Sofrimento alimentar: escuta da subjetividade e das dimensões psicossociais no contexto hospitalar pediátrico

Food-related suffering: listening to subjectivity and psychosocial dimensions in the pediatric hospital context

Sufrimiento alimentario: escucha de la subjetividad y de las dimensiones psicosociales en el contexto hospitalario pediátrico

Isabela Ramos Modesto[1]

Recebido em 25 de julho de 2026.

Aprovado em 15 de setembro de 2026.

RESUMO

Os transtornos alimentares e as manifestações de sofrimento alimentar são tradicionalmente compreendidos pela perspectiva de classificações diagnósticas centradas nos aspectos comportamentais e fisiológicos do sintoma. No contexto hospitalar pediátrico, observa-se que a persistência da recusa alimentar, das queixas somáticas e da baixa adesão ao tratamento pode ultrapassar aquilo que é explicado exclusivamente pela lógica biomédica. Posto isso, este artigo tem como objetivo discutir as contribuições da psicanálise e da psicologia hospitalar para a compreensão dessas manifestações, destacando a escuta da subjetividade e das dimensões psicossociais implicadas no sintoma. Trata-se de uma discussão teórico-conceitual, de caráter bibliográfico, articulada a contribuições da psicanálise e da psicologia hospitalar sobre manifestações alimentares no contexto hospitalar pediátrico. A recusa alimentar é analisada como possível expressão de sofrimento psíquico e psicossocial, considerando sua relação com o corpo, o olhar do Outro, as experiências de exclusão social e a função do ambiente hospitalar como possível espaço de escuta e reconhecimento da subjetividade. Conclui-se que a articulação entre psicologia hospitalar, psicanálise e equipe multiprofissional amplia as possibilidades de compreensão e manejo clínico, ao considerar não apenas a estabilização orgânica do sujeito, mas também sua singularidade, seus vínculos e suas condições de vida.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Recusa Alimentar. Psicologia Hospitalar. Psicanálise. Sofrimento Psicossocial.

ABSTRACT

Eating disorders and manifestations of eating-related suffering are traditionally understood from the perspective of diagnostic classifications focused on the behavioral and physiological aspects of the symptom. In the pediatric hospital context, it is observed that the persistence of food refusal, somatic complaints, and low adherence to treatment can go beyond what is explained solely by biomedical logic. This article aims to

[1] Graduada em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida. Pós Graduanda em Psicologia Hospitalar e da Saúde: atuação multiprofissional pelo Instituto ESPE. E-mail: psi.isabela.ramosmodesto@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-8892-7389.

discuss the contributions of psychoanalysis and hospital psychology to the understanding of these manifestations, highlighting the attention to subjectivity and the psychosocial dimensions involved in the symptom. It is a theoretical-conceptual discussion, based on literature, linked to contributions from psychoanalysis and hospital psychology regarding eating manifestations in the pediatric hospital context. Food refusal is seen as a possible expression of psychological and psychosocial suffering, considering its connection to the body, how others see the person, experiences of social exclusion, and the role of the hospital environment as a potential space for listening and acknowledging subjectivity. It is concluded that combining hospital psychology, psychoanalysis, and the multidisciplinary team expands the possibilities for understanding and clinical management, taking into account not just the person's physical stabilization, but also their individuality, relationships, and living conditions.

Keywords: Eating Disorders. Food Refusal. Hospital Psychology. Psychoanalysis. Psychosocial Suffering.

RESUMEN

Los trastornos alimentarios y las manifestaciones de sufrimiento alimentario se comprenden tradicionalmente desde la perspectiva de clasificaciones diagnósticas centradas en los aspectos conductuales y fisiológicos del síntoma. En el contexto hospitalario pediátrico, se observa que la persistencia de rechazo alimentario, de las quejas somáticas y de la baja adherencia al tratamiento puede superar lo que se explica exclusivamente por la lógica biomédica. Este artículo tiene como objetivo discutir las contribuciones del psicoanálisis y de la psicología hospitalaria para la comprensión de estas manifestaciones, destacando la atención a la subjetividad y a las dimensiones psicosociales implicadas en el síntoma. Se trata de una discusión teórico-conceptual, de carácter bibliográfico, articulada a contribuciones del psicoanálisis y de la psicología hospitalaria sobre manifestaciones alimentarias en el contexto hospitalario pediátrico. Rechazo alimentario se analiza como una posible expresión de sufrimiento psíquico y psicosocial, considerando su relación con el cuerpo, la mirada del Otro, las experiencias de exclusión social y la función del entorno hospitalario como posible espacio de escucha y reconocimiento de la subjetividad. Se concluye que la articulación entre psicología hospitalaria, psicoanálisis y el equipo multiprofesional amplía las posibilidades de comprensión y manejo clínico, al considerar no solo la estabilización orgánica del sujeto, sino también su singularidad, sus vínculos y sus condiciones de vida.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios. Rechazo Alimentario. Psicología Hospitalaria. Psicoanálisis. Sufrimiento Psicosocial.

INTRODUÇÃO

No cenário hospitalar, especificamente no contexto da pediatria, as manifestações dos sofrimentos alimentares frequentemente mobilizam as equipes multiprofissionais pela complexidade de sintomas que atravessam, simultaneamente, as dimensões orgânica, subjetiva, familiar e social. Ainda que a conduta do médico priorize, de modo legítimo e necessário, a estabilização clínica e nutricional do paciente, observa-se que, em muitas situações, a persistência da recusa alimentar, das náuseas e vômitos, das queixas somáticas e da baixa adesão às intervenções propostas pode ultrapassar aquilo que é explicado exclusivamente pela lógica biomédica.

Nesses casos, o sintoma alimentar pede uma leitura ampliada, que seja capaz de considerar não apenas o funcionamento do organismo, mas também a escuta da

subjetividade e de questões psicossociais que podem estar implicadas na relação do sujeito com o corpo e com sua alimentação.

A compreensão diagnóstica dos transtornos alimentares e das manifestações alimentares associadas ao sofrimento psíquico tem papel importante no campo da saúde, especialmente por favorecer a comunicação entre profissionais e orientar condutas clínicas. Entretanto, quando a leitura do sintoma se restringe à dimensão comportamental ou fisiológica, corre-se o risco de reduzir o sujeito ao quadro apresentado, desconsiderando a complexidade de sua história, seus vínculos, suas experiências afetivas e suas condições de vida.

Posto isso, no contexto hospitalar pediátrico, essa questão se torna ainda mais sensível, pois a criança ou o adolescente nem sempre dispõe de recursos simbólicos suficientes para nomear aquilo que vivencia, podendo comunicar seu sofrimento por meio do corpo, da recusa, da dor ou da dificuldade de aderir ao tratamento.

Nesse contexto, a psicologia hospitalar ocupa um lugar fundamental ao possibilitar uma escuta diferenciada, voltada à subjetividade do sujeito e aos sentidos implicados no modo como ele vivencia o processo de adoecimento, internação e cuidado. A atuação psicológica no hospital não se limita à promoção da adesão ao tratamento, embora esta também seja uma dimensão importante do cuidado. Sua contribuição está, sobretudo, na possibilidade de deslocar a leitura do sintoma de uma perspectiva exclusivamente orgânica para uma compreensão que inclua a subjetividade, os vínculos familiares, a relação com a equipe e os atravessamentos sociais que podem participar da produção e manutenção do sofrimento.

Sob a perspectiva da psicanálise, a anorexia, a bulimia, a recusa alimentar e outras manifestações de sofrimento alimentar não se reduzem a distúrbios do comportamento alimentar ou a alterações fisiológicas. Na verdade, elas podem e necessitam ser compreendidas como expressões do sofrimento psíquico e como formas particulares de relação com o corpo, o desejo, a falta e o Outro. Nesse sentido, contribuições do criador da psicanálise, Freud, e de Jacques Lacan, em seu retorno à obra freudiana, permitem pensar o sintoma alimentar não apenas como algo a ser eliminado, mas como uma formação dotada de sentido, que pode indicar impasses na relação do sujeito com a demanda, com o cuidado, com o corpo e com as experiências que o atravessam.

A leitura psicanalítica irá permitir compreender que o alimento não ocupa apenas uma função nutricional, mas sim que, desde os primeiros tempos da vida, a alimentação está articulada ao cuidado, à presença do outro, às experiências de satisfação, frustração, demanda e vínculo. Por isso, quando a alimentação se torna um impasse na vida do sujeito, seja por recusa, excesso ou sofrimento, pode indicar algo que ultrapassa o plano da necessidade fisiológica. O sofrimento alimentar, nesse sentido, pode ser pensado como uma manifestação que convoca a escuta daquilo que não encontra elaboração pela via da palavra, mas que se apresenta no corpo e na relação com o outro.

No entanto, para compreender o sintoma alimentar no contexto hospitalar pediátrico, exige-se também um olhar para a dimensão psicossocial. Experiências de exclusão, bullying, vulnerabilidade social, conflitos familiares, dificuldades vinculadas ao território de vivência, rupturas na rotina e sofrimento no laço social podem produzir efeitos subjetivos importantes sobre a imagem corporal, a relação com a alimentação e a forma como a criança ou o adolescente comunica seu sofrimento, entre outras formas de sofrimento. Dessa forma, o sintoma não se organiza apenas no corpo biológico, mas também na relação entre o sujeito, seus vínculos e as condições concretas de sua existência.

Além disso, o ambiente hospitalar pode aparecer como uma função ambígua. Ao mesmo tempo em que é marcado pela presença do adoecimento, da dor, da ruptura da rotina e da urgência clínica, também pode se constituir como espaço de escuta, acolhimento e reconhecimento. A presença da equipe multiprofissional, quando articulada de modo sensível às dimensões subjetivas e sociais do adoecimento, pode favorecer a construção de estratégias de cuidado que não se limitem à remissão dos sintomas físicos, mas que também considerem a continuidade do acompanhamento, a orientação familiar e a articulação com outros pontos da rede de cuidado após a alta hospitalar.

Diante disso, este artigo tem como objetivo discutir as contribuições da psicologia hospitalar e da psicanálise para a compreensão das manifestações alimentares no contexto hospitalar pediátrico, destacando a importância da escuta da subjetividade e das dimensões psicossociais implicadas no sintoma. Para tanto, desenvolve-se uma discussão teórico-conceitual, de caráter bibliográfico, articulada a contribuições da psicanálise e da psicologia hospitalar sobre os sintomas alimentares, a recusa alimentar e os impasses do cuidado em saúde.

A recusa alimentar é tomada como ponto de partida para pensar dimensões subjetivas e psicossociais que ultrapassam a estabilização orgânica e convocam uma escuta voltada à singularidade do sujeito, à sua história, aos seus vínculos e às condições de vida que atravessam o sofrimento no contexto hospitalar pediátrico.

O SINTOMA: ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE

A psiquiatria contemporânea, por meio de manuais como o DSM-5-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2023), define os transtornos alimentares e da alimentação como perturbações persistentes no comportamento alimentar que resultam em alteração no consumo ou absorção dos alimentos e comprometem significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Essa abordagem, embora essencial para o diagnóstico e manejo clínico, fundamenta-se em uma lógica descritiva e estatística, centrada na observação dos fenômenos.

A psicanálise, por sua vez, aponta um caminho paralelo caminho paralelo na compreensão e manejo dos transtornos alimentares. Essa teoria trabalha com a subjetividade do sujeito, afastando-se da lógica estatística, descritiva e fenomenológica dos manuais. Mesmo com essa diferença, segundo Vianna (2016), mergulhar por esse caminho não pressupõe adotar uma visão meramente biológica ou generalizada dos sofrimentos alimentares, mas há a necessidade de um diálogo com diversos profissionais para haver uma interlocução e, dessa maneira, construir uma visão multidisciplinar sobre o tema.

Seguindo essa lógica, de acordo com Malzyner (2016), o trabalho com pacientes que apresentam questões alimentares exige um diálogo constante que obriga a encontrar uma linguagem comum aos outros profissionais que participam de uma equipe multidisciplinar. Isso possibilita repensar o fazer diário e rever a forma de trabalho. Para uma comunicação eficaz, faz-se necessário conhecer e saber dialogar com a forma de compreensão dos fenômenos psicopatológicos.

Freud (1926/2014) elabora que o sintoma é como o verdadeiro substituto e derivativo de um impulso reprimido que, de forma contínua, renova suas exigências de satisfação, fazendo com que o Eu possa dar um sinal de desprazer e colocar-se em posição de defesa. Sobre isso, Malzyner (2016) explica que a cura na psicanálise é um conceito bastante complexo e afasta-se da medicina na medida em que não busca a eliminação do sintoma. Na visão da medicina, uma pessoa sofrendo com questões alimentares precisa

rapidamente abandonar sua sintomatologia, e é dessa maneira que os médicos medem o grau de sucesso do seu tratamento.

Tendo em mente o que foi mencionado por Freud sobre a formação do sintoma e trazendo as ideias de autores contemporâneos, Malzyner (2016) explica que, na psicanálise, o sintoma é tomado como algo que exprime um movimento do Eu para buscar se desvencilhar de um sofrimento insuportável. Dessa maneira, para a psicanalista, de forma distinta da perspectiva médica, o analista serve-se dele como via indireta, a fim de trabalhar e dissipar a dor inconsciente. Portanto, pode-se colocar que a ideia de cura não é a meta de uma análise, mas uma consequência desta.

Ainda de acordo com a autora citada, é necessário que o analista tenha capacidade de dialogar com a equipe multidisciplinar que, em diversos momentos, tem como eixo central do tratamento a eliminação do sintoma, como visto anteriormente. Porém, o praticante da psicanálise não pode embarcar com essa equipe nessa busca. Se fizer isso, corre o risco de impedir o tratamento e de tentar adequar o sujeito ao desejo do outro, repetindo uma dinâmica bastante comum na família desses pacientes. Ademais, McDougall (1997, *apud* Malzyner, 2016) contribui trazendo a ideia de que o único objetivo do analista é compreender a vivência psíquica do paciente e comunicá-la, com esperança de que o sujeito assuma plena responsabilidade por suas escolhas e atos.

RECUSA ALIMENTAR, SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL E ESCUTA HOSPITALAR

Antes de avançar, é importante ressaltar que este artigo não tem como objetivo discutir a anorexia e a bulimia em sua totalidade diagnóstica, nem reduzir a recusa alimentar hospitalar a esses quadros. As formulações psicanalíticas sobre anorexia e bulimia são retomadas por permitirem pensar o sintoma alimentar para além de sua dimensão orgânica e comportamental, oferecendo subsídios teóricos para compreender a recusa alimentar como manifestação que pode envolver o corpo, o desejo, o Outro e o sofrimento psicossocial.

A partir da releitura lacaniana, a anorexia pode ser compreendida não como um simples “não comer”, mas como um “comer nada”. Lacan (1956-1957/1994), no Seminário IV, aborda que é sobre: não é um *nicht essen* (o “não comer”), mas sim um *nichts essen* (comer nada). Essa formulação lacaniana indica que o sintoma não se reduz à recusa

alimentar, mas possui uma dimensão simbólica, relacionada à posição do sujeito frente ao Outro. Essa operação instala o comer nada em um plano simbólico, indicando algo que ultrapassa o físico e a atividade de comer.

O "nada" assume, nesse contexto, um valor psíquico, funcionando como tentativa de resposta subjetiva diante das demandas do Outro. Dessa maneira, a anorexia ultrapassa a dimensão somente fisiológica e mostra-se articulada aos conflitos do inconsciente, à articulação do desejo e às formas particulares de relação do sujeito com o corpo e com o laço social.

Nesse contexto, a anorexia pode ser entendida como uma tentativa de instaurar uma falta no Outro, especialmente na relação com a figura materna. Quando a demanda do Outro é vivida como invasiva ou sufocante, o sujeito recorre ao "nada" como estratégia de separação. Assim, para Pena (2014), o sintoma não expressa apenas privação, mas uma operação subjetiva que visa delimitar um espaço para o desejo.

Nesse sentido, o corpo passa a ocupar um lugar de manifestação desse sofrimento psíquico. O que não é encontrado pela possibilidade de simbolização ou elaboração pela via da palavra pode emergir por meio do sintoma alimentar, evidenciando que o corpo não é apenas um organismo biológico, mas também um espaço de experiências subjetivas e afetivas do sujeito.

Essa dinâmica pode ser articulada às operações de alienação e separação. Lacan (1964/1998) apresenta que, na alienação, o sujeito se constitui a partir do desejo do Outro, ocupando inicialmente a posição de objeto. Já na separação, o psicanalista explica que esta implica a possibilidade de emergir como sujeito desejante, a partir da introdução da falta. Nesse sentido, a dificuldade em operar essa separação pode fazer com que o sujeito permaneça excessivamente capturado pelas demandas do Outro, encontrando no sintoma alimentar uma tentativa de delimitação subjetiva. Assim, a recusa alimentar pode surgir como uma forma paradoxal de afirmação do desejo, ainda que à custa do próprio corpo.

Além disso, a recusa alimentar pode ser relacionada à pulsão oral que, segundo Freud (1915/2013), não possui um objeto fixo de satisfação, sendo marcada por uma busca constante. A partir dessa perspectiva, o "comer nada" pode ser entendido como uma forma de contornar o objeto perdido, evidenciando que nenhum alimento é capaz de satisfazer plenamente a pulsão. Nesse sentido, a alimentação ultrapassa sua função biológica e passa a ocupar um lugar simbólico na economia psíquica do sujeito. O alimento deixa de

representar apenas nutrição corporal e passa a se articular às experiências afetivas, às relações primitivas de cuidado e às formas de inscrição do desejo. Assim, a recusa alimentar pode aparecer como expressão de conflitos subjetivos relacionados à dependência, à separação e à relação com o Outro.

No caso da bulimia, observa-se um movimento distinto, marcado pela compulsão alimentar seguida de comportamentos purgativos. Esse ciclo pode ser relacionado ao conceito freudiano de compulsão à repetição. Freud (1920/2020) explica que essa compulsão que se repete causa desprazer para o sujeito, mas que, por ela também estar a serviço do princípio do prazer, há satisfação. Essa repetição é um retorno do mesmo, de vivências, ou seja, o sujeito se encontra preso a um circuito que produz simultaneamente prazer e desprazer.

Diferentemente da anorexia, em que o "nada" aparece como operador central, na bulimia observa-se frequentemente um movimento marcado pelo excesso, pela impulsividade e pela dificuldade de simbolização das tensões psíquicas. O ciclo compulsão-purgação pode ser compreendido como tentativa de preenchimento de uma falta subjetiva que, no entanto, jamais se satisfaz plenamente, produzindo repetidamente sensações de culpa, angústia e vazio.

A ingestão excessiva de alimentos pode ser compreendida como uma tentativa de apaziguar tensões psíquicas, enquanto o ato de vomitar aparece como uma forma de rejeição do objeto e, ao mesmo tempo, de separação em relação ao Outro. Esse movimento remete, inclusive, ao jogo do fort-da, descrito por Freud (1920/2020) em *Além do princípio do prazer*, em que o criador da psicanálise explica que é a alternância entre presença e ausência que simboliza a tentativa de elaboração da perda.

Fagundes Netto *et al.* (2013) elaboram que, tanto na anorexia quanto na bulimia, o sintoma pode ser entendido como uma estratégia para instaurar o desejo, ao produzir uma falta no Outro. Dessa forma, esses transtornos não devem ser reduzidos a distúrbios alimentares, mas compreendidos como expressões complexas da relação do sujeito com o desejo, o corpo e o Outro. Além disso, vale ressaltar que os sintomas alimentares também se encontram atravessados pelas experiências sociais e culturais do indivíduo. Questões relacionadas à exclusão, à violência simbólica, às idealizações do corpo e às experiências de sofrimento no laço social podem participar da constituição e manutenção desses quadros, especialmente pensando no cenário da contemporaneidade.

As contribuições psicanalíticas para a compreensão dos sintomas alimentares podem ser observadas desde os primeiros escritos freudianos, nos quais já apareciam articulações entre alimentação, sofrimento psíquico, experiências infantis e relações familiares. Sob essa perspectiva, o sintoma alimentar pode ser compreendido como uma forma de linguagem subjetiva. Quando determinadas experiências não encontram possibilidade de elaboração simbólica, o corpo e a alimentação passam a ocupar um lugar privilegiado de expressão do sofrimento.

Pensando nisso, pode-se citar o caso de Emmy Von N. Ao adentrar a descrição do caso, Freud (1893-1895/2016) atendia a essa paciente por meio de visitas em um sanatório, descrevendo-a como histérica. Em uma das visitas, Freud relata que a paciente se queixava de fortes dores no estômago. Diante disso, ele solicitou que ela procurasse identificar a origem dessas dores, perguntando-lhe se recordava de alguma ocasião em que tivesse se obrigado a comer após vivenciar grandes emoções. A partir disso, Freud pôde constatar, posteriormente, que, após a morte do marido, a paciente perdeu completamente o apetite, passando a se alimentar apenas por obrigação. Segundo Freud, as dores estomacais tiveram início nesse mesmo período.

Freud (1893-1895/2016) prossegue relatando que, após algumas semanas, Emmy permanecia sob sua observação e apresentava aparente bem-estar. No entanto, ao término de sua estadia, ocorreu uma situação que, segundo ele, lançou luz sobre o caráter da paciente e sobre o modo como seus estados haviam se produzido. Em uma visita realizada durante o horário de almoço, Freud surpreendeu-se ao encontrar uma sobremesa ressecada, que permanecia ali há dias, o que o levou a examinar os demais pratos de comida deixados por ela. Ao questioná-la sobre o motivo de comer tão pouco, a paciente respondeu que não estava habituada a se alimentar mais do que aquilo e que, caso fizesse, isso a faria mal, pois atribuía essa característica ao pai, que também quase não comia.

Mais tarde, Freud a aconselhou a ingerir mais água e a aumentar a quantidade de alimentos. Diante da sugestão, a paciente, agitada, respondeu: “Farei isso porque você o exige, mas previno-o que isso vai acabar mal, pois contraria minha natureza e meu pai também era assim” (Freud, 1893-1895/2016, p. 67).

No dia seguinte, a paciente relatou para Freud que sentia fortes dores no estômago, atribuindo-as ao aumento da alimentação e da ingestão de água. Dirigindo-se ao médico, afirmou: “[...] estraguei meu estômago, e tenho que morrer de fome outra vez por cinco a

oito dias até poder tolerar alguma coisa" (Freud, 1893-1895/2016, p. 67). Ainda na descrição do caso, Freud relata que, em outra visita, hipnotizou a paciente, recurso que seria abandonado posteriormente, e voltou a questioná-la sobre o motivo pelo qual não conseguia comer mais. De imediato, sua resposta foi (Freud, 1893-1895/2016, p. 68):

> [...] quando eu era criança, acontecia com frequência à mesa que eu, por má criação, não quisesse comer minha carne. Minha mãe era sempre muito severa nesses momentos e, sob pena de grave castigo, me obrigava a comê-la duas horas mais tarde, no mesmo prato em que havia deixado. A carne estava completamente fria e a gordura tão rígida (asco) e ainda vejo o garfo à minha frente. Quando me sento à mesa agora, sempre vejo diante de mim o prato com carne fria e a gordura'.

A paciente relata que realizava suas refeições junto aos irmãos, sendo que um deles tinha tuberculose e o outro, também adoecido, escarrava no prato durante as refeições. Meses depois, Freud recebeu uma carta de Emmy informando que ela estava se alimentando bem e ganhando peso. Diante disso, Freud (1893-1895/2016), ao discutir o caso, afirma que a anorexia da paciente oferecia um exemplo de abulia, nesse caso relacionada à comida e à água. Para o autor, o fato de ela comer pouco ou deixar de comer sob a justificativa de que os alimentos não lhe agradavam estava relacionado à associação entre o ato de comer e lembranças infantis repugnantes, cuja carga afetiva não havia sofrido diminuição.

A redução do asco ligado às refeições não se produziu porque a paciente era obrigada, repetidamente, a reprimi-lo, em vez de expressá-lo ou elaborá-lo por meio de uma reação. Na infância, por medo da punição materna, via-se obrigada a comer com repugnância; posteriormente, por consideração aos irmãos, impedia-se de manifestar os sentimentos desagradáveis que experimentava durante as refeições em comum.

Segundo Gomes *et al.* (2020), ao analisarem esse caso, Emmy associava o ato de comer a memórias infantis marcadas pela repulsa. Essa associação se justificava pelas experiências em que a mãe, descrita como severa, obrigava-a a comer toda a comida, mesmo fria e após horas de seu preparo, além da convivência com os irmãos adoecidos durante as refeições. Para os autores, embora a psicanálise freudiana não tenha se dedicado de maneira enfática ao estudo da anorexia como transtorno, há indícios de que a construção da psicanálise não desconsiderou a importância dos fenômenos de privação e restrição alimentar, como se observa no caso de Emmy.

Ainda nas contribuições freudianas para a compreensão da anorexia e da recusa alimentar, torna-se importante mencionar o conceito de pulsão e o modo como isso pode ser articulado com essa temática, sem desconsiderar as contribuições posteriores de Jacques Lacan. Posto isso, Freud (1915/2013), no texto "As pulsões e seus destinos", conceitua a pulsão como algo situado entre o psíquico e o somático, destacando que ela não atua como uma força momentânea, mas como uma força constante.

Para o criador da psicanálise, a meta da pulsão é sempre a satisfação, enquanto o seu objeto é aquilo por meio do qual essa satisfação pode ser alcançada. Porém, esse objeto não é fixo, nem necessariamente material, podendo variar e até mesmo corresponder a uma parte do próprio corpo humano. Justamente por essa variabilidade, não há um objeto específico capaz de garantir uma satisfação plena e definitiva, o que faz com que o circuito da pulsão permaneça em constante movimento.

Em "Além do princípio do prazer", Freud (1920/2020) avança em sua elaboração sobre a pulsão. Ele escreve que a pulsão é como uma pressão inerente ao organismo vivo, voltada ao restabelecimento de um estado anterior que foi abandonado sob a influência de forças externas. Nesse sentido, a pulsão passa a ser compreendida também como uma expressão de uma tendência conservadora da vida orgânica.

Ao desenvolver essa formulação, Freud continua sustentando que a vida comporta uma tendência de retorno a um estado inicial, anterior às perturbações impostas pela própria existência. É nesse percurso que ele formula a noção de pulsão de morte, afirmando que a meta de toda vida seria, em última instância, a morte. Essa elaboração permite o pensamento de que a satisfação pulsional nem sempre irá se orientar pela preservação do organismo, podendo também, portanto, se articular a formas de repetição de gozo que colocam o sujeito diante de impasses importantes.

Lacan (1964/1998), no *Seminário XI*, afirma que a pulsão só obtém satisfação ao contornar o objeto a, que é representante de um objeto estruturalmente faltante. Assim, seu alvo não se confunde com a apreensão direta de um objeto, mas com o retorno ao próprio circuito pulsional. Para o psicanalista francês, há sempre algo da pulsão a satisfazer, o que permite compreender sua força constante.

A partir dessa reflexão, Pena (2014) destaca que o sintoma, como no caso da anorexia e da recusa alimentar, evidencia precisamente a radicalidade da falta de um objeto específico e natural para o sujeito. A pessoa anoréxica, por meio do "comer nada", sob a

forma de recusa, mostra que não é o alimento em si que satisfaz a pulsão oral, mas o contorno em torno do vazio deixado pelo objeto perdido desde sempre. Nesse sentido, Lacan (1964/1998) afirma que nenhum alimento jamais satisfará plenamente a pulsão oral, senão ao contornar esse objeto eternamente faltante.

Miller (1998), ao comentar a formulação lacaniana da pulsão, contribui para essa discussão ao afirmar que comer não é meramente uma satisfação da pulsão oral. O alimento pode aparecer como objeto ou alvo da pulsão, mas o objetivo da pulsão é o gozo, que pode ser alcançado mesmo sem a ingestão de comida.

Ao tomar a anorexia como exemplo, o autor mencionado indica que o sujeito anoréxico, ao nada comer, pode extrair disso uma forma de gozo oral elevada a um ponto potencialmente letal, aproximando-se da dimensão da pulsão de morte. Essa leitura permite articular a recusa alimentar não apenas à ausência de apetite ou à recusa do alimento em si, mas a uma dinâmica pulsional na qual o corpo, o vazio e o gozo se entrelaçam. Assim, a anorexia pode ser compreendida como um sintoma que pede uma escuta além da dimensão meramente orgânica, interrogando a função subjetiva que a recusa alimentar assume para cada sujeito.

Na contemporaneidade, ao deslocar essa discussão para o contexto hospitalar pediátrico, observa-se que determinadas manifestações alimentares podem ultrapassar aquilo que é explicado exclusivamente pela dimensão orgânica. Em situações de internação, a persistência de queixas somáticas, náuseas, episódios frequentes de vômito, baixa adesão às intervenções propostas e recusa alimentar persistente pode convocar a equipe assistencial a considerar não apenas a estabilização clínica do paciente, mas também os sentidos subjetivos e psicossociais implicados no sintoma.

Nesses casos, mesmo quando a intervenção médica não evidencia alterações proporcionais à intensidade das queixas, o sofrimento pode continuar se expressando pelo corpo e pela relação com a alimentação.

Diante desse cenário, o profissional de psicologia pode ser acionado como possibilidade de ampliar a compreensão do quadro, oferecendo uma escuta que não irá se restringir somente à adesão alimentar ou medicamentosa. A construção do vínculo, o uso de recursos lúdicos no atendimento pediátrico e a escuta dos familiares presentes podem favorecer a emergência de elementos que, inicialmente, não aparecem na linguagem verbal, mas se apresentam por meio do corpo, da recusa e das queixas somáticas.

Dessa maneira, a intervenção psicológica não se orienta apenas pela tentativa de eliminar o sintoma, mas pela possibilidade de compreender o lugar que este ocupa na economia subjetiva do sujeito.

Nessa perspectiva, a recusa alimentar pode ser pensada como uma manifestação que condensa não apenas o sofrimento psíquico, mas também os efeitos das condições psicossociais nas quais o sujeito adoecido está inserido. Experiências de exclusão, bullying, vulnerabilidade social, conflitos familiares, rupturas na rotina e dificuldades no laço com o outro também podem incidir sobre a imagem corporal, a autoestima e a relação com a alimentação.

Desse modo, o sintoma alimentar não se organiza isoladamente no corpo biológico, mas também na relação entre o sujeito, seus vínculos e as condições concretas de sua existência.

Essa leitura permite aproximar as formulações freudianas do caso de Emmy Von N. das situações que podem emergir no hospital pediátrico contemporâneo. No relato freudiano, as dificuldades alimentares aparecem associadas a lembranças infantis marcadas por repulsa, imposição e sofrimento nas relações familiares. De modo semelhante, em contextos hospitalares atuais, manifestações alimentares persistentes podem indicar que o ato de comer se encontra atravessado por experiências afetivas, familiares e sociais que ultrapassam a necessidade fisiológica de nutrição.

A comparação não busca igualar contextos clínicos distintos, mas evidenciar que, desde Freud, a alimentação pode ser compreendida como um campo atravessado pela subjetividade.

Posto isso, experiências de ridicularização, rejeição ou exclusão social podem permitir pensar o corpo como lugar de incidência do olhar do Outro. Na infância e na adolescência, tais experiências podem produzir efeitos importantes na constituição da imagem corporal e na relação do sujeito com o próprio corpo. Assim, a queixa alimentar não deve ser analisada apenas como alteração de comportamento ou resistência ao tratamento, mas como possível resposta a vivências nas quais o sujeito se sente exposto, desvalorizado ou sem recursos simbólicos suficientes para elaborar aquilo que o afeta.

Embora o ambiente hospitalar seja frequentemente associado à dor, à doença e à ruptura da rotina, ele também pode ocupar uma função ambígua. Ao mesmo tempo em que marca a presença do adoecimento, pode oferecer uma suspensão temporária de vivências

externas experimentadas como ameaçadoras, além de possibilitar o encontro com uma equipe capaz de escutar o sofrimento para além da queixa orgânica.

Nesse sentido, a internação não deve ser compreendida apenas como consequência de um quadro clínico, mas também como uma cena na qual o sujeito pode encontrar, pela mediação da equipe, possibilidades de escuta, reconhecimento e elaboração.

A dimensão psicossocial das manifestações alimentares também indica que a alta hospitalar não deve ser pensada apenas a partir da melhora orgânica. Quando o sintoma se articula a condições sociais de sofrimento, torna-se fundamental construir uma continuidade de cuidado que envolve acompanhamento psicológico ambulatorial, orientação familiar e, quando possível, articulação com a rede de saúde, assistência social e ambiente escolar.

Dessa forma, o trabalho da equipe não se limita à remissão dos sintomas físicos, mas busca favorecer condições de cuidado que considerem os vínculos, a história e o território do sujeito.

Nesse processo, a escuta familiar assume importância fundamental, não com o objetivo de localizar culpados, mas de compreender como o sintoma é percebido, interpretado e manejado no ambiente familiar. Em situações de recusa alimentar, a angústia dos responsáveis pode levar a tentativas insistentes de controle da alimentação, o que, embora compreensível, pode intensificar a tensão em torno do comer.

A intervenção do psicólogo, portanto, pode favorecer a mediação entre sujeito, família e equipe, possibilitando outras formas de leitura do sintoma e reduzindo a tendência de compreendê-lo apenas como oposição, resistência ou desobediência.

A partir disso, torna-se fundamental a articulação entre psicologia, equipe médica, nutrição, serviço social e demais áreas envolvidas no cuidado. As manifestações alimentares associadas ao sofrimento psíquico na infância demandam uma abordagem multidisciplinar, capaz de integrar aspectos biológicos, subjetivos, familiares e sociais.

Nesse contexto, a psicanálise contribui ao sustentar a escuta da singularidade, considerando o sintoma como uma formação dotada de sentido e não apenas como um comportamento a ser eliminado.

Um dos conceitos centrais para pensar essa escuta é a transferência. Em *Sobre a dinâmica da transferência*, Freud (1912/2017) escreve que cada sujeito possui uma determinada maneira de conduzir sua vida amorosa, constituindo um clichê que tende a se

repetir ao longo da vida, tanto nas condições externas quanto na escolha de objetos amorosos.

Nesse movimento de repetição, a figura do analista pode ser incluída e articulada a imagens parentais ou a outras figuras significativas. Freud (1912/2017) adverte, contudo, que a transferência não se restringe ao modelo paterno, podendo se organizar também a partir da imago materna, fraterna ou de outras figuras importantes para o sujeito. Além disso, na transferência, não estão presentes apenas elementos conscientes, mas também conteúdos retidos ou inconscientes.

Para Freud (1925/2011), uma análise sem transferência é impossível. O autor ressalta que a transferência não é criada pela análise, tampouco ocorre exclusivamente nela; a análise apenas a desvela e a isola. Desse modo, a transferência pode ser compreendida como um fenômeno geral do ser humano, presente nas relações e decisivo para o êxito de diferentes formas de influência no campo do cuidado.

Freud (1925/2011) desenvolve ainda que o analista torna o sujeito consciente da transferência, evidenciando que a conduta transferencial atualiza ligações emocionais originadas na infância. Assim, a transferência passa de uma das mais fortes armas da resistência ao melhor instrumento da análise, sendo seu manejo uma das partes mais difíceis e importantes da técnica psicanalítica.

Alonso (2016, p. 43) contribui para essa discussão ao abordar a transferência no tratamento dos impasses alimentares, especialmente quando este ocorre de forma articulada a uma equipe multidisciplinar, antes mesmo de chegar ao profissional de psicologia:

> […] A equipe será responsável por informar a necessidade indispensável do processo e esclarecer algumas dúvidas tanto do paciente como de seus familiares, fornecendo, desse modo, o amparo necessário para a busca de terapia. Muitas vezes é somente com esse firme sustentar da extrema necessidade do processo psicoterapêutico, encontro após encontro, com ritmo das idas e vindas, que a relação analítica pode se estabelecer, fortalecer e atingir na transferência todo potencial do trabalho. O resultante é a construção do *setting* terapêutico simbólico capaz de oferecer tal espaço de intimidade para que o paciente - dentro de seu percurso autoral da construção de sua própria narrativa - possa vir.

Ainda com as contribuições de Alonso (2016), a presença constante e atuante da equipe promove, simbolicamente, uma vivência de contorno, como uma borda que indica limite, risco e direção a seguir. A autora mencionada evidencia essa função a partir da fala de uma paciente: “não vai ser fácil, mas, por outro lado, vejo vocês como meu paraquedas

reverso, que, quando não consigo sozinha, não vão me deixar eu me esborrachar" (Alonso, 2016, p. 44). Para a psicanalista, essa fala mostra que a equipe pode funcionar como aquela que aciona os sinais de alerta para pacientes e familiares, sobretudo quando estes, imersos em determinadas formas de vínculo, não conseguem reconhecer aspectos de exclusão, controle e fusionalidade presentes nas relações.

Alonso (2016) segue contribuindo ao afirmar que a relação analítica tem como material de trabalho as resistências, atuações e outros modos de funcionamento psíquico. Porém, quando a dinâmica familiar também participa do tratamento, a relação analítica passa a ser atravessada pelo contato com o psiquiatra, o nutricionista e outros profissionais, com os quais a relação analítica também será trabalhada. Nesse sentido, o posicionamento do analista deve salvaguardar a relação do sujeito com seu corpo psíquico, que, ainda sem contornos e limites suficientes para sustentá-lo, pode revelar uma espécie de carência nutricional psíquica, seja pela experiência de vazio, seja por aquilo que transborda.

Nesse processo, também podem surgir invasões e transbordamentos por parte dos familiares, o que exige uma atenção cuidadosa no manejo do caso. Para Alonso (2016), a postura do analista não deve se colocar nem em excesso, nem em falta, mas em uma justa medida. Isso implica a necessidade de uma posição ativa, tolerante ao não saber e cuidadosa para não atropelar a construção de saber dos próprios pacientes, especialmente quando se trata de sujeitos que apresentam um vazio simbólico e, muitas vezes, uma associação livre escassa.

Embora separados por contextos históricos e institucionais distintos, o caso de Emmy Von N. e as manifestações alimentares observadas no contexto hospitalar contemporâneo permitem sustentar uma mesma direção de leitura: os sintomas alimentares não devem ser compreendidos exclusivamente a partir da dimensão orgânica. No relato freudiano, as dificuldades alimentares encontravam-se relacionadas a lembranças infantis carregadas de desprazer, imposição e repulsa. Já no hospital pediátrico contemporâneo, queixas alimentares persistentes podem se articular a experiências de exclusão social, sofrimento psicossocial, conflitos familiares e dificuldades vividas no laço com o outro.

Ainda que as manifestações clínicas sejam distintas, tanto a leitura freudiana quanto a escuta hospitalar contemporânea evidenciam que a alimentação pode funcionar como campo de expressão subjetiva. O corpo, nesse sentido, não aparece apenas como organismo a ser estabilizado, mas como lugar atravessado por marcas afetivas, familiares e sociais.

Assim, a escuta clínica permite deslocar o foco da remissão sintomática imediata para a compreensão da função que o sintoma pode assumir para cada sujeito.

Desse modo, a psicologia hospitalar, articulada à psicanálise e à equipe multiprofissional, contribui para que a recusa alimentar e outras manifestações alimentares sejam pensadas para além da lógica da adesão ou da resistência. Trata-se de sustentar uma escuta que reconheça a complexidade do sofrimento humano, considerando a singularidade do sujeito, sua história, seus vínculos e suas condições de vida. Essa direção não se opõe ao cuidado médico, mas amplia suas possibilidades ao incluir a dimensão subjetiva e psicossocial no manejo clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos alimentares e as manifestações alimentares associadas ao sofrimento psíquico configuram fenômenos complexos, atravessados por dimensões orgânicas, subjetivas, familiares e sociais. Nesse sentido, sua compreensão exige uma abordagem que ultrapasse a lógica exclusivamente biomédica, sem desconsiderar a importância da estabilização clínica e nutricional. No contexto hospitalar pediátrico, foco deste trabalho, a psicologia, articulada à psicanálise, contribui ao sustentar uma escuta voltada para a singularidade do sujeito e para os sentidos implicados no sintoma.

A discussão desenvolvida permite compreender que a persistência da recusa alimentar, das queixas somáticas e da baixa adesão às intervenções propostas pode, em determinadas situações hospitalares, expressar formas de sofrimento que não se explicam apenas pela dimensão fisiológica. Elementos como exclusão social, experiências de bullying, vulnerabilidades familiares e dificuldades no laço com o outro podem incidir sobre a relação do sujeito com o corpo e com a alimentação, indicando que o sintoma alimentar também pode se articular a vivências psicossociais marcadas por desamparo, exposição e sofrimento diante do olhar do Outro.

Dessa maneira, a atuação da psicologia hospitalar mostra-se importante não apenas para favorecer a adesão ao tratamento, mas principalmente para deslocar a leitura do sintoma de uma perspectiva exclusivamente orgânica para uma compreensão mais ampla, que inclua a história do sujeito, seus vínculos, suas condições de vida e sua posição subjetiva diante do adoecimento. A construção da transferência, a escuta familiar e, no caso do atendimento pediátrico, o uso de recursos lúdicos como mediadores da palavra

podem favorecer a emergência de conteúdos inicialmente comunicados pelo corpo, abrindo espaço para a elaboração subjetiva.

Por fim, destaca-se a importância do trabalho multidisciplinar na construção de estratégias de cuidado que integrem estabilização clínica, escuta subjetiva, acolhimento familiar, atenção psicossocial e continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar. Assim, compreende-se que a escuta da subjetividade não se opõe ao cuidado médico, mas amplia as possibilidades de compreensão e intervenção diante do sofrimento humano no contexto hospitalar pediátrico.

REFERÊNCIAS

ALONSO, A. T. A. A relevância da interação da equipe multidisciplinar fora das instituições. *In:* WEINBERG, Cybelle (org.). **Psicanálise de transtornos alimentares**. v. II. São Paulo: Primavera Editorial, 2016.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:** DSM-5-TR. 5. ed. rev. Trad. Cristiane Dias *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2023.

FAGUNDES NETTO, M. *et al.* "Graças a Deus vomito, senão morria": o sintoma bulímico e a clínica psicanalítica em um hospital público. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 373-386, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000300002. Acesso em: 20 out. 2026.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). *In:* FREUD, S. **Obras completas, volume 17:** Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. Sobre a dinâmica da transferência (1912). *In:* FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalítica (1890-1937)**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FREUD, S. As pulsões e seus destinos (1915). *In:* FREUD, S. **Obras incompletas de Sigmund Freud:** As pulsões e seus destinos [*Triebe und Triebschicksale*]. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

FREUD, S. Casos clínicos: Emmy von N. *In:* FREUD, S. **Obras completas, vol. 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895)**. Trad. Laura Barreto. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). *In:* FREUD, S. **Obras incompletas de Sigmund Freud:** Além do princípio do prazer [*Jenseits des Lustprinzips*]. Trad. Marco Antonio Coutinho Jorge. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, S. Autobiografia (1925). *In:* FREUD, S. **Obras completas, vol. 16:** O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1925). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GOMES, Diógenes Farias *et al.* Concepções da psicanálise sobre a anorexia no Brasil: uma revisão de escopo. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 19, n. 1, 2020. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1416. Acesso em: 20 out. 2026.

LACAN, J. O falo e a mãe insaciável (1956-1957). *In:* LACAN, J. **O seminário, livro 4:** a relação de objeto. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

LACAN, J. O sujeito e o outro (I): a alienação (1964). *In:* LACAN, J. **O seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MALZYNER, G. Revisitando a técnica psicanalítica no atendimento a pacientes com transtornos alimentares. *In:* WEINBERG, Cybelle (org.). **Psicanálise de transtornos alimentares**. v. II. São Paulo: Primavera Editorial, 2016.

MILLER, Jacques-Alain. Contexto e conceitos. *In:* FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (org.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

PENA, D. S. C. **A anorexia e o outro**: o paradoxo na relação do sujeito com o desejo. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2014.

VIANNA, Mônica. **Da geladeira ao divã:** psicanálise da compulsão alimentar. 1. ed. Curitiba: Appris, 2016.

Acesso geral: https://ojs.uva.br/index.php/revista-aquila
Licença Copyleft: Atribuição-Uso não Comercial-Vedada a Criação de Obras Derivadas