adolescentes obesos começou no ano de 2001, sendo inicialmente realizado através de consulta individual. Com o aumento da demanda, houve uma

ampliação da assistência a essa população, com a formação do Grupo de Adolescentes Obesos, que passou a ser realizado semanalmente, com duração de uma hora e meia, na sala de reuniões do Sasad.

Do seu início, em 2001 até junho de 2006, passaram por esse grupo 234 adolescentes. Durante os anos de 2004, 2005 e primeiro semestre de 2006 freqüentaram o grupo 38, 39, e 37 adolescentes respectivamente.

4.3 A coleta dos dados

A pesquisa foi realizada com jovens portadores de obesidade, que foram atendidos no Sasad, com idade compreendida entre 10 e 19 anos que é a faixa etária proposta pela Organização Mundial de Saúde para caracterizar a adolescência. Para o diagnóstico nutricional utilizou-se como parâmetro o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado através da divisão do peso (kg) pelo quadrado da estatura (m^2), referido à classificação proposta pelo *Centers for Disease Control* (CDC).

Para a determinação do IMC os adolescentes tiveram seu peso aferido através de balança mecânica de plataforma da marca Filizola previamente calibrada, posicionados de costas, descalços e usando roupas leves.

A estatura foi determinada através de antropômetro vertical de madeira com o adolescente posicionado descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento, braços estendidos ao longo do corpo, calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede, cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos (FAGUNDES, 2004).

Os valores obtidos para o IMC foram então correlacionados à classificação proposta pelo Centers Disease Control (CDC/NCHS, 2000) para essa faixa etária, que estabelece como ponto de corte para sobrepeso o IMC igual ou maior que o percentil 85, e o IMC igual ou maior que o percentil 95 para obesidade.

Os adolescentes foram todos submetidos a exame físico para o estadiamento puberal em cinco estágios, de acordo com os Critérios de Marshall e Tanner (1970), avaliação da pressão arterial e detecção de possíveis intercorrências.

A medida da pressão arterial foi feita de acordo com as normas do *Second Task Force on Hypertension Control in Children and Adolescents* de 1987, atualizada em 1996, com valores ajustados para idade, sexo e estatura, sendo o percentil igual ou maior que 95, considerado o ponto de corte para hipertensão arterial (SANTOS et al, 2003).

Todos realizaram exames laboratoriais constituídos pela determinação da glicemia, perfil lipídico e dosagem do TSH e T4. A coleta do sangue foi realizada no laboratório do SUS de Juiz de Fora, sendo respeitado um jejum de 12 horas.

Para dosagem do perfil lipídico e da glicemia utilizou-se o kit enzimático colorimétrico. A dosagem do TSH foi feita pelo método da eletroquimioluminescência.

O perfil lipídico incluiu a avaliação laboratorial do colesterol total, HDL, LDL e triglicérides sendo que a análise dos resultados tomou como referência os valores da Sociedade Brasileira de Cardiologia, (III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias, 2001).

Quadro 1. Valores de referência de Lipídios em crianças de 2 - 19 anos

Líquidos	Idade (anos)	Valores (mg/dl)			
		Desejáveis	Limítrofes	Aumentados	
Colesterol	Total	2 - 19	< 170	170 - 199	≥ 200
	LDL	2 - 19	< 110	110 - 129	≥ 130
	HDL	< 10	≥ 40	-	-
		10 - 19	≥ 35	-	-
Triglicéridos	< 10	≤ 100	-	> 100	
	10 - 19	≤ 130	-	> 130	

LDL = lipoproteína de baixa densidade; HDL = lipoproteína de alta densidade

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias 2001.

As análises dos resultados dos exames, a orientação dietética e o acompanhamento foram realizadas pela autora da pesquisa, já que o serviço não dispõe atualmente de médico endocrinologista e nutricionista. Os casos indicados foram encaminhados para avaliação por um profissional médico endocrinologista e ou psiquiatra da rede do SUS do município.

Após a avaliação foi oferecida ao participante a possibilidade de freqüentar o grupo para adolescentes obesos, e/ou acompanhamento individual.

Quando ocorreu a opção pelo atendimento individual, em alguns dos casos, delineou-se para o adolescente uma demanda de escuta que a partir das questões implicadas pela obesidade, evoluiu para outras questões. Neste momento foi feita a proposta de se iniciar o atendimento semanal, no qual se favorecia a escuta do sujeito.

Após o início do atendimento psicanalítico, os adolescentes foram encaminhados a outro profissional para controle da obesidade.

Em relação ao material produzido após o atendimento, foram realizados os seguintes procedimentos:

- ao término de cada sessão, foi redigido um texto do que foi tomado como questão no atendimento;
- o material foi submetido a outro profissional para supervisão;
- discussão do caso com a equipe de profissionais do serviço de adolescentes da Faculdade de Medicina da UFMG;
- construção de um novo texto, fixando-se no caso analisado o efeito da discussão.

4.4 O referencial metodológico

Este trabalho utilizou o referencial teórico e metodológico da pesquisa qualitativa, tendo como elemento norteador os conceitos básicos da teoria psicanalítica, tanto para sua elaboração, como também, para a discussão de resultados.

Através do estudo de caso de três adolescentes obesas que procuraram atendimento no serviço, inicialmente tendo como demanda o tratamento da obesidade e posteriormente engajadas numa escuta psicanalítica, tivemos como objetivo construir a partir de um diagnóstico médico, um conhecimento das questões subjetivas implicadas nessa doença.

Na construção de cada caso utilizamos o material proveniente do atendimento médico e também aquele originado da história de cada uma dessas adolescentes.

Sem almejar nenhuma validação estatística, impossível com uma amostra tão pequena, pretendemos dar a estes casos um valor “exemplar”, tomando como referência todos os inúmeros casos de adolescentes portadores de obesidade que atendemos em seis anos de trabalho na instituição pública. Na construção e elaboração dessas histórias buscou-se identificar padrões e correspondências, que uma vez estabelecidos possibilitassem a percepção de algo equivalente no trabalho clínico

4.4.1 A pesquisa em Psicanálise

A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica utiliza diversas teorias psicológicas, entre elas, a teoria psicanalítica. No entanto, diferenciando-se dos outros modelos teóricos de investigação na área, essa última teoria propõe um modelo específico.

Em 1919, Freud em artigo intitulado “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades”, coloca a importância desta disciplina para a formação médica e

acadêmica fundamentando-se no fato de que as críticas a esta formação, se referem à ausência de esclarecimentos do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como nas doenças e seu tratamento.

Essa deficiência na educação médica faz-se sentir mais tarde numa flagrante falha no conhecimento do médico. Essa falha não se manifesta apenas na sua falta de interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde ou na doença, mas também o tornará inábil no tratamento dos pacientes, de modo que até mesmo charlatões e “curandeiros” terão mais efeito sobre esses pacientes (FREUD, [1919]1996: 187).

Neste texto, Freud estabelece uma articulação entre esses dois campos distintos do saber, circunscrevendo o que há de específico em cada um deles e concluindo sobre a importância da contribuição da psicanálise à universidade.

Na obra freudiana, o termo psicanálise tem três sentidos; um método de investigação, uma modalidade de tratamento e igualmente é o nome do conhecimento que o método produz, isto é, a teoria psicanalítica.

Na impossibilidade de abordar as neuroses a partir da psicologia da consciência, Freud construiu uma teoria a partir de uma estrutura invisível, não aparente, desconhecida até então: o inconsciente, que introduz no campo do saber um outro olhar.

O acesso a este saber inclui um trabalho (o trabalho analítico), que se realiza através de um determinado método (o método da psicanálise), que estabelece um dispositivo (o dispositivo analítico) e requer uma função operante (o psicanalista) (ELIA, 2004).

A partir da criação da psicanálise, a subjetividade deixa de estar identificada com a consciência e sob o domínio da razão, passando a implicar dois grandes sistemas representados pelo inconsciente e o consciente, e incluindo um conflito interno em relação ao qual a razão é apenas um efeito de superfície (GARCIA-ROZA, 1996).

Através da sua teoria e da sua prática, este saber tenta falar do homem enquanto ser singular ao mesmo tempo em que é submetido a uma clivagem inevitável, que produz o descentramento do sujeito.

O saber produzido pelo discurso da psicanálise tem no limite da sua singularidade o seu valor universal. Dele vão se constituir narrativas que não geram nenhuma cosmovisão e que, por isso mesmo são heterogêneas aos discursos religiosos e filosóficos. Tal saber difere igualmente do científico, pois deste está banida a possibilidade de o objeto interpretado ser ele mesmo interpretante (FONTENELE, 2002).

Bianco (2003), em artigo publicado sobre a investigação em psicanálise, chama a atenção para as características do seu objeto (o inconsciente). Considera que a partir do fato do objeto psicanalítico se deixar circunscrever apenas em análise, decorre que o procedimento de pesquisa tem na clínica o seu ponto de apoio principal. Logo, é na referência ao material clínico que a pesquisa ganha vida e, acima de tudo, sua originalidade em relação a outros modelos de pesquisa.

No âmbito da pesquisa qualitativa, Turato (2005), na sua elaboração de uma metodologia de pesquisa clínico-qualitativa, define como pilares deste método a atitude existencialista, clínica e psicanalítica que vão favorecer respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo.

A contribuição da psicanálise a essa metodologia vai ser evidenciada devido a sua manifestação significativa e influente nas pessoas do pesquisador e /ou do indivíduo sob estudo. Nesse sentido, os elementos psicanalíticos perpassam todo o processo da pesquisa estando presentes, na escolha do tema, na delimitação dos referenciais teóricos, na construção dos instrumentos auxiliares da coleta de dados, na discussão dos resultados, na cosmovisão e na postura do pesquisador.

No entanto este autor enfatiza a diferença entre a metodologia clínico-qualitativa e a metodologia psicanalítica propriamente dita:

Embora ambas se ocupem de estudar os significados para os sujeitos, os pressupostos de pesquisa elaborados pelo pesquisador clínico-qualitativista levam-no a campo para procurar confirmação ou revisão, enquanto que os pressupostos do psicanalista fazem-no apenas aguardar num "campo" onde o sujeito vier procurá-lo e num momento de "coleta" em que o *timing* do psicanalisando fizer trazer um material para, igualmente, confirmar ou rever as hipóteses iniciais deste analista (TURATO, 2005: 273).

Após essas considerações ele recomenda que na pesquisa clínico-qualitativa não se utilize sujeitos que sejam pacientes ou familiares de pacientes do pesquisador, com o objetivo de resguardar a liberdade do informante em participar ou não da pesquisa.

Já na pesquisa clínica em psicanálise serão utilizados somente os pacientes do psicanalista pesquisador, uma vez que o material de pesquisa será o material de análise terapêutica, sendo que os dados colhidos não virão pela proposta de um assunto colocado ao analisando.

Focalizando a pesquisa em psicanálise, uma vez em que nesta a clínica desempenha um papel tão decisivo, decorre que, nesta situação, o analista é objeto tanto quanto o analisante e as produções inconscientes que emergem na cena analítica.

A partir disso, Bianco (2003: 120) complementa:

O pesquisador não é apenas uma variável a ser controlada, pois fala de um determinado lugar e com sua fala, é causa do que emerge na sessão. Ele está implicado ao material de uma forma na qual a neutralidade se torna impossível e indesejável, ou seja, o pesquisador está implicado de maneira indissociável do material que analisar.

4.4.2 A produção do caso clínico em psicanálise

Outro aspecto da pesquisa psicanalítica é a característica de singularidade implicada em cada caso clínico, permitindo ao pesquisador efetuar um recorte tanto do que lhe dá singularidade, como também do material que este caso compartilha com outros do mesmo tipo: por isso o caso ganha um valor que se pode chamar exemplar possibilitando um avanço teórico.

Nasio (2001) ao escrever sobre o caso clínico em psicanálise estipula três funções implicadas nesse tipo de pesquisa: uma função didática, como exemplo que corrobora uma tese, uma função metafórica como metáfora de um conceito e uma função heurística quando a partir desse caso se origina um novo saber.

A função didática se refere à possibilidade de um caso de transmitir a psicanálise, através da disposição em imagens de uma situação clínica. Tal possibilidade é o que vai permitir a introdução do leitor no universo abstrato dos conceitos.

Em relação à função metafórica, esta pode ser compreendida quando, em um caso “a observação clínica e o conceito que ela ilustra estão tão intimamente associados que a observação substitui o conceito e se torna uma metáfora dele” (NASIO, 2001: 16).

Finalmente, quando a estas duas características se acrescenta a capacidade de gerar novos conceitos e novas hipóteses que vão enriquecer a teoria, fica confirmada a função heurística do caso.

Na construção do caso clínico observa-se que, na realidade, o que é feito é a reconstrução da lembrança de uma experiência terapêutica marcante. Nesse sentido esta reconstrução é uma ficção, desde que nela está inserida a vivência do analista com o seu desejo, a teoria que o respalda e também as leis restritivas da escrita.

O caso clínico resulta sempre de uma distância inevitável entre o real de que provém e o relato em que se materializa. De uma experiência verdadeira, extraímos uma ficção e, através dessa ficção, induzimos efeitos reais no leitor. A partir do real, criamos a ficção, e com a ficção, recriamos o real (NAZIO, 2001:18).

Em um movimento constante de ida e vinda da teoria para a realidade surgida na clínica, irão delimitando-se e circunscrevendo-se os conceitos que, articulados, aperfeiçoarão a teoria.

Esta, por sua vez, poderá contribuir com a realidade da clínica, na busca do aprimoramento de um saber, sempre entendido como inacabado e não totalizante (NASIO, 2001).

Escars (2002: 39), em artigo intitulado “O histórico de caso e a insuficiência da trama”, observa que para a psicanálise a trama é sempre falha e chama a atenção para os modos freudianos de tornar isso evidente: a ênfase no fragmentário e um modo particular de enunciação. Ele observa: “Um caso não pode dar conta de tudo, não pode ser exemplar, no sentido de dar conta de seu universo. E do que dá conta, então, um caso? De fragmentos (...). A análise é a análise do fragmentário”.

4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Foi mantida a confidencialidade das informações obtidas, sendo que somente tiveram acesso aos prontuários dos adolescentes, os pesquisadores autorizados.

No intuito de preservar o anonimato dos sujeitos participantes, foi feita a descaracterização dos casos, omitindo-se informações que pudessem identificá-los e que não comprometessem a integridade do estudo.

5. RESULTADOS

5.1 O caso B

Trata-se de B., de 17 anos, do sexo feminino, solteira, sem filhos, que compareceu ao Sasad em setembro de 2006. Veio encaminhada pela assistente social de uma instituição, que a adolescente frequenta por apresentar história de risco social. Naquele momento, o encaminhamento tinha como motivo a necessidade de avaliação de um sintoma representado por “vômitos constantes”.

História da moléstia atual

A adolescente relata que tem apresentado vômitos numa frequência de três a quatro episódios semanais, sendo que durante esses episódios chega a vomitar por duas a três vezes.

Queixa-se também da sua obesidade que surgiu quando tinha 13 anos, época em que ficou grávida. Não relata outras pessoas obesas na família.

Já fez tratamento para obesidade com endocrinologista, tendo sido prescrita dieta que ela não seguiu. Acha que o tratamento não teve sucesso devido ao seu desânimo em seguir as recomendações e também porque não retornou ao controle. B. sabe dos males ocasionados pela obesidade que relaciona a “problemas do coração e colesterol”.

Antecedentes pessoais

Em relação aos seus antecedentes refere que nasceu com 2900 gramas de parto normal à termo, tendo apresentado desenvolvimento normal. Teve menarca aos 12 anos. Relata gastrite exsudativa diagnosticada em julho de 2004, quando se submeteu a uma endoscopia e também, um tratamento para ovário policístico (dezembro de 2004). B. relata que na infância foi internada por duas vezes, devido a uma pneumonia e por um acidente doméstico ocasionado pela ingestão de sabão em pó. Também relata que foi submetida à cirurgia de cesariana com 13 anos onde “o bebê nasceu morto”.

Atualmente faz uso de medicação psiquiátrica, (Carbamazepina, Bromazepina e Fluoxetina), prescrita após a gravidez, devido a um quadro depressivo que se manifestou. Nesta mesma época, também iniciou tratamento psicológico.

B. relata que após essa gravidez morou numa instituição para menores durante três anos. Com a saída da instituição voltou a viver com a mãe e três irmãos, dois meninos de quinze e doze anos e uma irmã de oito anos. Atualmente participa de um programa institucional, onde trabalha pela manhã freqüentando a escola à noite. À tarde B. freqüenta uma biblioteca, onde faz as tarefas escolares, porque não se sente bem em casa. Ela gosta da escola, mas se queixa de falta de concentração. Atualmente está na sétima série.

Em sua ficha clínica foi anotado que B. ingressou no Sasad quando tinha 13 anos, para participar do atendimento pré-natal já que estava grávida. No sexto mês de gestação entrou em trabalho de parto, tendo perdido a criança devido a descolamento de placenta. A ficha de enfermagem descreve que segundo relato da mãe da adolescente, esta teve uma queda na semana anterior ao parto dando entrada no hospital com hemorragia. Também de acordo com declaração da mãe, anotada na ficha, a gravidez resultou de abuso sexual perpetrado pelo pai de B.

As informações relativas ao abuso sexual foram obtidas do prontuário da adolescente, que durante a consulta não se referiu a esse fato.

Alimentação Atual

B. relata que come mal com alimentação muito irregular, sem horário. Não faz desjejum, às vezes fazendo um pequeno lanche na instituição que freqüenta. O almoço também é feito de maneira irregular nessa instituição. À tarde costuma comer biscoitos ou algum salgado adquiridos em padarias ou lanchonetes. Antes de ir para a escola faz lanche, sendo que o jantar é feito quando retorna da escola à noite. Na escola, às vezes come a merenda servida, geralmente constituída de arroz temperado, salpicão ou macarrão.

B. confirma que ingere muitas guloseimas como balas, chocolate, biscoito e refrigerante.

Lazer

B. não pratica qualquer atividade física e seu lazer é ver TV e sair à noite com amigos. Não fuma e bebe socialmente.

Quando está em casa cuida dos irmãos e da casa, pois a mãe trabalha como doméstica. Um dos seus irmãos está envolvido com drogas e o Conselho Tutelar faz visitas ocasionais à sua casa.

Atualmente B. namora um homem bem mais velho, com quem mantém atividade sexual. Diz não ter amigos confiáveis, mas se relaciona bem com as pessoas.

Não se acha uma pessoa feliz e atualmente quando se olha no espelho fica muito preocupada com a sua obesidade.

Em relação a seus projetos B. diz querer se formar em psicologia, ter filhos, mas não pretende se casar.

Dados do Exame Físico

Peso: 98,2 kg **Estatura:** 1,58 mts **IMC:** 39,4 (acima do percentil 95)

Pressão Arterial: 110 / 60 mm hg **Tanner:** M5 / P5

Classificação do estado nutricional: Obesidade

Presença de Acantose Nigricans⁷

Ausculta cardíaco-respiratória: normal

Abdome: flácido à palpação, sem visceromegalias

Intercorrências: lesão descamativa no mamilo direito, com hiperemia discreta

Resultado de exames (de atendimentos anteriores)

Endoscopia (julho de 2004): gastrite exsudativa.

Sangue (novembro de 2004)

- Colesterol total: 170 mg/dl

- HDL: 39 mg/dl LDL: 111 mg/dl VLDL: 20 mg/dl

-Triglicérides: 101 mg/dl

- Glicose : 121 mg/dl

Resultado de exames realizados em outubro de 2006

Colesterol Total: 164 mg / dl

HDL: 53 mg / dl **VLDL:** 33 mg / dl **LDL:** 78 mg/dl

⁷ Condição clínica com aumento da pigmentação nas dobras do pescoço, no dorso das articulações interfalangeanas e metacarpofalangeanas e nas axilas que se associa à obesidade e alterações endocrinológicas (MANCINI, M.; HALPERN, A, 2007)

Triglicérides: 167 mg / dl

Glicemia: 102 mg / dl

TSH: 1,9mcUi/ml (ref: >5 anos e adultos: 0,4 a 5.000 mcUI/ml)

Outros: Beta HCG: 0,79 mUI / ml (solicitado pela ginecologista devido a atraso menstrual)

Avaliação clínica do caso

A adolescente apresenta uma obesidade acentuada, de causa exógena, sendo que seu perfil lipídico apresenta níveis de triglicérides aumentados para sua faixa etária. A glicemia e o TSH se encontram normais. A pressão arterial está dentro dos limites normais. Ela apresenta acantose nigricans considerada marcador de hiperinsulinismo e fator de risco para síndrome metabólica.⁸

A queixa de vômitos levou a suspeita diagnóstica de bulimia exigindo melhor investigação. A lesão no mamilo direito motivou um encaminhamento à consulta com a ginecologia.

Diagnóstico: Obesidade e vômitos a esclarecer. Bulimia?

Encaminhamento

A adolescente optou por tratamento individual semanal, já que não aceitou a oferta de freqüentar o grupo de obesidade. Foram feitas orientações gerais e nutricionais e agendado retorno semanal. Feito também encaminhamento à ginecologia devido à lesão no mamilo direito.

⁸ A Síndrome Metabólica agrupa uma série de fatores de risco para a doença cardiovascular como índices antropométricos, dislipidemias aterogênicas, hipertensão arterial, alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, estados pró-trombóticos e pró-inflamatórios. Associa-se ao risco elevado de Diabetes-Melitus tipo II, doença coronariana precoce e altas taxas de mortalidade por causa cardiovascular. (MANNA, T,D; DAMIANI,D; SETIAN,N, 2006)

O Caso de B

B. passou a comparecer semanalmente. Às vezes se queixava dos episódios de vômitos que ocorriam geralmente duas vezes por semana, o que resultou num encaminhamento a um gastroenterologista, já que ela tinha se submetido a uma endoscopia anteriormente.

Durante as consultas iniciais ela, às vezes se recusava a se pesar, chorando quando era constatado ganho de peso, o que nos levou a considerar a possibilidade da retirada gradual da medicação psiquiátrica que poderia estar contribuindo para a sua obesidade. Após consulta da adolescente com a psiquiatra foi suspenso o uso da Carbamazepina e mantido a Fluoxetina na dose de 30mg por dia + 3mg do Bromazepan à noite.

Gradativamente parecia estar se estabelecendo uma relação transferencial e B. passou a relatar seus problemas, suas brigas com a mãe, suas dificuldades, que durante as sessões foram aos poucos substituindo as queixas em relação aos vômitos e a obesidade. Às vezes, nesses relatos a adolescente se emocionava e chorava, só não se referindo à questão do abuso, ao motivo da sua retirada de casa e ao pai. Quando eu a interrogava ela ria e dizia: *“foram umas confusões que aconteceram”...*

B. e a mãe tinham uma relação muito conflituosa e ela se queixava que a mãe a chamava de gorda e a ridicularizava perante os irmãos. Achava que a mãe a invejava por cuidar dos irmãos e da casa com mais eficiência. *“Aí, quando ela chega em casa quer tirar a minha autoridade”*. Se emocionava ao falar da mãe e das tentativas que fazia de conversar com esta, que nunca surtiam efeito.

Os conflitos em casa eram sérios e regularmente envolviam a polícia, como num episódio em que a mãe chamou a polícia para o seu irmão de 12 anos, porque este não queria dormir. Como B. se opusesse, a partir daí a situação piorou, já que a mãe ameaçava expulsá-la de casa. Nessa ocasião ela vai morar uns tempos com o namorado, retornando depois para casa.

Quanto ao pai, B. pouco se referia a ele, e quando eu a interrogava. respondia de maneira evasiva. *“Foram umas confusões que aconteceram”...* Depois parava de falar e começava a rir, olhando para mim. Nas raras ocasiões em que falava do pai me descrevia uma pessoa violenta que a espancava quando criança, bebia muito e usava drogas.

Um tema recorrente nas sessões era o do percurso de B., após a gravidez, que incluiu todo um suporte dado pela assistência social representado pela sua estadia numa instituição dos 13 aos 16 anos, suas visitas obrigatórias ao conselho tutelar e ao juizado, freqüência a tratamento psicológico e por fim sua inclusão nesta instituição onde trabalhava. Inclusive, ela relatava que em muitas brigas com a mãe, recorria a estas instituições para resolver os conflitos.

O período em que viveu no abrigo era lembrado com saudades. Tentou fugir de lá uma vez, *“mas só porque muitas crianças fugiam. Fui a única que eles não deixaram fugir... Lá era muito bom. Eu era tratada de maneira especial... Tinha ciúmes de outras que chegavam, aliás eu sou muito exclusivista...., não sei o que eu tenho.... Agora é a mesma coisa, percebo que sou tratada de maneira especial e aproveito isso...”*

Quando a escutava, percebia na sua fala o uso recorrente de termos usados pelos profissionais que lidam no atendimento ao menor, todo um conhecimento do funcionamento dos abrigos e inclusive, as particularidades na abordagem das crianças abrigadas. Ela freqüentava palestras e atividades do Conselho dos Direitos de Menores e desejava criar uma organização de proteção a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Durante os seis meses que durou o seu atendimento, B. se referia à própria obesidade como algo que lhe causava mal estar e como um enigma: *“eu não sei por que engordo, afinal nem como tanto assim.”* Falava de maneira vaga dos vômitos que a acometiam não tendo comparecido à consulta com o gastroenterologista ao qual eu a encaminhei na época.

Numa das sessões diz achar que não vai conseguir emagrecer, está desistindo... Não consegue parar de comer e dá como exemplo uma briga com a mãe ocorrida na semana anterior. Após a briga, comeu sem parar e depois, devido à ansiedade intensa, ingeriu um copo de vinagre com sal para vomitar. *“Mas também não está adiantando...”* Foi uma amiga quem ensinou. Depois, a mãe desconfiou e escondeu a garrafa de vinagre.

O tratamento de B. prossegue e ela passa a ter que lidar com a possibilidade de ser desligada de todas as instituições que lhe davam suporte já que estava quase com 18 anos. Nessa época, fala da decepção e da raiva que está sentindo em relação a todas as pessoas que segundo ela a estão abandonando. Passa a trabalhar em um emprego onde não se adapta e prossegue uma parte do dia freqüentando a instituição. Nessa fase,

chora muito, e diz que tem tido muitas crises de depressão. As brigas com a mãe também aumentam e ela se mantém evasiva quando tento abordar a questão do pai.

Certo dia, relata uma briga com uma vizinha que se queixou a ela do desaparecimento de um celular no dia em que B. foi à sua casa. B. propõe que a vizinha dê queixa à polícia, pois, *“alguém tem que ser punido”*. Como a colega não dá a queixa, B. vai ao posto policial fazer a ocorrência, mas o policial lhe informa que uma queixa só pode ser registrada se for feita pela pessoa roubada. Esse incidente se desdobra numa briga com a mãe que fica sabendo do ocorrido.

Numa outra ocasião, ela fala que gosta de mim, mas que às vezes tem raiva. Quando pergunto o motivo ela diz: *“só tenho raiva, quando você começa a me cutucar numas coisas”*, se referindo às vezes em que a interpelo em relação ao pai.

Após seis meses de atendimento, B. diz ser necessário interromper o tratamento. Arrumou um emprego, e o horário que ofereço não lhe é conveniente. Explica que, além disso, resolveu retomar a terapia com a psicóloga da outra instituição, que já a atende de quinze em quinze dias e com quem pretende trabalhar.

Ofereço outro horário e peço que ela me telefone. Ela diz que vai pensar. Antes de sair fala que passou mal na semana anterior, com dor no estômago e vômitos. *“Pedi a minha mãe um pouco de bicarbonato e ela nem ligou, mandou que eu fosse ao médico. Na realidade eu comi muito bolo, comi demais, depois passei mal e vomitei. Só que desta vez saiu um pouco de sangue. Eu falei isso com ela e ela nem ligou”...*

Essa foi a última sessão e B. não me liga mais.

Evolução

B. permaneceu em tratamento por mais ou menos seis meses, período em que compareceu com regularidade e que permitiu que ela gradativamente, começasse a relatar os problemas da sua vida, as brigas com a mãe, o tempo em que morou na instituição, e a sua relação atual com um homem mais velho.

Durante sua permanência não se referiu de maneira direta à questão do abuso sexual. Quando eu a interpelava a respeito do pai ou do motivo que resultou na sua ida para um abrigo, ela resistia. Ainda não conseguia se implicar no acontecido e questionar-se quanto a sua posição.

Todos os seus relatos constituíam fatos reais, mas na escuta psicanalítica, o que se deve buscar é “a dimensão do dito”, buscar o sujeito que se estabelece quanto ao direito, já que não se pode separar a clínica analítica da ética da psicanálise.

Em relação à sua obesidade, ela não perdeu peso durante o tratamento e a partir do início da escuta psicanalítica a encaminhei a uma endocrinologista, que ela não procurou.

Aos poucos começou a me esclarecer melhor sobre os episódios de vômitos que pareciam configurar um quadro bulímico.

Não tive notícias de B. por um bom período, até que certo dia, ao chegar ao serviço de adolescentes a encontro a minha espera. Quer saber se pode retomar o tratamento já que ainda não conseguiu emagrecer. Entendo que ela quer retomar as sessões e ofereço novo horário. Ela fica evasiva, desconversa e passa a me fazer perguntas sobre o grupo de obesos. Diz que atualmente conversa com a psicóloga que a atendeu na época em que estava no abrigo, a mesma com quem pretende trabalhar. Proponho então que ela venha na próxima semana para participar de uma reunião do grupo. Ela concorda, mas não retorna.

5.2 O caso L

L., do sexo feminino, com 18 anos, solteira, sem filhos, morando com os pais e que veio à consulta encaminhada por outra médica do serviço para emagrecer e participar do grupo de obesidade.

Vêm com a mãe que fala bem mais que ela e que coloca a queixa da filha: *“ela quer emagrecer mais não tem força de vontade para conseguir o êxito”*.

L. me esclarece que a obesidade se manifestou quando tinha 9 anos e que a partir daí vem ganhando peso. Já tentou tratamento para emagrecer, mas abandonou porque *“não gostava da médica”*.

Com 12 anos houve o aparecimento de uma enurese o que a levou a se submeter à exploração diagnóstica nos serviços de urologia e nefrologia do SUS com exames e pareceres normais. Nessa época, também foi encaminhada à neurologia sendo medicada com Imipramina e indicado um tratamento psicológico que ela iniciou e abandonou.

Há mais ou menos dois anos L. passou a apresentar uma urgência urinária que repercute intensamente na sua vida social, tendo inclusive abandonado a escola este ano, porque saía da sala de aula a toda hora para urinar.

Nessa consulta inicial, L. relata que está com a auto-estima muito baixa e que só pretende retomar os estudos após resolver os seus problemas.

Antecedentes pessoais

L nasceu de parto normal, a termo com peso de 3100 gramas, tendo apresentado desenvolvimento normal. Nunca foi internada ou sofreu qualquer tipo de cirurgia. Atualmente faz uso de um fitoterápico para controle da ansiedade. Teve menarca aos 10 anos e atualmente seus ciclos são regulares O pai de L. faz tratamento atualmente para depressão e sua mãe é saudável. L. não tem irmãos.

Seus pais vivem bem; a mãe trabalha em casa e o pai é aposentado. Vivem em casa própria com os rendimentos da aposentadoria do pai.

Lazer

Como abandonou a escola, na primeira série do segundo grau. L. passa o dia em casa, tendo como lazer algumas aulas de ginástica e um curso de artesanato. Gosta de assistir TV e freqüentar a igreja evangélica. Tem poucos amigos e nunca namorou.

Alimentação Atual

A adolescente se sente incomodada com o seu peso e está consciente dos males da obesidade apontando a “pressão alta” como um deles. Acha que o excesso de peso decorre da sua ansiedade que a faz comer muito: *“tenho horário para comer, mas como muito”*.

Dados do Exame Físico

Peso: 107 kg **Estatura:** 1,71mts **IMC:** 34,9 (> percentil 95)

Pressão Arterial: 120 / 70 mm hg

Tanner: M5 /P5 **Idade da Menarca:** 10 anos

Classificação do estado nutricional: Obesidade

Ausculta cárdio-respiratória: normal

Abomen: sem massas palpáveis ou visceromegalias

Intercorrências: cicatrizes de acne na face

Resultado de exames

Colesterol Total: 191mg/dl **VLDL:** 32 mg/dl

Triglicérides: 159 mg/dl

Glicemia: 88 mg/dl

TSH: 1,20 mcUI/ml **T4 Livre:** 1,12 ng/dl

Avaliação urodinâmica (28/08/2004):

Bexiga de boa capacidade, estável e com sua complacência preservada; Sensibilidade vesical proprioceptiva normal (apesar da paciente ter apresentado um primeiro desejo miccional precocemente aos 100 ml de infusão, tolerou bem o volume de 500ml ao final do exame); Urofluxometria sem alterações e ausência de resíduo urinário pós-miccional; ausência de incontinência urinária aos esforços;
Estudo urodinâmico dentro dos parâmetros da normalidade.

Eletroencefalografia quantitativa (24/02/06): normal

Avaliação Clínica

L. apresenta obesidade com dosagem de colesterol e triglicérides aumentada, e glicemia normal. Pressão arterial dentro dos limites da normalidade. O estudo urodinâmico realizado em 2004 não apresenta alterações. Apresenta intensa labilidade emocional, tendo chorado algumas vezes no decorrer da consulta.

Diagnóstico: Obesidade e enurese noturna

Encaminhamento

Feito orientação nutricional e orientações gerais. Marcação de retorno semanal, já que L. não quer freqüentar o grupo de obesidade.

O Caso de L.

L. compareceu com regularidade de fevereiro a maio de 2005 tendo perdido 4.1 kgs.

Durante as consultas fala da família que é pobre, o pai já aposentado e a mãe trabalhando em casa. Ela freqüenta a igreja evangélica do bairro, onde tem poucas amigas. Não confia em ninguém; acha que as pessoas são extremamente interesseiras e maldosas. Além disto, suas amizades não coincidem com a sua faixa etária, sendo crianças a quem ela se refere como "*amiguinhas*" ou mulheres mais velhas, que às vezes ela visita. Gosta do curso de artesanato e pensa em expor e vender suas produções. Nunca namorou. Quase não saí de casa e quando pergunto o motivo, responde que é a

urgência urinária que passou a apresentar após uma inundação que ocorreu em sua casa em janeiro de 2003. Inclusive, este sintoma foi o que motivou o seu abandono da escola. Necessitava ir ao banheiro a toda hora e os colegas começaram a observar e rir dela. Em casa, urina na cama quase todas as noites. A mãe reclama e ela se sente humilhada. Também fica com raiva da insistência da mãe e de outras pessoas, para que volte a estudar. Para vir às consultas comigo, no início, só com a mãe junto. Depois descobre um banheiro no exterior do prédio, o que lhe dá segurança e um grande alívio. Com o passar do tempo começa a comparecer sozinha.

Percebo que L. apresenta uma timidez intensa que parece interferir em vários aspectos da sua vida. Também observo que as consultas semanais estão de alguma forma funcionando como suporte, ajudando-a a fazer coisas por conta própria, sem a participação da mãe.

A partir destas consultas iniciais pude formular um diagnóstico provisório que me permitisse estabelecer a conduta a ser seguida. Até este momento tudo levava a crer tratar-se de uma adolescente apresentando uma estrutura neurótica grave, tendo evoluído para um sintoma fóbico, com grande prejuízo da sua vida social.

Em algumas ocasiões L. apresentava uma atitude francamente regredida, mas não me parecia haver algum comprometimento intelectual.

A partir de julho de 2005 ela começa a ganhar peso novamente e sugiro encaminhamento a um endocrinologista para o controle do peso. Comigo ela viria só para conversar. Ela marca a consulta, comparece algumas vezes, mas depois não quer ir mais. No entanto, continua a se consultar com o neurologista que prescreve Amitriptilina para o controle da enurese, que ela passa a usar com regularidade.

Nesta época, L. às vezes chorava muito. Falava muito, mas sempre de olhos baixos, sem me olhar. Sentia-se incompreendida pelos pais, mas achava que as coisas iriam melhorar, porque agora estava vindo às consultas comigo e isso a estava ajudando. Eu percebia na sua fala uma vontade muito grande de agradar, de ser a boa cliente, a que me trazia sinais de melhora... Às vezes iniciava a sessão mais ou menos assim: *“Bom, as coisas estão melhorando, eu estou me esforçando, me achando mais bonita, tentando ver o lado bom da vida. Já consegui encomenda de alguns quadros e espero ganhar algum dinheiro”*... Ou então: *“na vida a gente tem que se esforçar, se gostar e é isto que eu estou fazendo agora e tudo está melhorando”*... Também notava que a emoção se manifestava só através do choro, que às vezes era intenso, sem palavras.

O pai era “*muito pão duro*” e na casa dela não se podia ver novela, só o Jornal Nacional, por causa do gasto de energia. Ela quando estava sozinha, gostava de colocar as suas músicas e dançar. A percepção que eu tinha desta adolescente, era de uma pessoa extremamente ressentida, desconfiada e solitária.

L. se referia a acontecimentos da sua vida que tinham sido experienciados como traumas. O primeiro incluía sua relação com a avó materna, que na sua infância tinha ocupado um lugar muito especial, mas que a partir da sua obesidade a tratava mal, a chamava de gorda e desfazia dela e do resto da família. Inclusive esta avó, já tinha vivido com eles por algum tempo e esta época foi de muito sofrimento. Esperava que a avó pagasse tudo o que tinha feito e no dia que isso acontecesse ela ia achar muito bom.

O segundo fato foi a inundação da sua casa, ocorrida uns dois anos antes, num mês de janeiro, quando o córrego transbordou. Ela ficou apavorada, estava com o pai em casa e tiveram que colocar tudo para cima e ir dormir na casa de vizinhos. Agora, todo mês de janeiro ela fica preocupada.

Nesta fase do seu atendimento, noto que L. fala mais e os acontecimentos da sua vida estão bem descritos para mim. No entanto, em relação à posição que ela assume perante o que diz, se colocam muitas contradições. Estas contradições se manifestam quando, por exemplo, ela diz que está melhorando, que a sua vida está ótima e logo após passa ao choro. Nessa fase, evito confrontá-la com esses fatos, para possibilitar a sua localização subjetiva. Também porque a percebo extremamente desconfiada e ressentida.

L. comparece às consultas com regularidade até o final de janeiro de 2006, quando pára de vir sem explicações. Em abril me procura para remarcar e diz ter desanimado, mas ao se consultar com o neurologista que a acompanha, este lhe recomendou retomar o tratamento. Relata que neste período a sua vida ficou na mesma, só que agora está ganhando algum dinheiro cuidando de um bebê na sua própria casa. A mãe a ajuda e elas dividem o ganho. Se sente animada em retomar as sessões comigo e comparece com regularidade até o final de agosto. No mês de setembro deixa de vir sem dar explicações. No dia 03/10/06 retorna e diz que quer reiniciar o tratamento. A partir daí comparece com regularidade.

L. e os pais

L. apresenta uma relação intensa com a mãe que é agravada pelo fato de ser filha única. Às vezes reclama da mãe ser excessivamente controladora, mas por outro lado usa este fato para esconder sua própria dificuldade de relacionamento com pessoas da

sua idade. Sua vida social se restringe praticamente às atividades da igreja, onde ela só conversa com crianças ou pessoas mais velhas.

Descreve um descontrole emocional que a acometeu no dia em que a mãe foi dormir no hospital com a avó, que estava internada. Este abalo, inclusive a impede de vir à sessão que teria comigo no dia seguinte. Fala que foi a primeira vez que passou uma noite longe da mãe. *“Fiquei tão triste que liguei para o hospital chorando. Tentei despistar, mas acho que ela percebeu”*. Além disso, se sentiu desamparada e cansada, já que teve que fazer todo o serviço de casa sozinha.

Em outros momentos reclama da mãe: *“Ela quer que eu arrume o meu quarto e eu quero deixar desarrumado. Também não posso fechar a porta do quarto que eles não gostam”*.

Refere-se ao pai como uma pessoa *“pão dura”* e sistemática. Não consegue argumentar ou se opor a ele e quando brigam, só consegue chorar. Durante um acesso de raiva ocorrido quando o pai reclama do cheiro do adubo que ela coloca nas suas plantas diz: *“Ele ouviu o meu choro, mas finge que não vê nada”*.

Faz planos de recomeçar os estudos, mas não sabe se o pai vai pagar as passagens de ônibus e não tem coragem de perguntar. Nestes momentos é a mãe que faz a intermediação entre ela e o pai.

Por ocasião do aniversário de casamento dos pais, ela demonstra o desejo de presentear a mãe com flores, já que supõe que o pai não vai tomar essa providência. Nesta mesma sessão fala da raiva que sente do pai: *“Ele é mão de vaca. Não quer comprar um computador para mim porque acha que a internet traz coisas ruins”*. Por outro lado, se acha parecida com ele em algumas coisas: *“Sou grande, tenho o pé igual e sou parecida com ele. Mas não acho ruim... Além de tudo sou teimosa e tímida igual a ele. Da minha mãe, só puxei o cabelo”*.

O pai ocupa uma posição de destaque na igreja que freqüentam e ela, diz ser muito cobrada em relação a este fato na igreja.

L. faz alguns trabalhos de artesanato que, às vezes, os pais elogiam: *“Não é aquele elogio, mas já serve”*. Pergunto qual seria “aquele elogio” e ela responde: *“Ser inteligente, interessante”*. Diz que *“faltam elogios na minha vida”*.

Num dos nossos atendimentos fala que a mãe tem medo de que ela se distraia ao atravessar a rua quando vem à consulta comigo e exige que ela telefone para casa assim que atravessa.

A igreja e as relações sociais

L. e os pais freqüentam a igreja evangélica. Sua vida social praticamente se restringe às idas à igreja duas ou três vezes por semana.

Certa ocasião ao se referir à sua religião e ao desejo de ser batizada diz: *“não sei se você vai entender...”*. Explica: *“muitas pessoas não entendem, porque nesta religião não se comemora o próprio aniversário, não se pode cuidar das coisas próprias, e Natal nem pensar... Mas eu não tenho a intenção de abandonar a religião”*.

Fala que na igreja tem muito falatório. Dela, dizem que só conversa com crianças ou adultos. Quando pergunto se isso é verdade, ela concorda.

Em outra sessão fala de uma encenação da qual está participando na igreja. Vai ter que explicar à outra “irmã” se o mundo vai terminar em fogo. Pergunto o que ela acha disso e ela responde *“Nem em fogo e nem em água, dilúvio já teve um, e não vai acontecer novamente”*. Essa encenação é um treino para ela pregar na casa das pessoas. *“As pessoas costumam jogar água ou urina nos irmãos que vão pregar... Comigo nunca aconteceu...”*

Noutro momento fala dos planos que fez de ser batizada juntamente com duas amigas da igreja, que foram falsas com ela. As amigas desistiram do batismo e a deixaram sozinha. Ela desconfia do motivo da desistência: *“Uns namoricos... uma delas tem uma amizade com outra mulher e as duas ficam grudadas o tempo todo, inclusive o marido da outra morre de ciúmes... Acho que existe mais que amizade entre as duas”*. Fala que não é preconceituosa, mas não concorda. *“Deus fez o homem e a mulher para viverem juntos”...*

Volta a esta questão em outra ocasião, dizendo que não concorda com o comportamento da amiga: *“A própria mãe da moça falou que ela é sapatão...”* Depois completa: *“ai meu Deus, eu não queria conversar sobre isso e agora já falei...”* Quando pergunto por que: *“Eu não gosto de conversar sobre esse assunto...”*

Resolve se preparar para o batismo, mas para isto tem que se submeter a uma espécie de prova, onde lhe serão feitas perguntas relacionadas à religião.

Numa sessão posterior chora e me diz que desistiu de se submeter à prova. *“Acho que fiquei nervosa e não dei conta. Vai ter que ficar para outra oportunidade...”*

L. nunca namorou. Às vezes fala de homens pelos quais se interessa, mas que nunca sabem do seu interesse. Diz-se mais amadurecida que as jovens da sua idade que

“só ficam atrás de namorado”. Ela gosta de conversar, de outras coisas. *“E namorar, você gosta?”* Ela ri: *“se pintar eu não vou poder fazer nada”...*

Também me fala do medo que tem de ser doida. *“Acho que eles lá na igreja, acham que eu sou maluca, mas não importo.”* Diz que quando foi ao neurologista ele pediu um “eletro” *“e aí eu morri de medo de ter disritmia... Depois ele me falou que deu só um pouquinho, mas que não era nada de mais. Disse que eu era normal e aí, foi o maior alívio.”*

Os impasses

A vida de L. é marcada por impasses que ela não consegue ultrapassar. Em muitas sessões vem à tona o desejo de retomar os estudos que ela diz querer muito, fazendo planos que depois abandona. Fala de um tempo em que gostava da escola e onde inclusive, tinha algumas amizades especiais. Até determinado período seu rendimento escolar foi razoável, *“mas sempre fui tímida, não tinha coragem de perguntar nada”*. Depois, quando foi para a primeira série, passou a não entender nada de matemática, física e química. *“Eu ficava sentada, olhando para a cara do professor sem entender nada, e sem coragem de perguntar”*. Aí veio o problema da urina e ela parou de ir, por vergonha dos colegas. Às vezes, em casa, faz exercícios num quadro negro, se preparando para retomar os estudos.

No entanto não consegue realizar o que diz ser o seu desejo. Inicialmente quando fala disso, atribui à culpa aos pais que acham perigoso ela estudar à noite. Quando pergunto se realmente são os pais que a impedem, chora e diz: *“na verdade, sou eu própria que não tenho coragem, mas não gosto que a minha mãe jogue isso na minha cara... O meu pai pelo menos, pega menos no meu pé...”*

A questão da impossibilidade de realizar o desejo de ser batizada se coloca a partir do momento em que L. é solicitada a dar provas do seu saber sobre a religião. Ela diz saber as respostas de todas as questões que lhe seriam feitas, mas não comparece por medo de fracassar.

Um outro impasse na sua vida é expresso na queixa da dificuldade que sente de discutir com o pai, fazer reivindicações, ou quando não consegue revidar alguma agressão sofrida.

A avó, que atualmente está doente, é a única pessoa à qual ela, de uns tempos para cá reage, quando se sente agredida. Numa das sessões conta uma briga com a avó, quando esta a chamou de gorda. Neste dia consegue reagir chamando a avó de *“víbora*

miserável". Os pais tomam a sua defesa e a mãe diz para a avó: *"deixa a minha filha em paz"*. L. diz que foi ótimo ouvir isso, sentir o apoio dos pais. Após a briga foi lavar o fusca do pai para levarem a avó em casa. Também não urinou na cama o resto da semana. Diz: *"...é que pus pra fora o que estava me incomodando"*.

Completa dizendo que gosta de sentir este ressentimento *"não quero que ele acabe"*.

O corpo e a obesidade

L. parece se sentir pouco a vontade no seu corpo. No início do tratamento chega a perder peso, que depois recupera. Às vezes fala que sente estar perdendo peso, faz projetos, mas não consegue se envolver em um processo de mudança.

Em muitas sessões chora e diz que o motivo é estar se achando feia e gorda, mas está sem controle na alimentação.

Em outro momento, observa que está se sentindo mudada. Explica que está com mania de comprar CDs e sapatos. Sente também que está se aceitando mais: *"Eu sei que sou gorda, não sou bonita, mas tenho muitas coisas boas... Agora estou percebendo mais"...*

Sempre se refere a projetos para emagrecer e às vezes, faz caminhadas com a mãe e regularmente observa que agora come bem menos que antes.

Certo dia fala de um sentimento de estranhamento. Explica que tem um vestido que não usou mais porque ficou apertado e ela só gostava de roupas largas. Mas na última semana resolveu colocar o vestido e foi para a igreja com ele. *"Lá fiquei andando de um lado para o outro para me mostrar para as pessoas. Todo mundo falou que eu estava bem. Resolvi deixar de ser tímida"*.

Na sua igreja tem muita discriminação contra ela. Quando pergunto o motivo responde: *"Eu acho que é porque eu sou cheinha e também porque não sou bonita. Antes ficava triste com isso. Agora nem ligo. Aliás, não consigo me ver magra"*.

A enurese e a urgência urinária

Durante todo o acompanhamento de L. a enurese permanece. A mudança que ocorre se refere à sua maneira de encarar o problema. Ela diz estar se cobrando menos em relação a isso.

Quanto à urgência urinária, houve uma atenuação sensível deste sintoma e agora ela consegue controlar a vontade de urinar, até que seja possível. Fala também que mesmo quando pensa na possibilidade de não conseguir reter a urina em algum lugar, isso não a apavora mais como antes. *“Antes, quando eu vinha aqui ficava preocupada com a urina, tinha medo de não dar tempo de chegar... Agora se não der tempo e eu urinar na roupa, nem ligo”.*

Evolução

Com a evolução do atendimento L. apresenta sinais sensíveis de melhora, que ela mesma assinala. Existe uma relação transferencial bem estabelecida, e ela fala da satisfação que sente ao vir às sessões. Um dia conta que está escrevendo poesias e músicas. Canta uma das suas composições, que fala de alguém pedindo outra chance para ser feliz. Na sessão seguinte diz que ter conseguido cantar tinha sido ótimo *“foi como se o mundo se abrisse para mim, eu ter conseguido cantar para você. Nunca fiz isso para ninguém...”*

A enurese continua, mas ela diz que isso não é mais tão importante e que o próprio neurologista falou que *“um dia passa...”*

Esse ano L. vai retomar os estudos à noite, num curso supletivo. Os pais inicialmente não queriam, mas depois concordaram. Ela fala do medo que às vezes sente, de não dar conta, de ser tomada pelo pânico que experimentou antes. *“Mas agora eu posso discutir isso aqui, e se lá eu não conseguir segurar a urina, ninguém tem nada com isso...”* Ela já se matriculou e saiu com o pai para comprar o material escolar. Também comenta que a decisão de sair da escola que antes era motivo de vergonha e dor teve uma dimensão muito boa na sua vida: *“todo mundo me achando maluca, louca. Eu queria era dar um tempo...”*

Em relação à obesidade, às vezes reclama, diz que atualmente está com 110 kg, mas que nesse período já esteve mais gorda e ultimamente perdeu 4 kg. Percebe que já não come tanto quanto antes. Fala de um homem que mexeu com ela na rua: *“Me chamou de fofinha...”* Pergunto como é ser chamada de fofinha e ela responde: *“É uma gordinha bonita”....*

5.3 O caso V

V. tem 17 anos quando a encontro pela primeira vez. É solteira e apresenta uma obesidade acentuada. Nesse atendimento vem com a mãe que diz que a filha veio para emagrecer, encaminhada pela ginecologista com quem está fazendo um tratamento para síndrome dos ovários policísticos. Atualmente V. está usando anticoncepcional oral e metiformina.

A adolescente diz que o excesso de peso a incomoda e não quer mais sair de casa. Atualmente está estudando, cursando o segundo grau; mora com os pais e dois irmãos mais velhos. O pai faz trabalhos esporádicos e a mãe trabalha no comércio informal, sendo essa a renda da família.

A mãe relata que a obesidade surgiu quando a adolescente tinha 9 anos *“antes não era obesa, inclusive era miúda”*. Nessa ocasião procurou médico para a filha que *“disse que era normal”*. Posteriormente V. iniciou uma dieta por conta própria sem conseguir perder peso, mas *“tem dias em que fica sem comer”*.

A mãe também refere sua preocupação com a timidez da filha, que ela acha exagerada. Tem notado *“que ela anda muito retraída”*.

Nesse primeiro atendimento quem fala mais é a mãe, respondendo às perguntas que faço; V. permanece calada, sorrindo para mim e concordando com o relato da mãe.

Antecedentes pessoais:

V. nasceu de parto normal, a termo com 2,700 grs, tendo tido desenvolvimento normal. Teve as doenças comuns da infância e nega cirurgias e internações anteriores. Atualmente está em uso de anticoncepcional oral e a metiformina prescritos para tratamento dos ovários policísticos.

Sua menarca ocorreu com onze anos e nos últimos dois anos seu ciclo menstrual está irregular. Quanto à obesidade essa surgiu quando V. tinha nove anos. Existem antecedentes familiares dessa patologia, pois ambos os pais têm sobrepeso. Há também relato de uma tia diabética. O pai é hipertenso, a mãe sofre de *“taquicardia”*; e na família ocorreram vários casos de enfarte.

V. já procurou médico para tratamento dessa obesidade, tendo sido prescrita uma dieta que ela não seguiu por “desânimo”; acha que a sua obesidade é devida ao fato de comer de maneira desordenada, “sem controle”. Cita como complicação da obesidade “os problemas do coração”.

V. relata que tem sono normal. Ela dorme junto com a mãe, na mesma cama, porque os pais, apesar de viverem na mesma casa, são separados há 10 anos - “*ele se recusa a sair da casa.*” Após a separação, o pai foi dormir no quarto de um dos filhos que passou para o quarto dela: “*eu então tive que ir dormir com a minha mãe.*”

A adolescente estuda à noite. Está repetindo a segunda série do segundo grau e diz que o seu aproveitamento não está bom. Atualmente não tem tido vontade de ir à escola. Também faz um curso de informática.

Lazer

V. não pratica atividade física. Quando não está na escola fica em casa deitada, ouvindo rádio ou vendo TV. Diz que fica trancada no quarto. Não tem amigas, só colegas.

Atualmente não está namorando.

Exame Físico:

Peso: 102,7 kg **Estatura:** 1,66mts **IMC:** 37,3 (acima percentil 95)

Pressão Arterial: 110 / 60 mm hg

Tanner: M5 /P5

Ausculta cárdio-respiratória: normal

Abdome: globoso, sem visceromegalias, estrias no abdome e região lombar

Estado nutricional: Obesidade

Presença de Acantose Nigricans: sim

Resultado de exames:

Colesterol total: 170mg/dl **HDL:** 54mg/dl **LDL:** 97 mg/dl **VLDL:** 19 mg/dl

Triglicérides: 159 mg/dl

Glicemia: 79 mg/dl

TSH: 4.78 mcUI/ml (refer: 0,4 a 5.000mcUI/ml)

T4 livre : 1,5 ng/dl

Diagnóstico: Obesidade

Avaliação

V. apresenta uma obesidade acentuada, com perfil lipídico apresentando uma hipertrigliceridemia. A pressão arterial se encontra dentro dos limites da normalidade, mas ela apresenta “*acantose nigricans*”, considerado fator de risco para síndrome metabólica.

Encaminhamento

V. manifestou o desejo de freqüentar o grupo de obesidade, mas também fazer um acompanhamento individual. Foram feitas orientações gerais e em relação à sua alimentação.

Foi agendado retorno semanal.

O Caso de V.

Inicialmente, V. compareceu regularmente apresentando perda de peso em todas as consultas. Em três meses já tinha perdido 4,4 kg em relação ao peso inicial.

A partir daí seu peso estacionou e gradativamente ela começou a recuperar o que havia perdido. No entanto, vinha às consultas marcadas e aos poucos começava a me relatar outros aspectos da sua vida que a preocupavam. Sua fala se desloca e a questão da obesidade foi sendo deixada de lado, inclusive com ela não querendo mais se pesar.

Nos seus relatos V. fala muito da “*bagunça*” que é a sua casa onde se sente sem espaço, com os pais e irmãos exigindo que ela faça os trabalhos domésticos.

Percebo na sua fala, que a mãe tem um lugar privilegiado e de alguma maneira, está sempre incluída ao material que V. traz às sessões. Ela a descreve como uma figura poderosa que supre tudo na sua vida e na dos irmãos. Desde as mensalidades do curso de informática que V. freqüenta, até os produtos para o seu cabelo e emprego para os irmãos.

A mãe é pessoa muito popular no bairro onde moram e muitos a elegeram “*mãe adotiva*.” Ela gosta de conversar com todo mundo, inclusive com as pessoas ligadas ao mundo das drogas, ocupando o papel de conselheira. “*Quando alguém vai preso ela fica na maior pena.*”

A mãe de V. freqüenta uma igreja evangélica onde incorpora o espírito de um cigano que de acordo com V. lhe dá poderes premonitórios. “*Tudo o que a minha mãe diz acontece*”.

Por outro lado, existe um outro aspecto nessa mãe do qual V. me fala e que revela uma pessoa extremamente frágil, sujeita à crise de depressão, de choro e de reclamações perante a vida.

Quando a mãe entra em tais crises, V. se queixa da cansaça que ela lhe dá: *“Ela fica sem comer, e eu tenho que pedir que ela coma e tome o remédio. Meu pai e meus irmãos nem ligam... Eu fico cuidando e ela me chamando..., parece um bebê, deitada o tempo todo...”*

Passa a falar do medo que sente de que a mãe morra: *“porque ela fala muito em morte e pergunta se eu vou saber me cuidar se acontecer alguma coisa.”* V. também tem certeza de que o pai vai culpá-la se isso acontecer. Ele sempre diz: *“Se acontecer alguma coisa com ela, vocês são os culpados.”*

Quanto ao pai, é descrito como uma pessoa ausente e insensível: *“Nunca me dá dinheiro quando eu peço, e as coisas dele ficam trancadas num armário no quarto onde ele dorme.”* O pai não colabora nas despesas e *“come tudo o que a minha mãe compra”*. Os dois brigam muito e ele já esteve envolvido com uma vizinha.

Também briga muito com os dois filhos homens: *“O meu irmão pediu as contas no emprego e o meu pai fica bravo com ele. Fala que ele é vagabundo”*.

Os dois irmãos de V. disputam entre si a atenção da mãe, que os protege e é quem procura trabalho para eles.

Ela diz: *“O meu pai brigou com o meu irmão, porque ele não quer ajudar a pagar as contas em casa, mas a minha mãe não cobra nada. Ela acha que se o meu irmão começar a pagar o meu pai vai ficar mais folgado.”*

Continua dizendo que, apesar de toda a paporicação da mãe, quando esta adocece *“eles não estão nem aí”*. V. se diz diferente dos irmãos, que saem e ficam fora de casa até tarde da noite, namoram várias meninas ao mesmo tempo e não fazem nada dentro de casa. Na estrutura familiar ela ocupa o lugar de confidente da mãe. Isso é colocado de maneira clara quando ela diz: *“ela me conta tudo que acontece e eles não sabem que eu sei de tudo”*.

Quando ocorre briga em casa, V. se tranca no quarto da mãe para evitar discussão.

Fala às vezes do seu desejo de sair dessa confusão, ir embora, *“morar numa kitinet, quando trabalhar e tiver dinheiro”*. Mas a mãe só vai admitir se ela estiver casada. *“Fazer o que?... mãe pegajosa”*...

V. nunca chora nas sessões e inclusive, raramente percebo alguma emoção nos seus relatos. Ela fala olhando para um ponto distante, parecendo estar a mercê de um

destino sob o qual não tem nenhum poder. No entanto, quando a interrogo, me diz que às vezes chora baixinho, à noite na cama. Chora baixo para a mãe não escutar e começar a perguntar. *“Quando a minha mãe começa a reclamação eu desligo e não digo nada, pra ela não falar mais”*.

Sua vida social é limitada. Frequenta a escola à noite onde tem algumas poucas colegas com quem sai às vezes. Diz que é muito tímida e não gosta que as pessoas a olhem na rua.

Fala de uma vez, quando tinha 11 anos em que foi dama de honra de um casamento: *“Só gostei quando tudo acabou”*.

Na escola não tem tido bom aproveitamento, ficando em recuperação em quase todas as matérias: *“não consigo prestar atenção em nada... Aquilo é uma confusão”*, ela diz se referindo à escola. Explica que na sua vida escolar não aprendeu nada e não sabe como chegou ao segundo grau.

V. frequenta uma igreja evangélica nos dias em que o pastor preside uma reunião intitulada “terapia do amor”. *“O pastor aconselha, pra quem não é casado ele diz pra não ficar ansioso. Para os casados ele ensina a conviver bem”*.

Em casa fica a maior parte do tempo se distraindo com o celular, conversando com homens em programas de bate-papo. *“Tem um que me liga sempre e pergunta se pode me chamar de “pão de mel”*. Ela gosta, mas tem medo da impressão que vai causar, quando for vista pessoalmente e descobrirem que é gorda. Em relação às suas fantasias, essas se resumem em ter uma casa, um emprego e uma família.

Na rua, quando está com a mãe, esta sempre lhe diz: *“V. presta atenção, olha para os lados...”* A mãe diz que ela não percebe os homens a olhando, mas ela tem vergonha, se acha feia... *“A única coisa bonita em mim é o nariz”*.

No decorrer do atendimento, V. começa um namoro com um desses homens, conhecidos através do celular. Ele a procura na porta da escola e inicialmente, ela diz não saber se está gostando ou não. Nessa ocasião, fala do medo que tem de ser enganada porque não acredita em homem nenhum. Na sua família todas as tias têm um relacionamento tumultuado e os seus dois irmãos também vivem enrolando as mulheres. Pergunto a ela pelo pai: *“Você falou dos homens da sua família, e o seu pai?”* Ela conta uma confusão quando duas vizinhas quiseram bater na sua mãe, porque o pai estava envolvido com uma delas. Foi a mãe que lhe contou. Os homens olham para sua mãe na rua, mas ela não pode corresponder, porque não vai ficar bem. *“Apesar deles não viverem como marido e mulher, moram na mesma casa e a minha mãe não acha legal*

isso.” Completa dizendo que a mãe sempre ameaça ir embora de casa. *“Se isso acontecer vai ser um alívio, as brigas vão diminuir.”* Pergunto a ela: *Será que sua mãe quer mesmo se separar do seu pai?* Ela responde que realmente não sabe... *“Quem é a vítima na sua casa?”* Ela responde: *“Todos, porque todo mundo apronta”.*

Percebo em V. uma alienação e uma sensação de impotência muito grande perante os fatos da sua vida. Ela sempre começa a sessão dizendo: *“Está tudo do mesmo jeito, a mesma chatice”*, e passa imediatamente a descrever o que aconteceu com a mãe na última semana, parecendo-me totalmente alienada à vida dessa mãe. Às vezes se refere ao seu corpo e ao peso que só vem aumentando. Foi à ginecologista que atribuiu o ganho de peso à interrupção do tratamento para os ovários, que tinha prescrito. No entanto, não consigo perceber em V., uma preocupação verdadeira. Ela justifica a obesidade com o fato de ficar em casa, sem fazer nada. Fala que a mãe também engordou e que as duas vão ter que tomar jeito, começar uma dieta juntas.

A escola também está ruim, não consegue se concentrar, mas tem que ir. *“Pergunto: Será que tem?”* Responde que não quer ficar em casa. Emenda com o assunto do marido da tia que foi embora e ela ouviu a mãe comentando. Pergunto como ela se sente em relação a esse fato: *“eu não sei de nada”*. Diz que esquece das coisas que queria me contar, *“de outras tenho vergonha”*.

Com o passar do tempo, noto que V. se abre mais comigo e me relata fatos da infância. Uma ocasião se refere ao medo da mãe de que o pai brigue com seus dois irmãos, na sua ausência. *“Aí, quando ela sai, eu não posso sair, e quando saio tenho medo que possa acontecer alguma coisa.”* Me explica que durante essas brigas ela tem que entrar no meio para separar. *“Querida ir com a minha mãe ou ficar sozinha. Não gosto daquela casa, da rua, do bairro”*.

Passa a falar do pai e pergunto pela sua infância. Ela diz não se lembrar de nada, só de uma surra que levou dele com uma vara e *“que tirou sangue”*. O pai era mais violento com os irmãos. *“Já tentou enforcar um, a minha mãe reagiu e já o feriu com um garfo”*. Quando a minha mãe trabalhava em um motel ele falou que se ela não saísse, ela ia chegar em casa e encontrar os filhos mortos e mutilados. *Aí, ela parou”*. V. me fala dos pesadelos que tem com o pai brigando com os irmãos. Quando ele briga, V. não reage, já os irmãos respondem e aí a confusão começa. Às vezes ela entra para separar junto com a mãe. Emenda descrevendo a mãe: *“ela é o macho da casa, ele mesmo (o pai) fala isso, mas só em questão de reagir e de colocar comida dentro de casa, tomar providências, tudo...”*

Certo dia me relata que o pai e a mãe agora estão bem. *“Ele agora está pagando as despesas em casa e a minha mãe falou que ele não é ruim de tudo. Às vezes eles se trancam no quarto”*. Ela diz que nem imagina para quê, e depois completa *“se eles estiverem tendo relação, eu não quero nem saber...”*

Nesse dia, fala de um caso que a mãe teve com um vizinho, ela era criança: *“Íamos passear de carro com ele, e os dois se comportavam como marido e mulher. Aí eu não gostava e não gosto de lembrar.”* Também quando ela era mais velha, a mãe lhe contou de um aborto *“falou que a criança ia nascer com problema e não ia ser um bom filho. Daí ela passou mal, foi internada e pediu ao médico que não contasse nada ao meu pai, mas acho que ele desconfiou...”*

Atualmente, V. mantém a relação amorosa que iniciou com o rapaz do celular. Diz que gosta dele, mas às vezes é invadida por ciúmes e desconfianças. Ela já teve outros namorados, tendo inclusive tido relações sexuais com um deles. Agora, namora na sala de casa e o pai vigia o tempo todo. *“Toda hora ele vai na sala”*. Quando a mãe está em casa é ela quem vigia do quarto, mas às vezes cochila. *“Aí eu vou lá e acordo ela”*. Pergunto a V. o motivo de ela acordar a mãe e ela responde: *“É porque se o meu pai pegar ela dormindo, vai falar muito”...*

Evolução

Desde o início do tratamento V. comparece, regularmente. Às vezes falta às sessões e o motivo é a falta do vale-transporte ou alguma doença dela ou da mãe.

Ela diz gostar de vir, porque é um lugar onde pode desabafar. No entanto o seu discurso onde o desejo não se revela se coloca como um obstáculo ao processo analítico.

Em relação à obesidade V. continua a ganhar peso, se referindo às vezes a essa situação, sem parecer que realmente esteja implicada nisso.

Em artigo intitulado “Que manejo clínico a inibição exige”, Curi e Dias (2006), chamam a atenção para a armadilha presente nesses casos, onde o analista passa a trabalhar, a desejar e a buscar saídas para o sujeito, correndo o risco de cair na dimensão da sugestão.

O manejo tem que ser realizado no campo transferencial, cabendo ao analista “fazer o registro do mínimo que aparece de movimento que descongele a imagem e faça vacilar o sentido fechado sobre si mesmo com o qual o analisante se apresenta” (CURI; DIAS, 2006: 80).

6. DISCUSSÃO

Nos três casos atendidos trata-se de adolescentes do sexo feminino portadoras de obesidade acentuada e que, inicialmente, perdem peso, mas que após algum tempo de tratamento retomam o peso anterior, sendo que uma delas continua a ganhar peso.

O que existe em comum nos três casos é o surgimento da obesidade durante a puberdade, em L. e em V. no seu início, e em B. manifestando-se aos 13 anos na vigência de uma gravidez ocasionada por uma relação incestuosa.

Qual o lugar e que significado pode ser atribuído à obesidade nesses três sujeitos? Num determinado sentido, essa deformação no corpo não deixa de representar um trabalho a mais, na medida em que já existe um outro trabalho a ser realizado, referente às transformações corporais que a puberdade traz.

Rassial (1999), ao escrever sobre a adolescência relacionada às dimensões lacanianas do Real, Simbólico e Imaginário, aponta as situações no decorrer da vida, onde o sujeito se defronta com o Real do corpo. Tais situações compreenderiam a vigência de uma gravidez, o caso de uma doença e quando ocorrem transformações corporais que extrapolam a imagem previamente concebida, aí se incluindo a puberdade.

De acordo com esse autor, as mudanças corporais colocam o adolescente na borda de um buraco, entre a constatação do seu inacabamento e o risco de danos à sua saúde. Supondo que tais mudanças sejam ocasionadas por uma causa externa e, portanto, de controle impossível, o sujeito vivencia o desamparo.

Articulando fragmentos da história de cada uma dessas adolescentes a este momento, podemos idealizar a singularidade do seu encontro com esse Real e a partir daí tentar entender o surgimento da obesidade como resposta sintomática.

6.1 Elaboração do Caso B.

A história de B. permeada por situações trágicas nos permite dimensionar todo o trabalho que essa adolescente tem que realizar para dar uma significação ao seu encontro com o real representado pelo trauma do abuso sexual, a gravidez decorrente desse abuso, a que se acrescenta o fato desta gravidez ocorrer durante a sua puberdade.

De acordo com a teoria freudiana, inicialmente o trauma se caracterizaria por uma situação real de sedução a qual seria o fundamento patológico das neuroses. Posteriormente ocorre uma mudança nessa formulação e a realidade factual é substituída por algo não vivido, mas fantasiado pelo sujeito como realidade.

Em 1920, Freud reformula a conceituação anterior elaborando a segunda teoria do trauma, onde este teria como referência um excesso que por sua intensidade invade o aparelho psíquico não sendo possível a sua integração e simbolização; o trauma passa a estar relacionado à pulsão, especificamente à pulsão de morte na sua maior expressão, a compulsão à repetição.

Particularmente no trauma implicado na violência sexual, a incidência inesperada e massiva da realidade relativa ao abuso leva a desarticulação do que já estava construído, comprometendo a relação do sujeito consigo mesmo e com a realidade que o circunda e o atravessa.

O abuso sexual faz com que a criança se depare com o real da sexualidade, seja no registro escópico, oral, anal ou genital, além de toda saída simbólica. O traumatismo se produz quando a criança defrontada com o gozo do Outro, depara-se com a evidência inevitável de sua própria sexualidade. No fim das contas, de maneira geral, é a própria sexualidade - mais exatamente o real sexual - que se revela fundamentalmente traumática (Ansermet, 2003: 138).

O abuso sexual incestuoso tem uma dimensão mais catastrófica, uma vez que configura uma situação crônica no contexto familiar, que de alguma forma contribui para que ele ocorra.

Constituindo uma transgressão das normas que regulam a função disciplinadora do adulto, o ato do abuso implica a cumplicidade da vítima que passa a vivenciar uma situação de ambivalência, por um lado seduzida por um adulto que constitui uma referência para ela e com quem partilha um segredo, e por outro, coagida pelo medo da punição e pela culpa do desgosto que causará à mãe.

O silêncio que se instala é determinado entre outras causas pelo vínculo entre o abusador e sua vítima que facilita a coerção amorosa: “eu sei que você gostou, mas é algo que deve ficar entre nós” (FUKS, 2006).

A impotência a solidão e a culpa acompanharão o sujeito, promovendo efeitos variáveis por toda a sua existência, e inclusive afetando as gerações seguintes.

Barbosa (2004: 57-58) se refere ao incesto como o segredo de família mais fundamental de todos:

O romance familiar, a rede de cumplicidades e as histórias silenciosas não reveladas são heranças históricas oferecidas ao bebê ao nascer. Ele é constituído pela sua história, pela história da sua família e das gerações passadas. Essa herança familiar traz à criança lembranças agradáveis, reencontros com sensações esquecidas, recordações de histórias confusas que permaneceram secretas, por pudor e culpa. Porém, os segredos atravessam muros invisíveis que preservam a intimidade familiar e escondem o incesto. Histórias silenciosas que tentam esquecer e que remetem para conflitos amorosos intensos de rejeição, traição, abuso sexual, aborto e morte.

Os personagens que participam dessas histórias, o pai abusador, a mãe e a criança abusada apresentam algumas características comuns.

Assim, o pai perverso protagonista da relação incestuosa seria aquele que introduz uma intimidade perversa, com a filha no lugar da Lei, suprimindo a função simbólica do pai. Esse pai é incapaz de se representar nas representações do outro, ou seja, de reconhecer suas emoções ou pensamentos.

Ele percebe apenas o seu mundo mental e é de um modo genuinamente sincero que goza com sua filha ou filho: sem nenhuma representação das perturbações que possam ser infligidas à criança. Funciona em uma espécie de “recusa às avessas” (perversa) da sexualidade infantil...Torna-se assim, capaz de ultrapassar o tabu fundamental da cultura e fundante do desejo humano, para ter acesso a um gozo de caráter absoluto, e goza, em sua face de sedutor, do poder de escolher a quem iniciar, a quem conceder o privilégio narcísico de acesso a um prazer erótico prematuro e proibido(FUKS, 2006).

A estimulação provocada pelo abusador, sentida inicialmente como intrusiva segue-se uma reação pulsional que não é passível de discriminar-se dos estímulos, levando a uma submissão corporal onde passa a existir uma percepção sem consciência e uma sensorialidade sem registro representacional.

Essas vivências estão contidas na história de B. e a obesidade que surge durante a gravidez, parece ter a função de neutralizar o encontro traumático com o gozo, tentativa de separação onde a adolescente transforma o próprio corpo em objeto no qual se

submerge e se refugia denotando a impossibilidade de através da palavra dar uma significação ao real representado pelo abuso que vivenciou.

B. fala da época em que viveu no abrigo e dá como motivo os maus tratos sofridos em casa, omitindo o abuso sexual. Nas suas poucas referências ao pai o descreve como pessoa violenta, dependente de drogas e que a espancava regularmente. A mãe é incluída na sua história como uma pessoa desequilibrada, que pouco se importa com os filhos, trabalhando atualmente como doméstica.

Analisando o perfil das mães das famílias incestuosas Fuks (2006) chama a atenção para a dificuldade que essas apresentam de visualizar a situação incestuosa, uma vez que elas próprias apresentam, regularmente, uma história infantil de situações traumáticas a qual repercute na sua auto-estima propiciando uma auto-imagem feminina rebaixada. Essas mulheres na maioria das vezes não percebem que também são abusadas e maltratadas.

Essa autora comenta:

Por sua história de vida, essas mulheres acreditam que as relações mãe-filha são necessariamente competitivas, ambivalentes e hostis (essa crença é transmitida como algum tipo de legado). As próprias necessidades insatisfeitas e a baixa auto-estima levam a que intensas demandas de seus filhos provoquem nelas ansiedade e rejeição (Fuks, 2006).

Depois que deixou o abrigo e retornou para casa as brigas de B. com a mãe se tornaram freqüentes e seu conteúdo deixa clara a situação de rivalidade entre as duas. Nas discussões a mãe chama B. de gorda e a ridiculariza perante os irmãos. B. por sua vez acha que como cuida dos irmãos melhor do que a mãe, esta quer tirar a sua autoridade.

Recalcati na “Clínica do Vazio” [2003] estabelece uma tipologia do quadro familiar das mães de pacientes anoréxicas que nos parece ser aplicável a esse caso. Um dos tipos de mãe nomeados por esse autor se refere à mãe narcisista que seria aquela que além de não atribuir um valor fálico ao filho, coloca esse filho na posição de usurpador do falo, de roubá-lo ao Outro e à mulher. Nessa situação não é considerada a tese freudiana do acesso ao falo através da maternidade. Ou melhor, uma determinada versão fálica da mulher, se sobrepõe à mãe que não se relaciona com a filha como falo imaginário, mas como rival ou como um objeto-desejo.

B chora ao contar uma briga com a mãe quando essa diz que ela pode ir embora de casa, pois o seu lugar não é ali, é na casa do namorado: *“isso não é mãe, todo o apoio que eu precisei na vida tive que buscar com outras pessoas, fora de casa”...*

Num outro momento descreve uma tentativa de conversar com a mãe, onde consegue dizer todos os seus sentimentos, me dizendo que nesse dia nota lágrimas nos olhos da mãe. Depois completa: *“mas depois ela continuou xingando”...*

Na descrição dessas brigas, na emoção que se manifesta, na fala entrecortada pelo choro, percebo a raiva, a revolta, mas principalmente um apelo a essa mãe, que persiste além de todas as frustrações vividas.

Na ausência de uma resposta, B. se enche de comida; “o objeto real (comida) permite ao sujeito compensar aquilo que não teve a nível simbólico, quer dizer, o dom de amor, o signo da falta do Outro” (RECALCATI, [2003]: 283).

Recalcati estabelece um contraponto entre a clínica da anorexia e da obesidade apontando para o valor fundamental do “não” na constituição da subjetividade. Se na anorexia o rechaço ocupa posição predominante, permitindo ao sujeito um pouco de separação, na clínica da obesidade nos defrontamos com a impossibilidade de separação simbolizada pela incorporação infinita do objeto alimento, onde o desejo cede a um gozo autista desconectado do desejo do Outro.

Quando vem à consulta pela primeira vez B. faz referências vagas a alguns episódios de vômitos que a acometem regularmente. Posteriormente à medida que o tratamento prossegue entra em detalhes e me descreve esses vômitos como auto-induzidos, ficando claro que apresenta também uma bulimia que se manifestou posteriormente à obesidade.

Do ponto de vista médico a bulimia nervosa é considerada um transtorno alimentar onde o aspecto central é o episódio da compulsão alimentar (ingestão de uma grande quantidade de comida em curto intervalo de tempo), seguidos por um intenso sentimento de culpa e por comportamentos inapropriados, como períodos de restrição alimentar, uso de medicamentos para emagrecer e tendências a práticas purgativas (exercícios físicos exagerados, vômitos auto-induzidos e uso de laxantes e diuréticos).

Ferreira (2003), defendendo uma clínica que leve em conta a subjetividade do paciente, discorre sobre a anorexia e a bulimia afirmando que ambas não constituem transtornos alimentares (*“não se trata disso”*), mas sim construções sintomáticas, formas de defesa do sujeito frente a conflitos psíquicos.

Na anorexia, subsiste uma “paixão pelo nada” que assume dois sentidos descritos por Recalcati ([2003]: 19) como “os dois nada da anorexia”. O primeiro nada representaria uma manobra de separação do sujeito, visando reduzir a onipotência do Outro à impotência. Na tentativa de fazer existir o sinal de amor (aquilo que o Outro não tem), a

anoréxica recusa o objeto (comida). Nesse sentido esse primeiro nada é suporte do desejo, visando dissociar a dimensão do desejo daquela da demanda que nunca poderá realizar a satisfação do desejo.

No segundo nada não existe investimento no Outro, mas sim um rechaço radical, um direcionamento a uma modalidade de gozo que exclui o Outro, afetando o corpo que se anula. Esse segundo nada não remete ao desejo, mas à pulsão de morte.

Esse mesmo autor prossegue situando a anorexia e a bulimia como faces da mesma moeda, estando à primeira do lado da realização do Ideal do sujeito, enquanto a segunda representaria o fracasso, ocasionado pela emergência do real pulsional na cena do Ideal.

Nesse sentido, a bulimia e a obesidade teriam inicialmente a mesma experiência da fome como experiência pulsional, diferenciando-se num segundo tempo pela tentativa de rechaço representada pelos vômitos provocados, característicos do fenômeno bulímico:

...na bulimia o empuxo de devoração vem acompanhado, por assim dizer, com o momento da evacuação, do vômito, quer dizer, com a possibilidade de que o sujeito possa também separar-se de tudo que engoliu... Se a obesidade e a bulimia devem situar-se tendencialmente em torno do eixo da alienação (o sujeito é “acionado” pela pulsão, está à mercê do imperativo do gozo), a bulimia é uma alienação que preserva, no tempo do vômito, a possibilidade de uma separação do Outro.(RECALCATI, [2003]: 281-282)

Existiria também um ganho secundário implicado na bulimia, no sentido de tornar o sujeito visível ao Outro; no comer e vomitar realizados de forma oculta, característicos do ritual bulímico, sempre são deixados vestígios que possam ser percebidos.

Retornando ao caso de B. isso fica evidente no episódio em que a mãe percebe que ela havia ingerido vinagre com sal para vomitar, tomando-lhe a garrafa. Também na sua última sessão, quando relata a dor de estômago e os vômitos apresentados na semana anterior: *“Pedi a minha mãe um pouco de bicarbonato e ela nem ligou... mandou que eu fosse ao médico. Na realidade eu comi muito bolo, comi demais, depois passei mal e vomitei. Só que desta vez saiu um pouco de sangue. Eu falei isso com ela e ela nem ligou...”*

Durante todo o período das suas consultas B. não se refere à questão do abuso, impossibilitando uma elaboração do trauma pela linguagem. Somente através da instalação da transferência surgiria a possibilidade da presentificação na situação analítica da verdade subjetiva do sujeito, onde através do “agir” este atua a sua dor.

Em levantamento realizado em prontuários de mulheres vítimas de violência Barbosa (2004), detectou que à medida que o processo analítico se aproxima do núcleo

incestuoso, há uma intensificação da resistência que impede a rememoração e a interpretação.

Ao invés de transferirem para a pessoa do analista, atualizando na transferência suas pulsões agressivas, elas transformam o lugar da análise no lugar da própria resistência, reproduzindo com a pessoa do analista as pulsões agressivas. (BARBOSA, 2004: 59)

Nesse caso, essa me parece ter sido a causa da decisão da adolescente de interromper o tratamento. Numa das suas últimas sessões ela diz: *“gosto muito de você..., só não gosto e tenho raiva quando você me cutuca numas coisas”*, se referindo às vezes em que é interrogada a respeito do pai.

Finalmente B. abandona o tratamento sendo o motivo a dificuldade de horário, já que ia começar a trabalhar. Nessa oportunidade coloca a possibilidade de retomar o tratamento com uma psicóloga sua amiga que a atendeu no período em que estava no abrigo, e com quem pretende trabalhar em uma organização para vítimas de violência. *“Ela já sabe de toda a minha história”*.

Na elaboração deste atendimento uma questão que considero importante discutir é a que diz respeito às relações estabelecidas por essa adolescente com as instituições que a acolheram.

Dentro de toda a tragicidade que vivenciou, o acolhimento, o abrigo e posteriormente a inclusão de B. nos vários programas de assistência social que frequentou e que a ampararam, representaram o ‘lado bom’ da sua história de privação, uma situação à qual ela se agarrou e que resistia em abrir mão.

Num artigo intitulado *Instituições e Violência - Violência nas Instituições* (MARIN,1998:102), aborda aspectos importantes relacionados ao modo como é realizado o atendimento dos adolescentes em situação de risco nesses locais, onde se trabalha mais no sentido de tentar excluir e negar a violência produzida pela sociedade, do que em oferecer um espaço referencial e reorganizador para esses sujeitos. Essa autora faz questionamentos sobre o funcionamento dessas instituições:

...estabelecer-se-iam como um local que permitisse a esses jovens- que durante a vida defrontaram-se sempre com o arbitrário, com uma experiência de excessos de contatos eróticos, de amor invasor, de pancadas, de ódio destruidor, de votos de morte, de indiferença dos pais, etc. – se defrontar com uma lei estruturante? Ou tratar-se-ia, na verdade apenas de proteger a sociedade da violência? (MARIN, 1998: 102)

No intuito de escapar à angústia de entrar em contato com a desilusão e com o sofrimento que esses jovens representam, esses locais constroem a ilusão de um mundo

sem conflitos passando a se constituírem como uma pausa na vida desses sujeitos, dificultando que eles realizem o luto simbólico das perdas que sofreram.

B. fala como se sentia bem ao ser tratada de maneira diferenciada em todos os locais por onde passou, inclusive reconhecendo que fazia uso da compaixão que despertava nas pessoas.

No momento em que interrompeu o seu atendimento estava em vias de ser desligada de todos os programas que freqüentava, situação que parecia levá-la ao desamparo, motivo das intensas crises de choro e raiva que ela apresentava.

Atropelada por essa situação real, nesse momento ainda era muito difícil falar do seu trauma para que, através da reelaboração, houvesse uma mudança do seu posicionamento subjetivo.

6.2 Elaboração do caso L.

Em L. a obesidade surge em torno dos nove anos, no início da puberdade seguida pelo aparecimento de um novo sintoma, a enurese noturna, quando ela tem doze anos. Esta enurese se desdobra posteriormente numa urgência urinária quando a adolescente tem dezesseis anos, interferindo na sua vida social e a levando a abandonar a escola. Quando a encontro pela primeira vez, tem dezoito anos e já está há dois anos sem estudar.

A mãe fala por ela: *“ela quer emagrecer, mas não tem força de vontade para conseguir o êxito”*.

A família

L. é filha única, tendo nascido quando os pais já tinham certa idade, a mãe 40 anos e o pai 46 anos: *“O meu pai me disse que por eles não teriam tido filhos, mas que quando eu vim fui aceita de braços abertos...”*

Sua família segue uma religião evangélica de preceitos rigorosos e a sua atividade social se resume praticamente às atividades da igreja. A mãe acha que ainda não está na hora dela namorar. Pergunto quando será esse momento e ela responde: *“Ela diz que lá pelos 25 anos...”* Também não sabe qual será a reação do pai quando ela levar um namorado em casa. : *“Sou confusa em relação a essas coisas. Não sei lidar com isso...”*

Nas sessões L. frequentemente se queixa do controle exercido pela mãe, mas concomitantemente, mantém com essa, uma relação adesiva acompanhada frequentemente por um comportamento regredido que remete ao desamparo do bebê no início da vida. Tal, como quando ela descreve seus sentimentos numa ocasião em que a mãe tem que ir dormir com a avó hospitalizada: *“fiquei tão triste que liguei para o hospital chorando. Tentei despistar, mas acho que ela percebeu”...*

Noutra ocasião em que a mãe se ausenta: *“Na hora de sair ela me falou, adeus, amor... Aí é que eu fico com vontade de chorar, quando ela fala desse jeito... Acho que ela percebeu e depois saiu sem me avisar”*.

Quanto ao pai, é descrito como uma pessoa calada já tendo apresentado quadro de depressão. Pela própria religião, este tem atitudes muito rígidas estabelecendo leis no funcionamento familiar que devem ser seguidas à risca. Tais leis incluem proibições em relação a ver TV, fechar a porta do próprio quarto, ver novelas ou o acesso à internet *“que só traz coisas ruins”*. L. tem dificuldade de se dirigir ao pai, pedir alguma coisa, reclamar.

Às vezes fala da raiva que sente, mas não consegue expressá-la, só chora. No entanto, muitas vezes, se refere ao pai com admiração.

Em 1931, no artigo “A sexualidade feminina”, Freud (1996) relaciona os três tipos de escolhas advindas do complexo da castração feminino: a interrupção de toda atividade sexual, uma atitude desafiadora na direção da masculinidade mantendo na denegação ou na esperança a vontade de ter o pênis, ou a solução considerada por Freud como a da verdadeira feminilidade, que implica na menina um direcionamento ao pai na esperança de obter dele um filho.

L. relata se parecer fisicamente com o pai, dizendo que em casa prefere as atividades nas quais colabora com ele, como a capina do jardim ou misturando massa de cimento nas reformas da casa. Nessa hora diz não se achar feminina: *“Tem gente que não faz, porque estraga as unhas. Eu nem ligo, mas também não tenho unha...”*.

Fala também não se sentir bem com as atividades que meninas da sua idade apreciam; ela gosta de assistir partidas de futebol, CDs e conversar com pessoas engraçadas.

Nesse caso parece que essa adolescente apresenta uma identificação intensa ao pai o que nos remete a uma das possíveis escolhas da menina advindas da passagem pelo Complexo de Édipo.

Referindo-se a esse tipo de escolha na direção da masculinidade, Freud em 1933, no artigo “A feminilidade”, fala sobre os seus desdobramentos, que na menina, resultam numa identificação ao pai ou à mãe fálica e a persistência da atividade masturbatória, podendo evoluir posteriormente para uma homossexualidade manifesta. No entanto Freud aponta que a homossexualidade definitiva não decorre diretamente da masculinidade infantil, estando mais na dependência de uma regressão posterior em consequência de uma decepção infligida pelo pai.

Nas questões e nos sintomas que L. traz estão implicados os impasses relativos ao que significa ser uma mulher e como lidar com a própria sexualidade, já que a adolescência é o momento em que o sujeito se vê frente ao trabalho de dar outra significação às suas identificações anteriores se posicionando em relação à partilha dos sexos.

No artigo “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão”, Freud articula a oposição entre o desejo e a necessidade, entre a pulsão a serviço de uma função sexual e a pulsão a serviço de uma função orgânica. Ele diz:

Tanto os instintos sexuais como os instintos do ego, têm, em geral, os mesmos órgãos ou sistemas de órgãos à sua disposição. O prazer sexual não está apenas ligado à função dos genitais. 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. Confirma-se assim, o adágio segundo o qual não é fácil para alguém servir a dois senhores ao mesmo tempo. Quanto mais estreita a relação em que um órgão, uma função dupla dessa espécie conta com um dos principais instintos tanto mais ele se retrai do outro (FREUD, 1910/1996: 225).

Correlacionando esse fragmento com a obesidade pode-se entender que, se a boca é fonte de prazer sexual durante a ingestão de alimentos, quando existem alterações no âmbito da sexualidade, poderão se manifestar alterações na área da alimentação. Os diversos distúrbios alimentares tais como a anorexia-bulimia e a obesidade, implicam esse conflito entre necessidade e desejo no domínio do órgão; “ora é a função orgânica que parece se apossar da boca, levando o sujeito a se empurrar até o limite da repulsa e do vômito; ora em resposta à repulsa, é a função erótica que assume a direção (ANDRE, 1998: 108).

Na puberdade, com a intensificação das moções pulsionais, as funções relacionadas à cavidade oral incluindo a alimentação, a comida, e o próprio corpo podem ser utilizadas pelo adolescente para expressar os traumas vivenciados e seus conflitos diante da sexualidade (VILHENA, 1999).

No caso de L. o primeiro sintoma representado pela obesidade surge aos nove anos no início das transformações puberais. A obesidade de L. expressa esses conflitos. Diante das modificações corporais, invadida pelas exigências da sexualidade às quais ela não sabe responder, essa adolescente usa o corpo obeso com a finalidade de continuar na sua posição de criança, alienada ao desejo do Outro materno, que por sua vez dificulta a separação necessária.

Sua obesidade também pode ter o sentido referido por Recalcati de uso do corpo como modalidade de interrogação histórica ao desejo do Outro.

De fato, no exibicionismo o que dá valor ao fato de exhibir-se, de mostrar-se – o gozo de mostrar-se – não consiste simplesmente em gostar-se, no fato de estar, por assim dizer, enamorado da própria imagem, mas sim em realizar uma estratégia de captura do olhar do outro; exhibir-se é roubar o olhar do Outro e, no caso do exibicionismo da fealdade, roubar esse olhar, justamente, como índice da angústia provocada no Outro (RECALCATI, [2003]: 276-277).

L. reclama da dificuldade de se relacionar com o pai, pedir alguma coisa, discutir. A mãe é a intermediária entre os dois. Sua reação diante dele é o choro ao qual ele não reage. Ela reclama: *“Ele ouviu o choro, mas finge que não viu nada”*... Aí vem a ansiedade, a vontade de comer.

A enurese e a incontinência urinária

Aos doze anos L. passa a apresentar uma enurese noturna o que a faz procurar tratamento médico e a realizar exames, todos com resultados normais, passando a se consultar com um neurologista e a usar medicação para esse sintoma.

Na obra freudiana, a enurese é apontada como um equivalente de atividade masturbatória.

Inicialmente no “Caso Dora”, Freud escreve sobre esse sintoma em sua paciente relacionando-o à masturbação e atribuindo a esta, o fator etiológico da enurese em geral (FREUD, 1905/1996).

Nos Três ensaios à teoria da sexualidade ao se referir à atividade masturbatória na infância, Freud diz:

O que dá sinal do aparelho sexual ainda não desenvolvido é, na maioria das vezes o aparelho urinário que funciona, por assim dizer, como tutor dele. A maioria dos chamados distúrbios vesicais dessa época são perturbações sexuais; a enurese noturna, quando não representa um ataque epilético, corresponde a uma polução (FREUD [1905]1996: 179).

Nesse mesmo trabalho ele prossegue:

...todas as vias que levam à sexualidade, vindo de outras funções, devem também ser percorriáveis na direção inversa... Boa parte da sintomatologia das neuroses, que deduzo das perturbações nos processos sexuais, se expressa em perturbações de outras funções não sexuais do corpo; essa circunstância, até agora incompreensível, torna-se menos enigmática quando se considera que representa apenas a contrapartida das influências sob as quais se dá a produção da excitação sexual (FREUD [1905]1996: 194-195)

L. não se refere a uma atividade masturbatória, mas em muitas sessões ela descreve seus devaneios e o prazer que sente ao ver os casais se beijando nas novelas que assiste na casa do vizinho, escondido do pai. Quando consegue ficar sozinha em casa canta para um namorado imaginário.

Na ocasião da preparação para o batismo, ela se queixa de um medo expresso como *“medo de cair”* que me explica como *“fazer coisas condenáveis que têm a ver com*

sexo, namoro, imoralidades”, que às vezes se sente tentada a realizar. Depois corta o assunto dizendo não se sentir bem falando disso, *“no momento quero emagrecer”*...

Novamente nos Três ensaios sobre a sexualidade, ao esclarecer a aparente preponderância da sexualidade perversa nas psiconeuroses, Freud coloca que a doença nesses pacientes surge após a puberdade, a partir das solicitações da vida sexual normal através do recalçamento. A libido bloqueada inunda as vias colaterais que até ali, talvez estivessem vazias.

O fato é que se tem de alinhar o recalçamento sexual enquanto fator interno, com os fatores externos que, como a restrição da liberdade, a inacessibilidade do objeto sexual normal, os riscos do ato sexual normal etc., permitem que surjam perversões em indivíduos que, de outro modo, talvez permanecessem normais (FREUD, [1905]1996:161).

Nesse sentido, a enurese de L. pode ser interpretada como uma substituição da atividade masturbatória à qual ela resiste pela sua educação extremamente rígida.

Aos dezesseis anos L. passa a apresentar uma incontidência urinária que associa a um episódio traumático provocado por uma enchente na sua casa, numa tarde em que se encontrava sozinha com o pai. A partir daí esse sintoma se agrava, configurando um sintoma fóbico que contamina todos os aspectos da sua vida.

L abandona a escola e só sai de casa acompanhada pela mãe, ou sozinha, somente quando se assegura da existência de algum banheiro ao qual possa ter acesso, sendo invadida por uma angústia intensa quando se descobre sem este recurso.

Laplanche se refere à histeria de angústia como “um termo introduzido por Freud para isolar uma neurose cujo sintoma central é a fobia, e para sublinhar sua semelhança estrutural com a histeria de conversão (LAPLANCHE, 2000: 212).

A neurose fóbica foi especificada por Freud (1909) na sua elaboração do caso do pequeno Hans, onde ele enfatiza a sua semelhança estrutural com a histeria de conversão, já que em ambas o recalque comparece promovendo a separação entre o afeto e a representação. No entanto, Freud estabelece a diferença entre as duas: “na histeria de angústia,... a libido não é convertida... mas é posta em liberdade na forma de ansiedade (FREUD, 1909/1996: 106)”. A formação do sintoma fóbico decorre de um trabalho psíquico que visa ligar de novo psiquicamente a angústia que ficou livre. “Uma histeria de angústia tende a desenvolver-se mais e mais para uma fobia (FREUD, 1909/1996: 107)”.

A causa que origina o sintoma fóbico está sempre situada no passado relacionada à angústia de castração e aos conflitos tipicamente fálicos com os quais a criança se defronta na passagem pelo Édipo.

Os objetos fóbicos são produzidos através de deslocamentos que os mantêm afastados das representações de origem, constituindo fantasmas que originam angústia, e que seguem as leis de contigüidade por semelhanças ou homofonias, se estendendo a um grande número de situações (ROSENBERG, 1997).

No caso de L. esta situação fóbica surge na sua adolescência denotando que algo relativo à castração pode não ter se estabelecido de maneira definitiva na infância, retornando na adolescência, momento em que se coloca para todo sujeito a necessidade de ascender à posição adulta, o que implica um posicionamento em relação à própria sexualidade.

Lacan no Seminário da Relação de objeto fala sobre sentido da fobia:

Ela introduz no mundo da criança uma estrutura, ela põe, precisamente, em primeiro plano, a função de um interior e de um exterior. Até então a criança estava, em suma, no interior de sua mãe, e acaba de ser rejeitada dali, ou de ser rejeitada, ela está na angústia, e ei-la que, com ajuda da fobia, instaura uma nova ordem do interior e do exterior, uma série de limiares que se põe a estruturar o mundo (LACAN, 1995: 252-253).

Nesse sentido a fobia que L. constrói parece se constituir num chamado ao pai, que permita, entre outras coisas, a sua separação do Outro materno.

Com o tratamento, percebo mudanças. L. passa da angústia inicial, do choro sem palavras, a expressar a sua raiva da mãe que se intromete em tudo, do pai que não entende os seus desejos, exigindo demais dela, das pessoas da igreja que a consideram diferente. Fala também da raiva que sente de todas as pessoas que a consideraram maluca por ter interrompido os estudos. *“Eu só queria dar um tempo...”* Surge um medo, referido a impossibilidade de suprir as expectativas dos pais e das pessoas da igreja o que a faz recuar ante as provas do batismo, mas que posteriormente ela enfrenta. Diz que os pais têm mania de colocá-la num patamar mais alto do que o das outras pessoas: *“Mas eu quero ser do meu jeito e não do jeito que eles querem...”* No momento dessa angústia o pai comparece quando diz para ela *“se você não conseguir quem é que consegue”?*

Ao me relatar o dia do batismo ela fala com alívio: *“todos os homens me agüentaram e eu não afundei”* se referindo às pessoas que a seguraram dentro da piscina montada para essa cerimônia, segundo ritual de sua igreja.

Aos poucos essa adolescente começa a ser capaz de falar dos próprios desejos que se referem a voltar a estudar, arrumar um namorado, trabalhar. Diz estar se sentindo melhor: *“Não sou cravo nem orquídea, mas posso ser rosa”*... Depois me explica: *“É que acho cravo horrível e amo orquídea...”*

Atualmente ela fala dos vestidos apertados que usa para ir à igreja e dos sapatos de salto que fazem barulho. Também tem se aproximado mais do pai. Numa das sessões diz: *“Outro dia na hora de ir à igreja eu queria ir mais tarde, com ele. Quando disse a minha mãe, ela falou – “Já sei... você não quer ir mais com a mamãe... Aí desisti e fui com ela. Ela me trata igual criança...”* Completa dizendo que tem vontade de ir à igreja de mãos dadas com o pai: *“igual a dois namorados”*.

A incontinência urinária apresentada no início do tratamento, praticamente desapareceu. Ela já sai sozinha, e esse ano retomou a escola à noite, após o pai ter autorizado. Diz que às vezes sente medo de não dar conta. Depois se lembra que agora pode falar disso e se sente melhor: *“É como se eu estivesse me expandindo... O próximo passo vai ser emagrecer”*.

5.3 Elaboração do caso V.

Em relação a V. o que é mais evidente no seu caso, é a sua posição de alienação diante dos fatos que me relata que incluem os conflitos familiares, a escola e o namoro, onde não percebo um envolvimento ou um posicionamento efetivo. Na sua fala não emergem fantasias e ela discorre sobre as questões da sua vida de maneira pontual, com necessidades que se manifestam no limite da sua concretude, sem emoção, seja alegria ou raiva. V. fala olhando para um ponto distante, como se visualizasse uma rota à qual se encontra irremediavelmente presa. Quando a interrogo sobre sua posição ante os problemas familiares que descreve, ela me responde: “eu não sei de nada”.

De maneira semelhante, quando reclama das queixas da mãe que a elegeu como ouvinte, ela fala da sua reação: *“desligo e finjo que estou ouvindo pra ela parar de falar”*. Nessa atitude de se desligar da falação da mãe, existe uma recusa em ocupar o lugar que lhe foi destinado, mas tal recusa é feita de forma vazia, sem um posicionamento efetivo, sem um lugar onde V. se manifeste quanto ao seu desejo.

O mesmo posicionamento parece ser o que ela toma perante o seu corpo e sua obesidade crescente, à qual se refere eventualmente como se estivesse falando de uma outra pessoa, ou de um corpo que não fosse o seu.

Nesse sentido, Recalcati ([2003]: 279) aponta que, na obesidade o “sujeito não é um corpo, mas *tem* um corpo”, se relacionando com o próprio corpo como se este fosse o corpo de um outro, uma massa externa.

Na tipologia estabelecida por esse autor em relação à figura das mães das pacientes anoréxicas a mãe de V. ocuparia o lugar da “mãe crocodilo”, entendida como aquela cujo desejo feminino se limitaria somente ao que diz respeito ao filho, que então passaria a assumir o lugar de “falo imaginário”, capaz de suturar a castração materna. Nessa posição, se estabeleceria uma relação simbiótica, onde o sujeito é inundado pelo gozo materno, devorado, com a mulher sendo anulada na mãe. “... o único modo de sobreviver ao canibalismo do Outro é, então, permanecer imóvel, em uma posição de rechaço total do que provém do Outro” (RECALCATI, [2003]: 86).

O pai de V. é falado como um pai que apenas comparece fisicamente no ambiente familiar, sendo insensível, egoísta e, em épocas anteriores, bastante violento.

Neste caso, a operação relativa à articulação da metáfora paterna, parece ter se efetivado de maneira débil, ficando essa adolescente alienada ao desejo dessa mãe poderosa, que provê tudo e cuja palavra constitui verdade absoluta.

Ao discorrer sobre a função paterna e as estruturas psíquicas, Dor (1997) chama a atenção para o sentido de “figura paterna” enquanto instância mediadora do desejo, o que não deve ser confundido com presença paterna. Esse autor ressalta que no curso do complexo de Édipo o pai que intervém é o pai imaginário.

Encontramos aí, em toda sua significação, o termo *imago*, no sentido que Freud lhe atribui. O pai nunca é captado ou apreendido senão sob forma dessa *imago paterna*, isto é, uma figura do pai tal como a criança tem interesse de perceber na economia do seu desejo, mas também, tal como consegue uma representação a partir do discurso que a mãe lhe sustenta. (DOR, 1997: 27-28)

Nas suas referências ao pai, V. mostra o lugar desqualificado que este ocupa no discurso materno: *“o meu pai brigou com o meu irmão porque ele não quer ajudar a pagar as contas em casa, mas a minha mãe não cobra nada... Ela acha que se o meu irmão começar a pagar o meu pai vai ficar mais folgado”...*

Em outro momento ela, mostra a sua crença na onipotência da mãe ao falar das premonições desta: *“tudo o que a minha mãe diz acontece”...*

Essa relação simbiótica entre mãe e filha se apresenta até nos planos que a adolescente faz quando se propõe a iniciar uma dieta em que ambas estão incluídas.

Nas sessões V. fala pouco sobre a própria obesidade, apesar de estar a cada dia mais gorda, queixando-se às vezes, de inchaço e dores nos pés. Quando a interrogo, diz que não sabe o motivo, já que nem tanto come assim. Outras vezes se contradiz e fala que quando briga com o namorado, come sem parar. Nesse sentido, Recalcati fala de um corpo em risco de morte:

Este real do corpo, esta implicação sua radical, comporta uma dificuldade à hora de dar eficácia à ação da palavra na cura analítica. Como se houvesse um excesso de real relativo ao poder simbólico da palavra, ou como se o poder simbólico da palavra, da elaboração simbólica, da mentalização como dizem os seguidores de Bion, encontrasse um ponto de resistência, um obstáculo, algo que não pode ser mentalizado porque, de fato, não é um evento da linguagem, mas um evento somático que adere ao real do corpo. Esta dificuldade de acesso ao metabolismo simbólico precede e é mais fundamental que as dificuldades do metabolismo fisiológico (RECALCATI, 2004: 277-278).

A obesidade de V. não ocupa o estatuto conferido ao sintoma da clínica psicanalítica clássica, onde este tem valor metafórico, entendido como um enigma a ser decifrado. Nesta clínica o corpo fala e se constitui como um discurso, ocupando o lugar de algo reprimido que retorna de forma enigmática ao próprio sujeito, sendo um fenômeno de linguagem. A obesidade desta adolescente parece se incluir na categoria das novas formas de sofrimento psíquico da atualidade que se caracterizam pela extrema debilidade da metáfora paterna. Incluindo as compulsões, a bulimia, anorexia, alcoolismo e toxicomanias, esses sintomas são considerados patologias do ato, tanto na sua vertente de inibição quanto na de realização.

Recalcati (2004) nos diz que “em modos diferentes, se repete nessas posições subjetivas um mesmo motivo: o sujeito está vinculado “holofrasicamente” ao Outro”.

...se trata de uma inclinação holofrásica do discurso, que toma o lugar do ordenamento metafórico e metonímico da linguagem. Existe em outras palavras, um defeito essencial de separação. Em vez do sintoma e do seu valor metafórico encontramos a dependência da substância (bulimia) ou uma identificação idealizante que carece de dialética, absoluta, narcisística, mortífera (anorexia). O problema é que nem a substância (o alimento ou a droga) nem a identificação idealizante assumem para o sujeito o valor enigmático do sintoma. Se impõem mais, como evidência que obtura a divisão subjetiva (RECALCATI, 2004: 178)

Segundo Gondar (2001), esses “novos sintomas” se prestariam a uma tentativa, ainda que fracassada, de dizer não a uma lei experimentada como imperativo categórico, que não considera os desejos, prazeres e inclinações singulares, mas que, paradoxalmente, leva à obediência desse imperativo, já que mantém o desejo fora de campo.

Diante de um Outro materno que sufoca, V. responde com a obesidade, configurando uma passividade do sujeito incapaz de promover algum tipo de separação. *“Fazer o que?... mãe pegajosa”...*

A compulsão de V. ao contrário da compulsão do neurótico obsessivo na qual se inscreve um conflito psíquico tem conotação de sintoma originado a partir da própria pulsão, denominado por Freud como compulsão à repetição. Gondar esclarece:

..., poderíamos caracterizar a compulsão à repetição como um impulso avassalador ao qual sucumbe o sujeito, que passa então a justificá-lo por contingências da atualidade: é como se ele tentasse organizar o impulso cego segundo os ditames de uma “cena”, buscando conteúdos capazes de preencher uma forma vazia autônoma, e em última instância, irreduzível aos seus próprios conflitos (GONDAR, 2001).

Nesses pacientes ocorre uma aliança entre a pulsão de morte e o supereu originando uma forma cruel de injunção superegóica; ao invés de funcionar como barreira a um gozo mortífero, o supereu o exigiria, desprezando por completo a esfera das inclinações subjetivas singulares e ordenando que o sujeito abdicasse de sua dimensão desejante, tornando-se objeto de gozo de uma lei cruel.

Recalcati (2004) também chama a atenção para o fato desses sintomas não constituírem uma nova estrutura psíquica, mas uma posição subjetiva específica caracterizada por um cancelamento da metáfora subjetiva, não constituindo por si mesma uma estrutura psicótica.

Na clínica com esses pacientes surgem dificuldades já que seus sintomas não se endereçam a um Outro, não existe uma implicação do sujeito que não produz associações e que comparece através de um discurso esvaziado de desejo.

É como se o corpo fosse reduzido a uma matéria da qual eles são meros portadores criando-se a necessidade de próteses de sustentação egóica, encontradas algumas vezes através de exercícios físicos ou de adereços que rasgam a pele. A ausência de fantasia os lança, sem mediação, diante de uma diferença absoluta (GONDAR, 2001).

Essas dificuldades dizem respeito principalmente à interpretação que visa a desconstrução do imaginário, tendo também a função de corte, referenciado à lei da castração. Neste ponto se colocaria um obstáculo, já que para esses sujeitos a lei é interpretada sob a forma tirânica da lei superegóica.

Gondar faz algumas pontuações sobre o tratamento:

...na direção do tratamento dos pacientes compulsivos, algumas condições, mutuamente implicadas, são requeridas: o esvaziamento do imperativo superegóico, fonte propiciadora de seus sintomas; a constituição de uma esfera imaginária e fantasística; e, o mais importante, a assunção da dimensão desejante, comumente esmagada pelo supereu cruel. Neste ponto a sensibilidade clínica e a disposição para o risco, por parte do analista, são radicalmente convocadas: como criar as condições para que o desejo se afirme, quando não há desejo?... o campo transferencial seria convocado para propiciar um traçado de consistência aos lampejos de desejo, aqueles que o supereu não foi capaz de submeter de todo (GONDAR, 2001).

No atendimento de V. torna-se necessário captar o movimento mínimo que se manifeste, passível de descongelar a imagem, fazendo vacilar o sentido fechado sobre si mesma com o qual a analisante se apresenta.

A histericização do discurso é o que vai permitir que uma pergunta sobre o próprio desejo aflore, permitindo a retomada da subjetividade e a construção de uma verdadeira demanda de análise.

Recentemente V.me solicitou um atendimento para a mãe, fazendo supor que este seu pedido possa ser o início do processo.

Enquanto isso, ainda é impossível para esta adolescente se curar da sua obesidade.

7. Considerações finais

Partindo da minha trajetória profissional que inclui a minha formação médica exercida prioritariamente na instituição pública onde passei a atender adolescentes obesos, tentei investigar a obesidade dentro de um outro contexto que ultrapassa a visão estritamente orgânica dessa questão.

Esse outro enfoque já tem sido apontado como uma necessidade e se refere à importância dos conflitos emocionais na manutenção e na resistência à abordagem estritamente médica desse problema.

Com a construção dos três casos, além das particularidades de cada um que lhe confere a sua qualidade singular, estão inseridos aspectos da minha experiência nos últimos seis anos com adolescentes portadores de obesidade. Nesse meu trajeto, nas questões surgidas no dia a dia da prática médica, a partir de um determinado momento, essa abordagem tornou-se insuficiente.

A utilização da teoria psicanalítica possibilitou um respaldo para o entendimento do que resiste ao saber médico, e que por isso é deixado de lado, ignorado, passado em branco.

O furor curandis característico da época contemporânea e do exercício da medicina, retira do sujeito qualquer possibilidade de implicação com o seu sintoma, colocando-o no lugar de objeto passivo da ciência médica que no seu delírio de onipotência, desqualifica a falta como constitutiva do humano.

Reduzindo o sujeito à dimensão biológica, a ciência oferece soluções rápidas ao seu padecimento, onde se incluem as novas drogas e técnicas de que dispõe, relacionando o mal estar do sujeito contemporâneo aos processos químicos cerebrais interpretados atualmente como disfunção dos neurotransmissores.

Além da exclusão que acarreta, nesse discurso da ciência estão em jogo outros interesses como os da indústria farmacêutica, o prestígio e até a aplicação de verbas destinadas à pesquisa.

Através da psicanálise surge outra modalidade de intervenção, representada pela possibilidade de interrogar a constituição do sujeito no campo do Outro e, na construção da sua história afirmar a sua particularidade absoluta.

O deslocamento empreendido da posição de médica para o lugar de quem escuta, permitiu um aprofundamento do entendimento da obesidade como uma manifestação no corpo, de algo que ultrapassa a dimensão que a medicina tem dado a essa questão, com

uma abordagem positivista, onde se incluem o atendimento médico farmacológico-nutricional e as terapias cognitivas comportamentais.

Não se trata de considerar esses procedimentos inúteis, já que, muitas vezes, uma medicação instituída em situações onde o sofrimento é intenso, pelo alívio que proporcionam, permite que o psicanalista possa trabalhar o sintoma no nível das causas que o produziram.

A questão que se coloca é ultrapassar a supressão do sintoma, implicando um querer saber sobre a origem da doença.

Nesse sentido, se a visão médica tem tentado reduzir a explicação de algumas doenças a um critério de ordem puramente biológica, onde se incluem a descarga de mediadores químicos, a psicanálise se propõe a buscar através dos processos psíquicos a singularidade do sujeito.

Na intervenção psicanalítica, o desaparecimento do sintoma será decorrência de um trabalho no qual está envolvido o sujeito do inconsciente, que desconstruindo a fantasia responsável pelo seu sofrimento, produz novas simbolizações permitindo-lhe uma vida melhor.

As terapias cognitivo-comportamentais, tão recomendadas na abordagem da obesidade, trabalham no nível do sintoma, muitas vezes produzindo a sua supressão, mas fazendo com que esse reapareça com uma nova configuração.

No atendimento desses casos, a partir do momento em que essas três adolescentes tomaram a palavra foi possível construir histórias diferentes onde a obesidade compareceu como um artefato visando dar conta de questões fundamentais para esses sujeitos.

O deslocamento realizado no sentido do sujeito poder falar sobre os próprios sentimentos e inclusive, sobre a própria obesidade, sem cobranças de resultados relacionados à perda de peso, parece ter contribuído para a diminuição da ansiedade em relação ao sintoma, abrindo espaço para outras questões que diziam respeito ao trabalho de simbolizar o real da puberdade acrescida dos elementos da história pessoal, fundamentada na própria estrutura.

Também começou a ser possível para cada uma das adolescentes iniciar um processo de implicação e de posicionamento em relação à própria obesidade, decidindo sobre o desejo ou não de emagrecer e a melhor maneira de fazê-lo.

Conzensa [2003] ao se referir ao discurso monótono e impessoal dos portadores de distúrbios alimentares, aponta a necessidade de a partir do vazio da repetição significativa

relativa ao peso, à imagem corporal e ao alimento, fazer emergir os pontos de contestação de uma palavra subjetiva que possa abrir o campo singular da estrutura. Essa operação consiste em não responder do lugar de perito dos distúrbios da alimentação, solicitando ao paciente que diga como situa o seu sintoma relacionado à sua história. Tal procedimento possibilita a transferência do eixo da intervenção sobre a palavra do sujeito, do campo de funcionamento do discurso universitário, ao campo do discurso histórico.

Uma situação observada como comum aos três casos se refere à dependência ou a incapacidade de separação dessas adolescentes do Outro materno, denotando a dificuldade de expressão do desejo do sujeito e conseqüentemente o reconhecimento da falha no Outro.

Apontando nesse sentido Recalti (2003), se refere aos distúrbios alimentares como uma clínica do “outro materno”, admitindo nessa vinculação do sujeito à mãe, uma economia libidinal onde a falta não comparece, não se estabelecendo um espaço onde o desejo se presentifique.

Esta incapacidade de separação e a conseqüente alienação que determina, confere à obesidade o estatuto de patologia estruturalmente infantil o que implica a limitação do tratamento dessa moléstia, quando este não se estende ao âmbito familiar.

Nos casos apresentados, essa foi uma situação que observamos, nos levando a concluir que todas as três adolescentes se beneficiariam com a inclusão da família no atendimento, o que indiretamente poderia repercutir favoravelmente sobre a obesidade.

Em relação ao diagnóstico estrutural dos três casos o primeiro procedimento seria o que diz respeito à diferenciação entre neurose e psicose.

Em relação à psicose não encontramos em nenhum dos casos os fenômenos elementares (alucinações verbais, automatismo mental, distúrbios de linguagem) que fazem parte do diagnóstico da psicose.

Avançando, teríamos que indagar a posição que cada uma dessas adolescentes ocupa face ao lugar do Outro, já que na psicose o sujeito se situa como objeto de gozo de um Outro consistente, não barrado.

Nos casos de B. e de L., suas histórias mostraram existir uma posição que implica uma dialética possível frente ao Outro materno, denotando uma divisão do sujeito e conseqüentemente sua inclusão na neurose.

A obesidade e a bulimia de B. denotam principalmente uma provocação dirigida ao Outro, como interrogação sobre o seu desejo.

Já em relação a V. na maior parte da sua história, percebe-se uma posição de submissão total ao Outro materno parecendo existir um defeito essencial de separação.

Recalcati (2004) fala que, nesses casos, o sintoma com seu valor de metáfora, é substituído pela dependência da substância ou por uma identificação idealizante que carece de dialética, com características narcisísticas. O problema é que nem a substância (o alimento ou a droga), nem a identificação idealizante assumem para o sujeito o valor enigmático do sintoma. Impõem-se mais como evidência que obtura a divisão subjetiva.

Esse autor lembra que esses estados limites constituem posições subjetivas decorrentes da debilidade da metáfora sintomática, não devendo ser entendidos como uma nova estrutura.

Outra consideração importante a acrescentar, diz respeito à inclusão da escuta psicanalítica na instituição pública. Nestes locais onde se mesclam as condições precárias de vida da população assistida e as próprias regras da instituição, o sintoma vai também se prestar a denunciar a organização social e cultural.

Entendo que a psicanálise tem muito a oferecer aos indivíduos inseridos nesse contexto, onde, através da escuta das queixas repetidas, na percepção do sentido para o qual um conflito aponta, surge a possibilidade de libertar a palavra recalcada geralmente vinculada à violência e a dor.

Eric Laurent (2007), fala da necessidade na democracia moderna de um deslocamento na posição do analista, geralmente caracterizada pela reserva e pela crítica, a outra posição, a do “analista cidadão”, participante, um analista disposto a ter sensibilidade às formas de segregação, capaz de entender a sua função no momento atual.

Alguns autores afirmam ser impossível a prática psicanalítica na instituição, entendendo que no máximo o que pode ser realizado seria algo do tipo de uma psicoterapia.

Em relação a essa questão a elaboração desse trabalho mostrou ser possível outro tipo de abordagem.

Concordo com Sigal (1989), quando essa autora ao discorrer sobre a psicanálise e as instituições, lembra que a psicanálise compreende um método e uma teoria, podendo oferecer um quadro referencial teórico de grande envergadura. O que vai variar na prática institucional é a situação experimental, onde se põem em jogo a conceituação teórica e a prática clínica dela resultante.

Essa autora também coloca que na origem da saúde e da doença, além das formações psíquicas do inconsciente individual, atuam também fatores históricos, políticos econômicos e culturais, sendo que, o importante nesse contexto é como compreender o real psíquico atravessado pelo real social, o discurso do desejo atravessado pelo discurso histórico-social.

Outra contribuição importante da psicanálise à instituição se refere a não ocupar o lugar de um saber totalizante, no sentido de que “Freud tudo explica”, posição que desresponsabiliza o sujeito de qualquer posicionamento ético, e conseqüentemente o mantém no lugar da vítima, do carente ou do excluído.

Entre as soluções oferecidas pela ciência na forma de novos medicamentos e tecnologias e a subjetividade do sujeito, existe um espaço no qual a prática médica pode lançar mão do saber psicanalítico.

Na nossa prática no Sasad estamos tentando atuar nesse espaço, introduzindo a experiência do inconsciente onde algo falha, onde se situa um vazio impossível de ser preenchido por respostas científicas e intelectuais.

Nesse tipo de atendimento os resultados não podem ser medidos com base num princípio de utilidade direta, mas podem ser denotados na demanda crescente, reconhecida pela própria instituição que permitiu um agendamento particularizado aos adolescentes que o requerem, facilitando a sua acessibilidade.

Concluo então que, ao lançar mão do saber psicanalítico à minha profissão de médica - aqui pontualmente no entendimento da obesidade - foi possível ampliar as discussões em relação a esse problema específico, e principalmente lançar novos desafios à prática da medicina, onde o compromisso entre o médico e o sujeito que sofre transcende a supressão de um sintoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, Sonia. **O adolescente e o Outro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004, 76 p.
- ALBERTI, Sonia. As estruturas e as redes em psicanálise. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 83-99.
- ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Zahar, 1998, 295 p.
- ANSERMET, François, **Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2003. 223 p.
- BARBOSA, Gabriella Ferrarese. O segredo de família. In: PIZÁ G; BARBOSA Gabriella F. **A violência silenciosa do incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004, p. 57-65.
- BEKER, Ester; BENEDETTI, Cristina P. de; GOLDVARG, Norma P.de (Org.). **Anorexia y Bulimia Y otros trastornos de la conducta alimentaria**. Argentina: Atuel, 1996,255 p.
- BIANCO, Anna Carolina L. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. **Psico-USF**, v.8, n.2, p.115-123, Jul./Dez.2003.
- BIRMAN, Joel. **O Mal estar na atualidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, 300 p.
- BRANT, Luiz Carlos. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 6 (1); 221-231, 2001.
- CABAS, Antonio Godino. **Curso e Discurso na Obra de Jacques Lacan**. São Paulo: Centauro, 2005, 292 p.
- CDC table for calculated body mass index values for selected heights and weights for ages 2 to 20 years. Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. In: <http://www.cdc.gov/growthcharts>. Acesso: 15/01/2008.
- CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.
- CONSENZA, Domenico. **Tratamento analítico da anorexia-bulimia em comunidade terapêutica: a experiência da La Vela**. In: Carta São Paulo: Boletim da EPB sessão São Paulo. Ano 10, n. 1, março de 2003
- CONSENSO LATINO AMERICANO DE OBESIDADE, 1998, Rio de Janeiro. **Documento do Consenso Latino Americano de Obesidade...** Rio de Janeiro: 1998. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/downloads.htm>. Acesso em 28 out.2005.
- COSTA, Ana. **Tatuagens e Marcas Corporais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, 144 p.

COSTA, Ana. Uma experiência de clínica institucional. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.155-165

COSTA, Romana. Eu e o outro: a função do amigo e da constituição do sujeito. In: **O adolescente e a modernidade/ Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000. Tomo II, p. 126-132.

Coutinho, Luciana Gageiro. **Ilusão e errância: Adolescência e o laço social contemporâneo na interface entre a psicanálise e as ciências sociais**. 2002. Tese de doutorado em psicologia: PUC/ Rio de Janeiro.

CUKIERT, Michele. Considerações sobre o corpo e a linguagem na clínica lacaniana. In: **Psicologia USP** vol 15 n. 1-2, São Paulo: Jan./ Jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> Acesso: em 16 de maio de 2007.

CURI, Graça; Dias Lícia. Que manejo clínico a inibição exige? In: **Revista do Ato Freudiano**. Juiz de Fora: publicação do Ato Freudiano, ano II, n.1, 2006, p. 77-82

DOLTO, Françoise. **A Imagem Inconsciente do Corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2004, 316 p.

DOR, Joel. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus, 1997, 124 p.

DOR, Joel. **Introdução à leitura de Lacan**. Porto Alegre: Artmed, 2003, 203 p.

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

ELIA, Luciano. **O Conceito de Sujeito**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004, 80 p.

ESCARS, Carlos J. O Histórico de Caso e a Insuficiência da Trama. **Ágora**, v.V, n. 1, jan/jun 2002, p. 33-44.

ESCRIVÃO, Maria Arlete M. S. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre: v.76, p.305- 310, dez., 2000.

FAGUNDES, Andhressa Araújo et al. **Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN** Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. p.39- 58,

FERREIRA, Roberto, A. Adolescência e sexualidade. Texto elaborado para apresentação na disciplina Medicina do Adolescente–Faculdade de Medicina da UFMG: 1999.

FERREIRA, Roberto Assis. Anorexia e Bulimia: a condução do tratamento. In: **Reverso Revista de Psicanálise**. Ano 25, n.50, set 2003.

FERREIRA, Roberto Assis; PIMENTA, Arlindo Carlos. O sintoma na medicina e na psicanálise- Notas preliminares. In: **Revista Médica de Minas Gerais**. 2003; 13 (3): p. 221-228.

FERREIRA, Silvia W. O jovem global. In: COSTA, Antonio Carlos, G. **Protagonismo juvenil**. Salvador: Fundação Oderbrecht, 2000, p. 99-103.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 127 p.

FILHO, J A P. A que serve essa obesidade? “São trevas e não se deve mexer”. **ACHERONTA Revista de Psicoanálisis y Cultura**, Buenos Aires: número 20- Diciembre 2004.

FISBERG, Mauro. **Atualização em Obesidade na Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. 218 p.

FONTENELE, Laéria. **A Interpretação**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. 61 p.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I, p. 335-454.

FREUD, Sigmund. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III, p. 249-270

FREUD, Sigmund. Fragmentos da análise de um caso de histeria. (1905 [1901]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 15-116.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. (1905). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 117-231.

FREUD, Sigmund. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos (1909). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX, p. 15- 133 .

FREUD, Sigmund. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão.(1910). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI, p. 217-227).

FREUD, Sigmund. A disposição à neurose obsessiva. (1913). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p. 337-349.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 77- 108.

FREUD, Sigmund. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. (1914- 1915). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 77-81

FREUD, Sigmund. O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. (1917[1916-17]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI, p. 325-342

FREUD, Sigmund. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. (1919[1918]) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XVII, p. 185-189.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. (1920). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII, p. 13-75

FREUD, Sigmund. Dois verbetes de enciclopédia. (1923[1922]) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII.p. 251- 274.

FREUD, Sigmund. O Ego e o Id. (1923). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 15-80.

FREUD, Sigmund. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. (1923). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 155-161.

FREUD, Sigmund. A sexualidade feminina (1931). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI, p. 231- 251.

FREUD, Sigmund. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos.(1933[1932]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII, p. 13- 177.

FREUD, Sigmund. A feminilidade (1933[1932]). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII, p. 113- 134.

FUKS, Lucia Barbero. Conseqüências do abuso sexual infantil. **Percorso**, n. 36, 1. semestre de 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/>. Acesso em 15 jan2008.

GONDAR, Jô. Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. **Agora**. Rio de Janeiro: v. IV, n.2, jul/dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n2/v4n2a02.pdf>. Acesso em 10 de out. 2007.

GUTIERRA, Beatriz, C. C. **Adolescência, psicanálise e educação**. São Paulo: Avercamp, 2003, 149 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE: **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Antropometria e Análise do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

JAPIASSU, Hilton. **O eclipse das ciências humanas**. São Paulo: Letras e Letras, 2005.

JAPIASSU, Hilton, **Psicanálise, Ciência ou Contraciência?** Rio de Janeiro: Imago, 1998.

JORGE, Marco A. Coutinho; FERREIRA, Nadiá P. **Lacan o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, 85 p.

JUSTUS, Daisy, Por uma psicopatologia da alimentação cotidiana. In: ENCONTRO SUL AMERICANO DOS ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 11, 1999, São Paulo-SP Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/historia/justus-alimentação.shtml> Acesso em: 18 nov.2007

KELNER, Gilda. Transtornos Alimentares-um enfoque psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte: n. 27, p. 33-44, ago. 2004.

KLISH, William J. et al. Obesity Surgery in Pediatrics. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, v.39, n. 1, p. 2-4, ju. 2004.

KUPFER, Maria Cristina. Violência na Educação-Educação violenta. In: LEVISKY, David Léo (org). **Adolescência pelos caminhos da violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p.139-144.

LACAN, Jacques. (1949). O Estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica (1949) In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, 937 p.

LACAN, Jacques. (1956-1957). A estrutura dos mitos na observação da fobia do pequeno Hans. In: **O Seminário: as relações de objeto** - livro 4. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. p. 203- 421.

LACAN, Jacques. (1957-1958). **O Seminário: as formações do inconsciente**- livro 5. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, 532 p.

LACAN, Jacques. (1972-1973). **O Seminário: livro 20. Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985, 201 p.

Lacan, Jacques, **R.S.I.** (1974/1975) **O Seminário**. Livro 22. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 552 p.

Laurent, Eric. Incidências da psicanálise na sociedade contemporânea. In: Laurent, Eric. **A sociedade do sintoma a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2007. Cap. IV, p. 141-150.

LECLAIRE, Serge. **O Corpo Erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo**. Rio de Janeiro: Fonfon e Seleta, 1979. 158 p.

LORENZI, Geraldo. 2007. Disponível em: <http://www.pulmonar.org.br>. Acesso em; 10 de janeiro de 2008.

MANNA, T., D.; DAMIANI, D.; SETIAN, N. Síndrome metabólica: revisão. In: **Pediatria (São Paulo)**. 2006; 28 (4): p. 272-277.

MANCINI, Marcio; Halpern, Alfred. Avaliação clínica do paciente obeso. In: **Revista Abeso**. Edição n.32, ano VII, set 2007.

MARIN, Isabel S. K. Instituições e violência-Violência nas instituições. In: LEVISKY David Leo. **Adolescência pelos caminhos da violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. Cap. VII, p.101-112.

MAURANO, Denise. **A Transferência**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 77p.

MARSHALL WA, TANNER JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. **Arch Dis Child** 1969; 44: 291-303.

MARSHALL WA, TANNER JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys. **Arch Dis Child** 1970; 45: 13-23.

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C., MEYER, Flavia. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudanças de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas. In: **Jornal de Pediatria**. (Rio de Janeiro) 2004; 80 (6): 468-74.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MULLER, Regina Célia Lucizani. Obesidade na Adolescência. **Pediatria Moderna**, São Paulo: v.XXXVII, p. 45-48, maio, 2001.

NASIO, J-D. **Os grandes Casos de Psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 244p.

OCARIZ, Maria Cristina. O sintoma para além da significação. In: Estados gerais de psicanálise. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/historia/77-o_sintoma.shtm/ Acesso em: 10/02/2008.

PARIZZI, Márcia Rocha. **Adesão ao tratamento de crianças e adolescentes obesos atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais- HC/UFMG** 2004. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PIMENTA, Jorge Antônio. Sintoma e adolescência hoje. In: **Pediatria Atual**, 2002, vol.15; n. 10; p.10-14.

PINTO, Elizabeth B. A pesquisa qualitativa em psicologia Clínica. **Psicologia USP**, 2004, 15 (1/2), 71-80.

PHILIPPI, Sonia T., ALVARENGA Vera. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo: Manole, 2004. 226 p.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, 162 p.

RASSIAL, Jean-Jacques. **O adolescente e o psicanalista**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999, 213 p.

RECALCATI, Massimo. El demasiado lleno de la obesidad. In: **Clínica del Vacío: Anorexias, dependencias, psicosis**. Madrid: Síntesis, [2003], p. 273-299.

RECALCATI, Massimo. El “cuadro tipo” de la familia anoréxico-bulímica. In: **Clínica del Vacío**: Madrid: Síntesis, [2003], p. 375-386.

RECALCATI, Massimo. **La última cena: anorexia y bulimia**. Buenos Aires: Del Cifrado, 2004. 277 p.

RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. O traço que fere o corpo. In: ALBERTI, Sônia; RIBEIRO, Maria Anita Carneiro (orgs). **Retorno do Exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.47- 56

RODULFO, Marisa. As Bonecas: Dietantes e Anoréxicas - Uma Questão de Gênero. In: Jerusalinsky et al. **Adolescência: entre o passado e o futuro**. 2 ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999, p.133-144.

ROSENBERG, Ana Maria Sigal. Dialogando com a psiquiatria das fobias à síndrome do pânico. Disponível em: **Percurso**. 1997, 2.sem; n.19, p. 73-82.
<http://www2.uol.com.br/percurso/main/pes19/artigo1973.htm>. Acesso em: 04/01/2008

ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 874 p.

ROZA, Luiz Alfredo Garcia. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. 236p.

RUFFINO, Rodolfo. Adolescência e Modernidade. In: **Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões/ O adolescente e a modernidade**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000, p. 37-52

- SANTOS, Antônio Augusto Cais et al. O diagnóstico da hipertensão arterial na criança e no adolescente. In: **Pediatria (São Paulo)**. 2003: 25 (4): 174-83
- SANTILI, Claudio et al. Tíbia vara de Blount em gêmeos homozigóticos. In: **Revista Brasileira de Ortopedia**. maio de 2000, vol.35, n.5, p. 179-182.
- SARUÉ, Sofia. O destino trágico do homem. In: **Escola letra Freudiana**. O corpo da psicanálise. ano XIX. n.27. Rio de Janeiro, 2000.
- SIGAL, Ana M. Psicanálise, grupos, instituição pública. In: **Percursos**. 1 semestre de 1989. Disponível em: <http://www2uol.com.br/percurso/main/pes02/artigo> Acesso em: 10/01/2007
- SJOBERG Rickard L., NILSSON kent W.; LEPPERT Jerzy. Obesity, Shame, and Depression in School- Aged Children: A population- based study. In: **Pediatrics**. 2005: 116; 389-392.
- Sociedade Brasileira De Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiologia**. 2001; 77(supl 3): 1-48
- TUBERT, Silvia. O enigma da adolescência: enunciação e crise narcísica. In: **O adolescente e a modernidade/ Congresso Internacional de psicanálise e suas conexões**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999, Tomo I, p. 49-65
- TURATO, Egberto R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.
- VIEIRA et al. Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. In: **Pediatria (São Paulo)**. 2004: 26 (4): 240-6.
- VILHENA, Marília de Mello. "A gente não quer só comida"-Algumas considerações psicanalíticas sobre obesidade na adolescência. In: **O adolescente e a modernidade/ Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000. Tomo II, p.262-269.
- VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 205 p.

Anexos

Anexo I - Termos de Esclarecimento e de Consentimento Pós- Informação

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CSN 196/9)

A. Informações aos Pais ou responsáveis e ao adolescente

Informamos aos pais (ou responsáveis) ou interessados e aos adolescentes, a respeito dos objetivos da pesquisa que se referem a revisar os conhecimentos sobre a obesidade em relação ao seu desencadeamento, morbidades associadas e abordagem terapêutica.

Esclarecemos, também com detalhes, a natureza dos exames a que os adolescentes serão submetidos que se resumem a exame físico e coleta de sangue para hemograma, glicemia, colesterolemia, dosagem de triglicérides, determinação de TSH e insulinemia nos casos mais graves.

Comunicamos aos pais e aos adolescentes que estes serão submetidos a um questionário com questões relacionadas à obesidade e que receberão toda atenção e tratamento necessário, mesmo quando houver recusa na participação da pesquisa.

Informamos também que o acompanhamento será realizado através de consulta clínica e participação em atendimento grupal ou individual de orientação psicanalítica realizado semanalmente.

Garantimos aos pais e adolescentes que todas as informações obtidas durante o tratamento serão mantidas em sigilo e que as despesas com o transporte até o local do atendimento (vale-transporte) correrão por conta do adolescente ou seu responsável.

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante ou responsável e a outra arquivada pelo pesquisador.

Os adolescentes com idade a partir de 18 anos assinarão somente um termo elaborado para ele, não sendo necessária a assinatura dos pais ou responsáveis.

Para adolescentes com idade compreendida entre 12 e 18 anos serão solicitadas sua assinatura e a de seus pais ou responsáveis, cada um deles assinando o seu respectivo termo. Adolescentes com idade compreendida entre 10 e 12 anos assinarão junto com os pais ou responsáveis.

B- Declaração de termo de consentimento pós-informação (para os pais)

Fui informado de que esta pesquisa tem o objetivo de estudar a obesidade na adolescência para aumentar os conhecimentos em relação a esta doença e ao seu tratamento.

Estou ciente de que minha concordância na participação de meu filho ----- neste trabalho implica em que ele responda a um questionário, aplicado pela autora da pesquisa e na realização de exames complementares, que fazem parte da rotina de avaliação do adolescente obeso (hemograma , dosagem de colesterol total e frações, glicemia, dosagem de triglicérides, TSH e insulinemia nos casos graves). Estes exames serão colhidos no início do tratamento e repetidos após 6 meses, se necessário.

O acompanhamento consistirá em consultas médicas e ou participação em um grupo de adolescentes obesos ambos de frequência semanal que eu e meu filho escolheremos livremente. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo.

As despesas relativas à locomoção (vale-transporte), até o local do atendimento correrão por minha conta.

Também fui informado de que poderei desistir da participação de meu filho na pesquisa a qualquer momento sem prejuízo do seu tratamento médico.

Declaro que recebi todas as informações sobre a pesquisa e após ter esclarecido todas as minhas dúvidas, concordo em que meu filho participe.

Juiz de Fora, _____

Pais (ou responsável) **RG:**.....

Participante **RG:**.....

Responsável pela pesquisa: Maria Teresa Paletta Crespo- RG: M1.449.263 SSP/MG

Endereço: Rua das Árvores 90- Novo Horizonte, Juiz de Fora-MG CEP: 36038-560

Telefone: (32) 32379945 das 19:00 às 22:00

(32) 3215 1759 das 16:00 às 18:00

Assin. responsável pela pesquisa **RG:**.....

Maria Teresa Paletta Crespo

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Prédio da Reitoria- 7. andar sala 7018 CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG Fone: (031) 3499-4592

C- Declaração de termo de consentimento pós-informação (adolescente)

Fui informado de que esta pesquisa tem o objetivo de estudar a obesidade na adolescência para aumentar os conhecimentos em relação a esta doença e ao seu tratamento.

Estou ciente de que minha concordância em participar implica em que eu responda a um questionário aplicado pela autora da pesquisa e que me submeta a exames complementares, que fazem parte da rotina de avaliação do adolescente obeso (hemograma , dosagem de colesterol total e frações, glicemia, dosagem de triglicérides, TSH e insulinemia nos casos graves). Estes exames serão colhidos no início do tratamento e repetidos após 6 meses, se necessário.

O meu acompanhamento consistirá em consultas médicas, atendimento de orientação psicanalítica e ou participação em um grupo de adolescentes obesos ambos de frequência semanal que escolherei livremente. Todas as informações que eu fornecer serão mantidas em sigilo.

As despesas relativas à locomoção (vale-transporte), até o local do atendimento correrão por minha conta.

Também fui informado de que poderei desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo do meu tratamento médico.

Declaro que recebi todas as informações sobre a pesquisa e após ter esclarecido todas as minhas dúvidas, concordo em participar.

Juiz de Fora, _____

Participante: **RG:**.....

Responsável pela pesquisa: Maria Teresa Paletta Crespo- RG: M1.449.263 SSP/MG

Endereço: Rua das Árvores 90 - Novo Horizonte, Juiz de Fora-MG CEP: 36038-560

Telefone: (32) 3237-9945 das 19:00 às 22:00

(32) 3215-1759 das 16:00 às 18:00

Assin. responsável pela pesquisa **RG:**.....

Maria Teresa Paletta Crespo

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Prédio da Reitoria- 7.andar sala 7018 CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG Fone: (031) 3499-4592

Anexo II

Protocolo da Pesquisa

Questionário: Obesidade na Adolescência

Caso Clínico n.

Cidade e data:

Entrevistador:

Entrevista somente com o adolescente;

Entrevista acompanhada:

Como soube do serviço:

Motivação para o tratamento atual (do adolescente)

Outros: _____

Encaminhamento médico

Motivo:

=====

Parte 1-Identificação

1) Nome:

2) Raça:

3) Data do Nascimento:

Idade em anos:

4) Sexo:

5) Profissão:

6) Estado Civil:

7) Filhos:

8) Naturalidade:

9) Escolaridade:

10) Com quem mora:

11) Situação econômica (faixa de renda pessoal e familiar)

12) Endereço:

13) Fone:

Dados clínicos do paciente obtidos no respectivo prontuário e com a equipe de saúde**Queixa Principal:****História da doença atual:**

Peso do nascimento: Alt: Parto a termo: Prematuro**Doenças Anteriores:****Doença Crônica? Qual? Cirurgia: Internação anterior:****Uso de medicamentos:****Idade de aparecimento da obesidade****Familiares Obesos: Quem:****Tratamento anterior para obesidade:****Como foi o tratamento? Só dieta: Medicação: Qual?****Dieta e medicação:****Houve emagrecimento nesses tratamentos? Quanto tempo?****Motivo atribuído à falha do tratamento:****Tratamento psicoterapêutico anterior : Tempo:****Tem conhecimento dos males da obesidade para a saúde?****Citar:**

Alimentação Atual:

- Desjejum:
- Lanche:
- Almoço:
- Lanche da tarde:
- Jantar:
- Ceia:

Come muitas guloseimas?**Come merenda escolar?****Especificar a merenda:****Leva merenda de casa?****Especificar:**

Pratica atividade física?: **Quantas vezes por semana?**

Qual atividade?**Lazer:****Dados do Exame Físico**

Peso: **Estatura:** **IMC:** **Pressão Arterial:**

Tanner: **Idade da Menarca:**

Classificação da Obesidade:**Presença de Acantose Nigricans:****Intercorrências:****Resultado de exames - Data dos exames:**

Colesterol Total: **HDL:** **VLDL:** **LDL:**

Triglicérides:

Glicemia: **TSH:**

Outros:

Reavaliações

1) Data:

Peso: Alt IMC Perda PA

Obs :

=====

2) Data:

Peso Alt IMC Perda PA

Obs:

=====

3) Data:

Peso: Alt: IMC: Perda PA :

Obs:

=====

4) Data:

Peso Alt IMC Perda PA

Obs:

=====

5) Data:

Peso Alt IMC Perda PA

Obs:

Anexo III**Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa****UFMG**Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP**Parecer nº. ETIC 177/06****Interessada: Profa. Cristiane de Freitas Cunha
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina-UFMG****DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de agosto de 2006, o projeto de pesquisa intitulado "**Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento da obesidade em adolescentes atendidos em um serviço público de saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

