

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
PROPE - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

**Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que
recorreram à cirurgia de redução do estômago**

Thyago do Vale Rosa

GOIÂNIA
MARÇO DE 2007

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
PROPE - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

**Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que
recorreram à cirurgia de redução do estômago**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação Strito Sensu em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Realizado sob orientação da professora doutora Denise Teles Freire Campos.

GOIÂNIA
MARÇO DE 2007

THYAGO DO VALE ROSA

**Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que
recorreram à cirurgia de redução do estômago**

Dissertação defendida e _____ em _____ de
Março de 2006, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof(a) Dra. Denise Teles Freire Campos
Presidente

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda
Membro

Prof. Dr. Francisco Moacir de Melo Catunda Martins
Membro

GOIÂNIA

MARÇO DE 2007

R788e Rosa, Thyago do Vale.

Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução do estômago. – 2007.

112 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, 2007.
“Orientação: Profa. Dra. Denise Teles Freire Campos”.

1. Obesidade. 2. Subjetividade. 3. Estômago – cirurgia de redução – aspecto psicológico. 4. Sofrimento psíquico. I. Título.

CDU: 616.39:159.9(043)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais com carinho.

AGRADECIMENTOS

Faço questão de agradecer à professora Denise Teles Freire Campos e ao professor Pedro Humberto Faria Campos pelo constante apoio. Meus mestres, com a expressão de minha íntima gratidão. Amigos, pelos quais tenho uma profunda dívida e admiração.

Minha profunda gratidão ao professor Fábio Jesus Miranda, que sempre esteve presente em minha formação, acompanhando-me durante esse percurso.

Ao professor Francisco Martins pela inspiração e ensinamentos. Agradeço pelo apoio constante e amizade.

Aos amigos do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia pela troca de conhecimentos, pela amizade e confiança.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que me concedeu o apoio financeiro para esta.

À minha família, aos meus amigos e a todas aquelas e aqueles, aqui não nomeados, que depositaram confiança em mim e acreditaram nesse trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1	
A OBESIDADE, O CORPO E A MEDICINA MODERNA.....	12
1.1. O corpo opulento como objeto de estudo da medicina.....	12
1.2. Parâmetros médicos para a definição da obesidade.....	13
1.3. Discussão genética e fatores sócio-ambientais no estudo da obesidade.....	17
1.4. Obesidade como um fenômeno na fronteira entre as estruturas sociais e a subjetividade.....	22
1.5. Obesidade: fenômeno moderno, social e referente à subjetividade das pessoas.	25
CAPÍTULO 2	
O CORPO E A PSICANÁLISE	28
2.1. O corpo e o sujeito.....	29
2.1.1. “No início era um único aparelho fonador para dois corpos”.....	35
2.2. A abordagem psicossomática.....	38
2.3. O "Romance com a Doença".	44
CAPÍTULO 3	
A CONTEMPORANEIDADE.....	48
3.1. Estruturas sociais e a expressão da subjetividade.....	48
3.1.1. A cultura na produção do sofrimento humano.....	49
3.2. Conseqüências da Pós-modernidade.....	51

3.3. As transformações da intimidade.....	54
3.4. As dificuldades das “ <i>subjetividades sofrentes</i> ” na atualidade.....	57
3.5. O corpo na contemporaneidade.....	61
3.6. Obesidade: expressão do sujeito, expressão da subjetividade.....	67
CAPÍTULO 4	
PERCURSO DE PESQUISA: SOBRE O DISPOSITIVO CLÍNICO	70
4.1. Considerações sobre o objeto:	70
4.2. Considerações sobre o método:	71
CAPÍTULO 05	
DAS ENTREVISTAS	75
5.1. Sra. Ana, um discurso “plástico”.....	75
5.2. Sra. Marta, ou “não quero mais esse fardo”.....	80
5.3. Lurdes: a “bela adormecida” ou o “príncipe que virou sapo”.....	84
5.4. Rebeca, ou “idas e vindas... e vai-e-vem”.....	88
CAPÍTULO 6	
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	97
6.1. Sra. Ana, um discurso “plástico”.....	97
6.2. Sra. Marta ou “não quero mais esse fardo”.....	99
6.3. Lurdes: a “bela adormecida” ou “o príncipe que virou sapo”.....	101
6.4. Rebeca, ou “idas e vindas...” e “vai-e-vem”.....	102
CAPÍTULO 07	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
BIBLIOGRAFIA	109

RESUMO

O presente trabalho teve um caráter exploratório e buscou estudar a expressão das subjetividades de pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução do estômago. Realizaram-se quatro entrevistas do tipo clínico com mulheres de diferentes idades que recorreram à cirurgia de redução do estômago. A ocasião de uma preocupação corporal funciona como um estímulo indutor de uma narrativa pelo sujeito de seu sofrimento. Trata-se da restituição pelo entrevistador da “realidade de pesquisa”, em que o registro das entrevistas fica condicionado ao próprio dispositivo e, rigorosamente falando, a análise é da situação de pesquisa, é análise do próprio dispositivo enquanto estratégia de pesquisa. O que significa dizer que a interpretação do relato da entrevista em clínica somente pode ser validada dentro de um contexto intersubjetivo (Stein, 1988). Dessa forma, a partir das entrevistas realizadas, pode-se dizer que a cirurgia se mostra como uma tentativa de mudança, de mudar a sua própria identidade. Contudo, devemos ter a cautela de dizer que se trata muito mais de uma via aberta, para o sujeito, de uma mudança em sua vida, que pode ou não se concretizar. Não se trata de restituir a saúde, um estado de coisas anterior, como no caso da doença, mas de provocar um verdadeiro “corte” em sua história anterior.

Palavras-chave: Subjetividade, Obesidade, Psicanálise, Entrevista do tipo clínico.

ABSTRACT

The present work had an exploratory character and, looked for to investigate the expression of the subjectivities of obese people that made use of stomach reduction surgery. Four clinical type interviews were realized with woman of different ages that appealed to the stomach reduction surgery. The occasion of a body worry carries on as an inductor stimulus of a narrative by the subject of his suffering. It concerns the restitution by the interviewer of the “reality of research”, which the register of interviews stays conditioned to the own disposing and, rigorously talking, the analysis is from the research situation while research strategy. It means that the interpretation of the relate of the interview in clinic, only can be validated in a inter subjective context (Stein, 1988). In this way, through the realized interviews, can say that the surgery shows itself as a trial of changing his own identity. Although, we must have a caution of saying that it concerns much more of an open via, to the subject, of change in his life, that can or cannot concretize. It doesn't mean recover the health, a situation of prior things, as in the case of the illness, but to provoke a true “incision” in his anterior history.

Key words: subjectivity, obesity, psychoanalysis, clinical type interview.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde aponta que nos últimos trinta anos, sobretudo no ocidente, houve um intenso aumento do excesso de peso. Tal fenômeno afeta a economia por dois lados: alto custo financeiro com a saúde e alta taxa de mortalidade. A obesidade hoje, segundo dados da OMS (2000), é considerado o grande desafio nutricional do século XXI, tornando-se um problema de saúde pública dos mais urgentes. Contudo, apesar do “custo social da obesidade”, o atual quadro de mudanças econômicas e nutricionais não explica totalmente o fenômeno.

Dessa forma, o objetivo do trabalho foi estudar a expressão das subjetividades de pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução do estômago. Ou seja, buscou-se não perder de vista a dimensão da subjetividade e propiciar um momento de escuta dessa subjetividade mediante entrevistas do tipo clínico com mulheres de diferentes idades que recorreram à cirurgia de redução do estômago.

Como aponta Del Volgo (1998) a ocasião de uma preocupação corporal (como no caso da cirurgia de redução do estômago) pode se tornar um estímulo indutor de uma narrativa pelo sujeito de sua subjetividade. O relato dessa experiência, a construção de uma narrativa sobre seu sofrimento, quando acolhido dentro de um dispositivo de escuta pode se tornar o “fio condutor” dos conteúdos inconscientes. Ou seja, trata-se da investigação do sujeito, do *ser* doente, e não do anonimato da doença. A investigação não pode se limitar à doença em si, mas à “doença do doente” (Del Volgo, 1998), via construção pelo sujeito de uma narrativa sobre sua doença que não se confunde com a

causa, nem com o exato, mas é a verdade do sujeito. É a sua experiência particular, é a expressão de sua subjetividade.

Trata-se da restituição pelo entrevistador da “realidade de pesquisa”, da situação de pesquisa, e não da realidade do sujeito como poderia se dizer. Com isso o registro das entrevistas fica condicionado ao próprio dispositivo e, rigorosamente falando, a análise é da situação de pesquisa, é análise do próprio dispositivo, enquanto estratégia de pesquisa.

Nessa perspectiva, os relatos aqui transcritos não são memórias no sentido exato do termo, não são “provas do real”; mas são “resíduos”, artefatos, da “realidade de pesquisa”, criados pelo próprio dispositivo. Dito de uma outra forma buscou-se propiciar uma escuta da subjetividade, levando-se em conta o desejo, as fantasias, aspectos inconscientes presentes no discurso dos sujeitos que recorreram à cirurgia de redução do estômago, já que cada sujeito, a sua maneira, elabora, ou tenta elaborar, com os recursos que tem, em seu discurso, aquilo que lhe ocorre.

Finalmente, fundamentado a partir do referencial psicanalítico e da psicopatologia clínica, nosso estudo buscou ao mesmo tempo dar lugar à fala na escuta e tratamento do sofrimento psíquico, bem como reconhecer a constituição desses eventos psíquicos na maneira do sujeito representar e enfrentar o seu sofrimento.

CAPÍTULO 1

A OBESIDADE, O CORPO E A MEDICINA MODERNA.

1.1. O corpo opulento como objeto de estudo da medicina.

As primeiras descrições da corpulência, do excesso de peso, podem remontar às origens da civilização (Repetto, 1998, citado por Salve, 2006). E, com toda certeza, essas descrições passaram por diversas mudanças. Pode-se dizer que atualmente vivemos uma fase de transição, a chamada "transição nutricional", em que a humanidade se vê na urgência de combater tanto a fome como o excesso de peso. Dentro de um mesmo país, dentro de uma mesma cidade, a fome e a obesidade convivem e são problemas emergenciais.

Contudo, os dois problemas são enxergados de forma bem diferente. A luta contra a desnutrição é algo tido como lógico que se reconhece e não se contesta. Pode-se dizer que até sentimos pena, ficamos comovidos com essa condição. Já, com relação ao excesso de peso, com a obesidade, a visão é bem diferente. Vê-se uma atitude discriminatória, em alguns casos, até menosprezo. Isso pode ser percebido pela manutenção do mito que os obesos “comem demais” e que são pessoas “fracas”. Fica a pergunta se essa atitude preconceituosa não estaria afetando inclusive a visão das autoridades, inclusive da ciência?

Aliado a isso a definição da obesidade é algo muito recente. Há cerca de trinta anos o fenômeno se alastrou por todo o planeta e conseqüentemente ganhou a atenção médica. E somente há dez anos passou a ser encarado como o grande desafio nutricional do século XXI. Contudo, sabemos que o atual interesse pelo fenômeno deve-se muito mais aos

gastos elevados com a saúde nos países, principalmente à associação da obesidade com as chamadas “doenças do peso”, do que por uma atitude humanitária por parte das autoridades. Dessa forma, o presente capítulo buscou apresentar o recorte da medicina moderna sobre esse corpo, sobretudo o corpo opulento, o corpo obeso.

1.2. Parâmetros médicos para a definição da obesidade.

Mesmo que a obesidade, enquanto objeto de atenção médica, seja um fenômeno muito recente, alguns autores apontam que (Repetto, 1998, citado por Salve, 2006) o excesso de peso (em latim obesidade vem do radical *obesus*, que significa ventre grande) provavelmente seja a enfermidade mais antiga que a humanidade conheça. Essa asserção foi baseada nos achados arqueológicos que, segundo os autores, trazem consigo várias representações de pessoas com as formas corporais volumosas. Embora seja razoável acreditar na existência de seres humanos com “excesso de peso” mesmo em períodos tão anteriores da civilização, devemos ter a cautela de reconhecer que a representação em um vaso, ou uma pintura em uma caverna, não prova a existência do excesso de peso naquela civilização. Pelo menos não como o atual fenômeno se apresenta em nossa sociedade.

Nesse sentido, o atual fenômeno da obesidade é bem diferente do possível excesso de peso que possa ter acompanhado os seres humanos desde os primórdios da civilização. E deve-se dizer que há importantes diferenças em sua prevalência em determinadas populações, e como aponta Martins (2003), o acúmulo de gordura é relativo às apreciações estéticas de cada época e não só aos padrões de saúde. E ainda, não existe consenso com relação aos fatores de risco que não se limitam a uma questão de transmissão genética. Os

genes das pessoas não acompanhariam a explosão da obesidade no planeta nesses últimos trinta anos. O que parece que o ambiente, que nos cerca, tem uma contribuição importante para o incremento do excesso de peso hoje no mundo.

Mesmo diante dos repetidos esforços das autoridades o fenômeno continua a crescer. O problema alimentar é uma questão premente hoje, e a presença da obesidade nas sociedades contemporâneas coloca um desafio às autoridades, inclusive à ciência, na busca de formas adequadas de prevenir o problema. Nesse sentido, os estudos médicos têm um papel importante na definição e compreensão do estudo da obesidade. De forma simples, ela pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo a ponto de comprometer a saúde das pessoas e com perda da qualidade de vida, bem como, da expectativa de vida (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2000). Apesar da OMS colocar que o atual incremento do excesso de peso no planeta deve-se fundamentalmente às mudanças sócio-ambientais, como as mudanças nos hábitos alimentares e a inatividade física que leva ao balanço energético positivo, o fenômeno da obesidade não pode ser explicado por uma única visão.

Dentro de uma visão médica, Monteiro (1998) aponta que, para se obter dados mais fiáveis, seja necessário conhecer a composição corporal, a quantidade de gordura e como ela se distribui no corpo. Usando, por exemplo, a relação cintura/quadril e o perímetro do quadril em que o mais usual são as medidas antropométricas, como as pregas cutâneas, peso, altura, circunferências e, também, as medidas mais sofisticadas, como ultra-som, condutividade elétrica, tomografia computadorizada, ativação de nêutrons e entre outros.

De forma bem objetiva, a OMS estabelece como critério para o diagnóstico da obesidade o Índice de Massa Corporal (IMC). Onde temos: $IMC < 20$ = peso inferior ao

peso normal; IMC entre 20 e 24,9 = peso normal; IMC entre 25 e 29,9 = pré-obesos; IMC entre 30 e 34,9 = obesidade grau I; IMC entre 35 e 39,9 = obesidade grau II; IMC > 40 = obesidade grau III. Ou seja, quanto maior o índice, maior serão os riscos à saúde (Monteiro, 1998). É importante dizer que esse índice apresenta variações em relação à diversidade étnica de uma mesma população. Sobretudo, em países com tamanha miscigenação como é o caso do Brasil.

Nesse sentido, Halpern (1999/2000) aponta que a junção dos critérios qualitativos, indiretos, que são mais simples e práticos (como a avaliação da história de vida de cada indivíduo), em ligação com os critérios objetivos (como o IMC), permite uma melhor avaliação do quadro clínico do paciente. Embora se saiba que indivíduos obesos (IMC > 30) apresentam um maior risco de mortalidade comparado aos indivíduos não obesos.

Sob um outro ponto vista, buscando uma definição mais precisa da obesidade, Loli (2000) propõe que, mesmo utilizando-se de critérios quantitativos, é necessário se valer também dos indicadores qualitativos (ou estéticos). A esse respeito estabelecem-se dois tipos de obesidade. A Obesidade Ginóide (ou ginecóide), esta acomete mais as mulheres, também chamada de obesidade em forma de pêra ou ainda obesidade subcutânea. E a outra forma é aquela em que a gordura pode concentrar-se no abdome profundamente entre as vísceras. Esta é chamada de Obesidade Andróide porque acomete mais os homens ou obesidade em forma de maçã ou obesidade visceral. A autora acrescenta que baseado nos critérios da OMS (World Health Organization - WHO, 2002) a porcentagem de gordura corporal deve situar-se entre 15 e 18% para o sexo masculino e entre 20 e 25% para o sexo feminino.

Dessa forma são considerados obesos os homens com percentual de gordura corporal superiores a 25% e as mulheres com percentual mais de 30%. Pode-se dizer que o excesso de gordura corporal, e somente quando se figurar um “excesso”, resulta num significativo prejuízo à saúde das pessoas. Alguns estudos (Coutinho, 1998; Halpern, 1998, Halpern & Mancini, 1999, 2000, 2002 e Paiva & Silva, 1994) indicam uma relação clara entre o excesso de peso e o aumento do risco de mortalidade e a ocorrência de co-morbidades, como as doenças cardiovasculares, endócrinas, infertilidade, doenças gastrointestinais, osteoartrites, infecções e inclusive ao surgimento de tumores.

Devido à associação com outras enfermidades, as chamadas “doenças do peso”, a obesidade impõe severos prejuízos à saúde das pessoas. Como aponta os estudos do Nurse’s Health Study -NHS e da American Cancer Society’s Cancer Prevention Study - ACSCPS (citados por Peres, 2005), altos valores de IMC estão relacionados a uma taxa elevada de mortes por todas as causas, principalmente em relação às doenças cardiovasculares. De acordo com o estudo, isso também pode ser verificado pela correlação negativa entre a expectativa de vida em adultos e a obesidade. Além da mortalidade, a obesidade está associada a um elevado grau de morbidades. Detalhando melhor essa relação, o NHS aponta que a obesidade em relação ao peso normal está associada a um incremento de 13,6% da hipertensão, de 6,3% da diabete melito, de 7,7% da hiperinsulinemia, de 7,7% da hipertriglicedemia, bem como de uma diminuição de 8,6% dos valores do HDL-colesterol e, por fim, de um incremento de 12,1% da hipercolesterolemia.

É baseado nesses estudos que Monteiro (1999) aponta que a obesidade pode ser responsável por cerca de um bilhão de mortes evitáveis no mundo. Em uma pesquisa

publicada no *Jornal de Medicina da Nova Inglaterra* (Olshansky, Passaro, Hershov, Layden, Carnes, Brody, Hayflick, Butler, Allison e Ludwig, 2005) as taxas de excesso de peso nos Estados Unidos aumentaram 50% nos adultos durante os anos de 1980 a 90, a ponto de se falar atualmente que um em cada três norte-americanos, é obeso. Nessa perspectiva, estima-se que a expectativa de vida dos norte-americanos pode se reduzir nas próximas décadas (fato que não ocorria desde o século XIX) devido ao aumento do número de mortes relacionadas ao excesso de peso.

Os números expressam uma realidade preocupante, já que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), a obesidade se tornou uma epidemia global já ultrapassando o problema da desnutrição no planeta. E, ainda, um relatório recente lançado pela International Diabetes Federation (IDF) e a International Association for the Study of Obesity (IASO) indicam que se faz necessário uma ação urgente para prevenir uma crise global de saúde pública relacionada ao excesso de peso.

1.3. Discussão genética e fatores sócio-ambientais no estudo da obesidade.

É certo que a prevalência da obesidade tem aumentado no planeta, sendo responsável direto e indiretamente por boa parte dos gastos com a saúde nos países. É um fenômeno com características interessantes. Apesar de ser um problema antigo, só agora se tornou um problema de saúde pública, tendo relevância para a saúde só nos últimos trinta anos. É por isso que, de acordo com Phillip James, presidente da Força Tarefa Internacional para o Estudo da Obesidade (FTIO), a obesidade se constitui o grande desafio para a saúde no

século XXI. Nesse sentido, a OMS (2000) alerta que existem cerca de 800 milhões de pessoas subnutridas contra 1 bilhão de obesos no mundo. Nós últimos vinte anos o fenômeno não pára de crescer, e já é caracterizado pela OMS como uma epidemia mundial com proporções nunca vistas na história da evolução da humanidade. É um problema que se agravou muito na metade do século passado, e foi justamente por isso que nos anos cinqüenta, o excesso de peso - medido, padronizado e nomeado como obesidade - foi introduzido no Código Internacional de Doenças (CID-10) e reconhecido como um problema clínico importante.

Contudo, como aponta Almeida e Ferreira (2005) a prevalência e interpretação da obesidade no mundo têm variado ao longo do tempo, em razão de valores culturais e científicos presentes em cada sociedade. Segundo os autores a obesidade praticamente inexistiu nas sociedades antigas, sendo um fenômeno raro devido à intensa atividade física e à escassez de alimentos, que acompanharam os seres humanos durante muitos séculos. Mas, para seu surgimento, os autores argumentam que a própria seleção natural se encarregou disso, selecionando indivíduos com mecanismos orgânicos de estocagem de nutrientes, de energia, mais adaptados que os outros. Aliado a isso, as profundas mudanças nos hábitos de vida, inauguradas com a Revolução Industrial, contribuíram para o incremento da obesidade no mundo.

As pesquisas médicas, atualmente, apontam para uma pluralidade de fatores na manutenção do corpo obeso. Esses estudos (Coutinho, 1998; Halpern, 1998; Halpern & Mancini, 1999, 2000, 2002 e Paiva & Silva, 1994 e Salve, 2006) indicam três elementos mais relevantes para a manutenção do excesso de peso. São os seguintes: a) a adesão a um tipo de dieta nutricional rica em gorduras, b) o comportamento das pessoas (entendido aqui

como o estilo de vida, os hábitos de vida) e, por último, c) a contribuição da genética (estudos esses que se baseiam principalmente na comparação de gêmeos e no histórico familiar). Embora se reconheça que, em alguns casos, a obesidade pode estar associada aos distúrbios endócrinos, ou seja, às disfunções neurohormonais, essas disfunções são raras e acometem aproximadamente de 1% a 5% da população mundial.

Rigorosamente falando, as pesquisas médicas tendem a apontar para o que chamam de *determinação genética do peso*. Alguns estudos (Coutinho e Dualib, 2006) estimam que os fatores genéticos respondem por 24 a 40% da resposta da pessoa frente à superalimentação. E outros estudos (Salve, 2006; Mendes, Alves, Alves, Siqueira e Freire, 2006) indicam que crianças, com ambos os pais obesos, apresentam um risco de 80% de se tornarem obesas. Se apenas um dos pais for obeso essa probabilidade cai para 40%, e se na família nenhum dos pais é obeso o risco cai para 10%. Contudo, baseando-se em dados estatísticos não podemos afirmar que os genes são os responsáveis pelo atual incremento do excesso de peso no mundo. Bem como não é possível “pesar” a influência dos genes e do ambiente, porém sabemos que a pesquisa genética da obesidade está apenas no começo.

Nesse sentido, não dá para falarmos de uma causa circunscrita, bem marcada. Como aponta Villares (1998) tratando-se de uma “doença multifatorial” (aspas do autor) não é possível discriminar e dominar o que é efeito do gene ou o que é efeito do ambiente. Ou seja, mesmo que a medicina aponte inequivocamente para o aporte nutricional superior ao gasto energético há uma multiplicidade de fatores para a manutenção do excesso de peso. Dessa forma, não dá para falarmos de obesidade, mas de tipos diferentes de obesidade com causas e conseqüências bem distintas.

Como aponta Uehara e Mariosa (2005), sua etiologia e história natural parecem indicar uma pluralidade de fenômenos envolvidos cada qual com seu peso específico. O sobrepeso e a obesidade podem se iniciar em qualquer idade havendo importantes diferenças entre os sexos e a condição sócio-econômica. De acordo com os autores, crianças com baixo peso ao nascimento, ou muito pequenas, estão mais sujeitas a desenvolverem o excesso de peso e suas conseqüentes comorbidades em comparação com crianças que nasceram com o peso normal. Da mesma forma, a amamentação parece ser um fator importante. Crianças, que não foram amamentadas ou que foram amamentadas por um curto período de tempo, apresentam um maior risco de sobrepeso e obesidade do que crianças que foram amamentadas. E ainda crianças que apresentam excesso de peso em idades mais avançadas da infância, após os três anos de idade, por exemplo, tendem a manter essa condição, ao contrário das crianças que apresentam excesso de peso antes dos três anos de idade. Com relação à adolescência à maioria dos casos tendem a se manter na idade adulta. De forma geral, segundo os autores, as pesquisas indicam que o surgimento da obesidade na infância e adolescência é um grande preditor de obesidade na fase adulta.

As diferenças em relação ao sexo, de acordo com Uehara e Mariosa (2005), parecem sofrer forte influência dos fatores sócio-econômicos. Por exemplo, a gravidez (como um evento existencial importante), os contraceptivos (apesar de não haver dados clínicos relevantes que ateste tal influência) e a menopausa (as mudanças hormonais) parecem estar associados ao surgimento da obesidade feminina na idade adulta. Em relação aos homens, o principal fator para o incremento do excesso de peso parece estar associado aos hábitos de vida, já que eram ativos na adolescência e tornaram-se sedentários na fase adulta. De

modo geral, pode-se dizer que os fatores étnicos, sócio-econômicos e culturais, influenciam o processo de ganho de peso.

Um outro fator importante se refere à relação entre obesidade e trabalho, e obesidade e escolaridade (Monteiro, Conde e Castro, 2003; Uehara e Mariosa, 2005). Até 1989 a obesidade era proporcional ao nível de escolaridade, quanto maior o nível de escolaridade maior o risco de obesidade. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1997 a situação mudou muito no Brasil (Monteiro, Conde e Castro, 2003). Seguindo uma tendência comum, principalmente, nos países da América Latina, o aumento da obesidade apresentou uma relação inversamente proporcional ao nível de escolaridade. Ou seja, atualmente a população com baixa escolaridade e com uma condição sócio-econômica menos favorável está mais sujeita ao excesso de peso que a população mais abastada economicamente e com maior escolaridade.

Nessa mesma linha, com relação ao sexo, as mulheres que estão desempregadas formam um grupo mais propenso ao excesso de peso, segundo Ferreira e Magalhães (2005). O impacto da obesidade na população feminina e de baixa renda no Brasil é notório. De acordo com as autoras, dos 6,8 milhões de obesos no Brasil levantados pelo PNSN, 70% eram de mulheres pobres. E, de acordo com Filho (2005), com relação aos homens desempregados ou em situação sócio-econômica menos favorável, o efeito é inverso. E ainda, segundo o autor, mulheres que ocupam cargos de destaque no trabalho apresentam menores risco de obesidade. Com relação aos homens não há dados significativos dessa relação. Embora os dados do Third National Health and Nutrition Examination Survey Data (NHANES III/ 1989-1994), publicado no Centers for Disease

Control and Prevention (CDC) (1996), apontem que o estilo de vida e o tipo de dieta nutricional, baseada num balanço energético positivo, sejam os principais responsáveis para o surgimento do excesso de peso.

De modo geral, os estudos apontam para três características importantes do predomínio da obesidade. Que existe uma correlação entre o estrato sócio-econômico e a obesidade, as populações urbanas apresentam um maior risco de excesso de peso em relação à população rural e, por último, que há uma prevalência da obesidade em minorias étnicas devido aos chamados hábitos de vida modernos e ao balanço energético positivo. (Almeida e Ferreira, 2005).

1.4. Obesidade como um fenômeno na fronteira entre as estruturas sociais e a subjetividade.

Para o estudo da obesidade parece existir uma estreita relação entre a alimentação (a quantidade de comida ingerida), e a inatividade física (o sedentarismo). É evidente que não dá para se falar de obesidade sem relacioná-la ao excesso de peso; porém, nem sempre, o ganho de peso está associado de forma exclusiva ao excesso de ingestão alimentar.

Hoje se reconhece que a prevalência da obesidade no mundo tem aumentado e que esses números a aproximam de uma verdadeira pandemia (WHO, 2002) - ou, talvez, seria o caso dizer, de uma “globesidade”, como indica Philip James, presidente da FTIO (Veja, 2002). Dessa forma, faz-se necessário compreender quais fatores estão levando a tal

aumento do excesso de peso no mundo. Bem como colocar em foco as vivências sociais e seu impacto nas estruturas psíquicas e no próprio corpo dos sujeitos.

Contudo, a obesidade não pode ser estudada estritamente como uma enfermidade física. A dinâmica social e também a dinâmica familiar, da história íntima, particular, dão contornos próprios e específicos à obesidade. Pode-se dizer que ela é uma verdadeira *enfermidade social*. A mídia, por exemplo, tem um papel importante com relação à obesidade. Apesar da mídia ser a responsável, pelo menos em parte, pela apresentação do tema às pessoas, ela pode estar contribuindo para fomentar uma mudança nos hábitos alimentares de crianças e jovens, instaurando uma nova “cultura alimentar”. Assim, agravando ainda mais o problema da obesidade no mundo, como apontam Almeida, Nascimento e Quaioti (2002). E, ainda, a mídia é a responsável pelo culto de um *corpo ideal*, pela construção da idéia de um corpo perfeito que se aproxima de um modelo esguio e esbelto, impondo um padrão estético a ser seguido que, na maioria dos casos, reforça a discriminação e o sofrimento das pessoas que não se adequam aos padrões (Fellipe, 2004; Serra e Santos, 2003).

Nesse sentido a obesidade deve ser avaliada para além da relação saúde-doença, podendo ser considerada um problema social. Isto é, como aponta Felipe e Santos (2004), a obesidade como um produto do estilo de vida ocidental. Esse estilo de vida contemporâneo marcado de forma resumida e breve pelas mudanças no consumo alimentar, pela tendência a diminuir o dispêndio de calorias, seja pelo aumento de ocupações, que não exigem esforço físico, seja pelas formas sedentárias de lazer, e a influência da mídia no comportamento das pessoas. Desses fatores, destacam-se as

mudanças no consumo alimentar que têm contribuído para um balanço energético positivo, e a redução da atividade física (Mendonça e Anjos, 2004).

A discussão sobre a questão não é sem importância. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) a obesidade em breve se tornará a maior causa de morte evitável no mundo, e atualmente só perde para as mortes relacionadas ao tabagismo. Dessa forma, constitui-se em um grande problema de saúde pública levando à morte milhares de pessoas e afetando a economia dos países.

Apesar de se observar um grande número de eventos e pesquisas a respeito do tema, as respostas ainda não são claras. Até pouco tempo atrás, os especialistas apontavam que o problema da obesidade no mundo devia-se ao excesso de consumo de alimentos pelas pessoas. Ora, apesar de sabermos que ninguém se torna obeso se não ingere comida, contudo, nem sempre, essa ingestão é algo de uma desmesura, de um excesso no alimentar. E ainda, tal afirmação beira muito mais a uma atitude preconceituosa e acusativa - diga-se de passagem, acusações de peso, gula, descontrole, maus hábitos etc – do que propriamente uma atitude ética e profissional. E por isso, tal assertiva há muito foi deixada de lado. Entretanto, os estudos médicos se esforçam para encontrar os fundamentos físicos, signos fiáveis, que expliquem taxativamente o excesso de peso. É nesse sentido que Rankinen, Pérusse, Weisnagel, Snyder, Chagnon e Bouchard (2002) apontam que os fatores genéticos e a hereditariedade devem ser considerados os principais fatores na determinação da obesidade.

Contudo, pode ser embaraçoso fazer tal asserção se pensarmos que a obesidade é um problema muito recente, de mais ou menos trinta anos, e que os genes das pessoas não acompanhariam a velocidade dessas transformações (Uehara e Mariosa, 2005; Veja,

2002). Num outro ponto, como discute Czeresnia (2001), as concepções de cura e adoecimento vêm se transformando ao longo do tempo. Podemos dizer que, em cada momento histórico, os especialistas têm um modo de pensar sobre as morbidades, ou seja, um paradigma privilegiado na compreensão do adoecimento humano e que, evidentemente, vai influenciar na atitude terapêutica e diagnóstica.

Num estudo sobre as mudanças nesses paradigmas, Czeresnia (2001) aponta que a idéia de um conhecimento seguro e fiável através da observação e experimentação, ou seja, o proceder positivo, sistemático, “seguro” e dominado pela razão, que permitiria “conhecer a natureza das coisas” de forma objetiva, não tem se mostrado muito profícuo quando falamos de doenças; sobretudo, ao referirmos à idéia de uma doença multicausal. Percebemos então um resgate de concepções clássicas, mais voltadas para um saber compreensivo e contemplativo. Nesse sentido, a obesidade é um caso exemplar. As intervenções não vão ao encontro da idéia de uma doença circunscrita; mas, muito mais em direção à compreensão dos condicionantes do adoecimento. Isso significa, em última análise, definir os diferentes níveis de realidade que favorecem, ou melhor, predispõe à obesidade.

1.5. Obesidade: fenômeno moderno, social e referente à subjetividade das pessoas.

A compreensão do fenômeno obesidade está para além do sintoma físico. Apesar do enfoque médico dominante insistir em apontar para a idéia de “doença”, contudo não deixa de situá-la como uma “doença multidimensional”. Dessa forma, nosso estudo buscou

conhecer as subjetividades de pessoas obesas que procuram a cirurgia de redução do estômago. Assim, para o estudo da subjetividade de pessoas obesas devemos levar em conta as vivências sociais e seu impacto na constituição do sujeito. Apesar de se tratar de um problema físico, de excesso de gordura corporal, não deixa de ser um fenômeno multivariado, com significativa participação de fatores psíquicos e sociais. E, ainda, podemos dizer que o sofrimento psíquico na obesidade constitui um campo onde as dinâmicas histórico-sociais exercem um impacto nas estruturas psíquicas e no próprio corpo dos sujeitos.

A obesidade, enquanto objeto de atenção científica (sem ainda fazermos referência à idéia de saúde ou doença, algo que vamos discutir posteriormente), é um fenômeno contemporâneo. Como analisam Campos e Campos (2004), “é uma construção moderna, da ciência moderna, e sobretudo referente às últimas décadas do século XX” (p. 02). De acordo com os autores, o excesso de peso nas sociedades antigas não era pensado como um problema, pelo menos, não se constituía um problema maior. Pode-se dizer que o excesso de peso nessas sociedades, na forma que ele existiu, não tem qualquer relação com o atual fenômeno do excesso de peso que acompanha a humanidade hoje. Dessa forma, o corpo, o corpo com “excesso de peso”, constituía muito mais sinal de prosperidade e indicação do status social do indivíduo que qualquer semelhança com a atual preocupação clínica ou estética.

Podemos dizer que as formas de adoecimento atual colocam em xeque a concepção de doença da medicina moderna (Czeresnia, 2004). De alguma forma, obriga-a a resgatar a idéia segundo à qual a relação entre saúde e doença está ligada às condições de existência de uma determinada população, bem como as formas de vida dessa. Dito de outra maneira,

a obesidade enquanto um evento clínico importante não se presta à perspectiva bacterologista que, em última análise, busca encontrar o agente (em alguns casos fosse melhor dizer o responsável), a causa da doença.

Assim, entre a obesidade e o corpo há muito mais que se dizer do que se possa esperar da concretude do sintoma físico, corporal. Sua explicação, sua definição, não é algo simples, mesmo que seja multifacetado, pois as possibilidades de se encontrar um sinal, uma causa plausível, nem sempre é possível. E é sobre esse outro corpo, o corpo imaginário, sobre esse sofrimento para além da objetividade do diagnóstico de uma doença, que introduziremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

O CORPO E A PSICANÁLISE

Diante do nosso problema, ao falarmos do corpo, não se trata de fazer uma divisão entre o corpo bio-lógico ou do corpo psico-lógico, pois é sempre de um único e mesmo corpo que o sujeito fala, do corpo pulsional, sexual. O corpo, mesmo que inicialmente imaturo, dependente, natural; necessitando de um outro que lhe assegure sua sobrevivência e, por esse fato mesmo, constitui-se como um corpo vivido, como corpo de prazer, de desejo (Anzieu, 2000). Em que, inevitavelmente, nas trocas efetuadas entre os corpos, no contato com o outro, com a cultura; ou seja, transformado pela atividade simbólica, o sujeito emergirá.

O corpo é o primeiro meio, o primeiro instrumento de troca com o mundo (Campos, 2006). É a base que assegura a própria existência, sem ele não viveríamos. Ele é o *envelope protetor*, o espaço limite entre o indivíduo e os outros, entre o indivíduo e o mundo (Anzieu, 2000), mesmo que essa relação não exista *per se*, não se faça pela mera percepção espacial e diferenciação dos espaços, dos limites, por exemplo, dos espaços interno e externo, até porque o bebê só muito depois terá uma percepção mais ou menos integradora de seu corpo. O seu fundamento biológico, a sua origem orgânica, não fornece de antemão as condições necessárias para que o indivíduo se construa como sujeito. Junto com o dado biológico, junto com o fenômeno corporal, observa-se a dependência mútua de uma gama de fenômenos ligados ao corpo, que não se reduzem às atividades físico-químicas, mas, à expressão complexa da atividade psíquica e simbólica humana.

Apontar esses elementos significa dar destaque para o corpo enquanto lugar de troca, de relação, de interação, ou seja, reconhecer a especificidade dos fenômenos psíquicos presentes e integrados à realidade física e à realidade social. Essa perspectiva busca superar a dicotomia entre soma e psique, ou ainda, entre a realidade psíquica e a realidade social. Toda teoria do psiquismo, como aponta Anzieu (2000), deve levar em conta a sua dupla sustentação, tanto no corpo vivo (físico) quanto sobre os grupos sociais (a família, por exemplo).

Contudo, a percepção dos limites do corpo, da imagem corporal, a percepção de fronteiras (fronteira, por exemplo, entre o meu corpo e o do outro), pela criança, passa, necessariamente, pela relação mãe-bebê, ou seja, é adquirida “durante o processo de defusão da criança em relação a sua mãe” (Anzieu, 2000, p.52). Dessa forma, se há um processo de defusão que estaria na base do estabelecimento das fronteiras entre o *Eu* o *Outro*, então, um processo de fusão anterior esteve presente. O que significa dizer que, a partir desse processo, mais anterior cronologicamente, de *identificação* do bebê com a mãe, nessa relação simbiótica estabelecida a criança passa a existir, mesmo que, para ela, seja uma existência em comum. Ou seja, dois corpos em dependência e integrados, apreendidos como um só (Campos, 2006).

2.1. O corpo e o sujeito.

Como Freud (1923/2004) já havia apontado, a instauração no aparelho psíquico de um *Eu* está intimamente relacionada à experiência corporal. Podemos dizer que, através

das sensações e percepções corporais, principalmente as táteis, tanto prazerosas (no aleitamento) quanto desprazerosas (na dor física), todas elas, parecem desempenhar um papel no processo pelo qual o sujeito vai tomando “consciência de seu corpo”; e, no outro extremo dessa “percepção”, “consciência de sua existência”. Segundo Freud, esse *con-tato* com o mundo, com os outros, principalmente, com o *Outro* (mãe), funcionará como o modelo de base para a construção no psiquismo da idéia de um *corpo próprio*. Nesse sentido, o aforismo freudiano não deixa dúvidas: o “ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, 1923/2004, p. 39).

Desde o nascimento, constitucionalmente, o corpo é, antes de tudo, um corpo sexual. Em que “os instintos, que se originam da organização somática e que aqui encontram uma primeira expressão psíquica, sob formas que nos são desconhecidas” (Freud, 1940[1938]/2004, p. 158), exigem, por parte do psiquismo, uma forma de descarga, de alívio dessa excitação, dessa tensão. De certo modo, a própria atividade psíquica constitui-se numa tentativa, do organismo, em dar conta dessa excitação que se origina dentro dele. É por isso que Freud postula que o grande propósito de nossas vidas é a satisfação das *necessidades inatas* (Freud, 1915/2004). Contudo, essas necessidades inatas, assim compreendidas, referem-se à busca pela satisfação das pulsões, e não, somente, às satisfações das necessidades biológicas. Essa força, presente desde o nascimento do bebê, é: “um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.” (p.127, Freud, 1915/2004)

Essas são as forças constituintes do indivíduo que estão por trás da tensão causada no aparelho psíquico. Contudo, a vida sexual, nesse primeiro momento, tem como função a busca de prazer, ou seja, de satisfação das zonas erógenas. Função que só depois será convertida à reprodução, quando assim ocorrer durante o processo de desenvolvimento libidinal. Nos termos freudianos, são as zonas erógenas que impõem *exigências libidinais* ao aparelho psíquico (Freud, 1905/2004). E, de acordo com Freud, é bem possível que essa impulsão, presente desde o nascimento, esteja relacionada à autopreservação; embora, da mesma forma, também esteja voltada para à pura obtenção de prazer, de satisfação; e, por essa mesma razão, deve ser chamada de sexual. (Freud, 1940[1938/2004]).

Assim entendido, os estímulos que emanam do corpo não se devem, exclusivamente, à necessidade vital, da manutenção da vida, do ciclo biológico, como a fome, por exemplo. Mas, se devem, em grande parte, à experiência prazerosa dessas sensações, animadas, sobretudo, no *con-tato* com o *Outro* (Freud, 1914/2004 e 1916-1917[1915-1917]/2004). De certa forma, o psiquismo busca a descarga dessa tensão, busca restabelecer o equilíbrio anterior, como a ausência de tensão, ou mantê-la no menor limiar possível. Se pensarmos que o interesse do bebê pelas coisas, pelo mundo e pelos outros, ainda não existe; a energia sexual que emana do somático, das zonas erógenas, não poderia ter outro destino que não o seu próprio corpo. Ou seja, a satisfação da pulsão nesse primeiro momento, é autoerótica.

É por isso que o contato do bebê com o mundo, antes de tudo, é mediado, produzido, induzido, transformado, pelo *con-tato* com a mãe (Campos, 2006). O que significa dizer que a experiência corporal que é promotora de prazer, de desprazer é, também, promotora de um aprendizado. De certa forma, a realidade vai se impondo

gradualmente ao bebê devido à falta experimentada no *con-tato* com a mãe. De acordo com a autora, através da fala, da linguagem, do *con-tato* com os outros, com o mundo, o bebê vai construindo no psiquismo a idéia de um *corpo próprio*. Trata-se de um processo gradual em que a criança passa a ser alguma coisa a partir da fusão com a mãe, a partir desse processo simbiótico com ela; para, mais tarde, a partir do processo de defusão, depois de instalado a diferença sexual que também marca a diferença entre ele e a mãe, que a criança vai tomando “consciência de sua existência”. É a frustração, a falta, que impõe à criança a diferença.

Como aponta Lacan (1972-73/1985), o significante *nós dois somos um só*, deve ser abandonado, melhor dizendo, recalcado, em benefício do reconhecimento, não sem sofrimento, pela criança, da Lei, pelo reconhecimento do significante *Nome do Pai* (que coloca à criança a questão da diferença sexual, ou seja, a ausência de pênis na mulher-mãe), com tudo aquilo que esse significante comporta como efeito de produção do sujeito. Ou seja, uma nova marcha se põe em operação, sobretudo, devido à passagem do *Princípio de Prazer* para o *Princípio de Prazer-Desprazer* que, imediatamente, através da frustração, do reconhecimento da falta, levará ao estabelecimento do *Princípio da Realidade* (Freud, 1911/2004). Nesse ponto, um esboço de diferenciação já se põe em operação, um esboço do *Eu* já se inicia.

Nesse momento, com o início do processo de defusão, começa-se a estabelecer no psiquismo do bebê a idéia de *si-próprio*. A criança passa a se tomar como objeto distinto da mãe, ou seja, a investir no seu próprio *Eu* (Freud, 1914/2004). É o início do *narcisismo*, etapa fundamental para o desenvolvimento do sujeito. Processo pelo qual o sujeito vai se constituindo via *identificação*, e pelo qual se dá a formação do *Supereu*. Até por 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, 1914/2004, p. 84).

Contudo, como aponta Nasio (1997) o “dado clínico de uma identificação é sempre indireto” (p.100). O fenômeno da *identificação*, mais que responder ao processo de transformação do *Eu* num aspecto do *objeto*, é o próprio *objeto* que cria o *Eu*, ele é a própria causação do sujeito, do *sujeito do inconsciente* (que é esse traço inconsciente que está ausente e que marca a história do sujeito como uma sucessão de significantes que visam responder a questão do desejo, por exemplo, a formação do *Outro* e do *ideal do Eu*). Rigorosamente falando, esse processo não corresponde à introjeção de um traço do objeto, como um traço da mulher-mãe, por exemplo; mas, de um efeito da impulsão sexual sobre o psiquismo, ou seja, da inscrição no psiquismo nascente de um vestígio, qualquer que seja, “elevado à dignidade de coisa”, continuamente recrutado para responder à causa do sujeito, a causa de seu desejo. Antes mesmo de representar alguém, ou alguma coisa qualquer, o *ímpeto do movimento identificatório*, como aponta Nasio, visa responder a um outro *ímpeto*, o do desejo sexual. É um artifício, trata-se de uma construção, que busca dar uma resposta, mesmo que insatisfatória, ao problema do *Desejo Puro*, sem objeto determinável.

O sujeito do inconsciente visa dar conta de uma ausência de representação e, por isso mesmo, ele não é uma representação, mas abre a possibilidade de se atualizar numa

pluralidade infinita de fatos, podendo ser uma palavra, um sonho, um gesto, um sofrimento, qualquer fato que seja “elevado à dignidade de coisa”, que sirva para marcar esse registro que está aí sem que o sujeito se dê conta dele. É a expressão involuntária e inconsciente de um ser falante, marcado pela linguagem.

Para entendermos melhor esse processo, Martins (2002) aponta que é *potência da fala*, da linguagem, que faz com que a criança abdique de uma outra potência, igualmente perturbadora, a *potência sexual*. O *Eu* da criança, inicialmente, é um *Eu* sensorial, ainda não é um *Eu* de mediação. A criança, para se humanizar, deve renunciar à potência sexual; ou, à rigor, dar um outro destino a ela em benefício da palavra. E é porque as palavras têm força, têm efetividade, que a criança aceita adiar a satisfação de seus desejos originários, pela palavra, que nesse sentido, funciona como uma *promessa*: promessa de um ato futuro, de uma felicidade futura. Daí a importância de se estudarem os atos promissivos, pois, como aponta o autor, trata-se de um *ato simbólico pleno*. Ou seja, as palavras produzem coisas, elas produzem e transformam o sujeito. O corpo pulsional se realiza na linguagem. Dito de outro modo, o prazer, a própria renúncia ao prazer, também, se dá pela mediação e pelo compartilhamento com o *Outro*. A promessa que a fala comporta, é a de uma promessa de felicidade futura e, dessa forma, é, também, um compromisso. Um e outro formam a base de sustentação da intersubjetividade.

É por isso que Martins (2005) coloca a formação do aparelho psíquico como efeito da discordância do sujeito consigo mesmo. O que significa isso? Que a formação do *Eu* é, ao mesmo tempo, o que abre para a possibilidade de constituição do ser e o que participa da sua mutilação. O ser humano só se torna humano pela mediação com outrem, ao mesmo tempo em que se encontra profundamente marcado pelo conflito entre as exigências

pulsionais e a cultura. O *Eu* tanto está implicado com a atividade inconsciente, como, ele próprio, constitui-se como o maior obstáculo à sua expressão. Ou seja, o próprio sujeito é o causador de seu sofrimento. Nas palavras do autor, o ser humano é um animal não determinado. A sua condição de humanização se dá, inevitavelmente, pelo conflito. O vir-a-ser humano é um fenômeno ligado à vida, à mente e à linguagem. Esse fato tem uma importância clínica fundamental, pois o “eu é instância essencialmente alienada, posto que se constitui a partir das relações com outrem, mediado pela linguagem, pelas possibilidades de produção da consciência e permeado pelas pulsões originadas no corpo” (p. 176). Ou seja, a produção do sujeito se dá pelo conflito.

2.1.1. “No início era um único aparelho fonador para dois corpos”.

A constituição no psiquismo de um corpo próprio passa, fundamentalmente, pelo trabalho de formação da cadeia sonora que se constitui como o código de base em torno do qual o sujeito emergirá (Campos, 2006). De acordo com a autora, a experiência corporal do bebê fica, desde o início, formatada, recortada, dimensionada, pela linguagem, pelos códigos, que vem do *Outro* (mãe). A formação do sujeito é condicionada por um sistema que lhe é externa, que vem de fora, que vem de outro lugar que não dele mesmo, e esse fato tem importância clínica. Pois *é esse código do Outro que vai dar forma a toda produção significativa do sujeito*. A própria constituição do sujeito se dá na alienação, assujeitado pelos códigos que vêm do *Outro*:

Quando o bebê nasce existe apenas um único “aparelho fonador” para dois sujeitos. O aparelho fonador da mãe é o “aparelho de influenciar” (...) que vem como “Código do Outro” dar forma (em sua função significante, unificadora e totalizante) à expressão das necessidades do bebê. Deste modo, a língua materna ‘assujeita’ o sujeito, (submete), a fala da mãe opera uma formatação (*mise-en-forme*) das necessidades do bebê, constituindo o protótipo através do qual o significante promove a *mise-en-forme* do desejo. (...) E se o inconsciente é estruturado como linguagem, esta linguagem primária, sonora e corporal, não deixa de existir e participar na formação da fala, mesmo depois que o sujeito aprende o uso da língua, do código lingüístico instituído. (Campos, 2006).

O que isso significa isso? Que toda a produção significante do sujeito é, antes de tudo, uma *re-criação*. Rigorosamente falando, não se trata da “sua produção”, mas dos *efeitos da fala de um Outro (mãe) que lhe constitui enquanto sujeito*. O mito da referência absoluta, de uma vez por todas, cai por terra. A referência que o sujeito tem, mesmo que ele não saiba disso – o que na verdade ele não sabe, pois não se trata de um fato consciente, da produção de sentidos baseado na aquisição da língua enquanto código instituído; mas, e acima de tudo, dos efeitos da distorção, do esquecimento, da alienação do sujeito frente ao desejo do *Outro*.

Contudo, como aponta Anzieu (2000), um registro anterior, uma inscrição psíquica ainda mais precoce, está presente no processo de formação do *Eu*, no processo de formação do psiquismo. Primeiramente, devemos dizer que é esse registro, mais anterior cronologicamente ao processo de diferenciação, que está na base do processo de

desenvolvimento e aquisição pelo sujeito, de sua integridade e da instalação no psiquismo da noção do *Eu* e do *não-Eu* (ou seja, do diferente). Porém, não se trata do mesmo procedimento, a noção de *eu-pele* se situaria na fronteira entre a organização fusional primitiva e a elaboração e diferenciação das instâncias psíquicas (que estão ligadas cronologicamente ao processo de desfusão entre mãe e bebê).

O *eu-pele*, funciona como um tipo de organização de base, como um registro universal, já pré-programado no psiquismo nascente. Se levarmos em consideração que o psiquismo se constitui como um sistema de subsistemas, visão, que estaria de acordo com a proposta freudiana, ou seja, que o psiquismo se estrutura em registros que vão se sobrepondo uns aos outros como camadas; e, também, da existência de diferentes princípios de funcionamento atuando dentro do aparelho psíquico, como o *Princípio do Prazer*, o *Princípio do Prazer-Desprazer*, o *Princípio de Inércia*, o *Princípio de Constância*, o *Princípio de Nirvana*, entre outros (Freud, 1911/2004). Nesse estágio do desenvolvimento do bebê, um *princípio de diferenciação interna*, já pré-existente, se poria em operação. Seria um *princípio de contenção* que estaria na base do funcionamento psíquico. Esse registro arcaico, pré-formado, constituinte, apressa-se, nas trocas com o *Outro*, em formar um esboço de unidade mais ou menos coerente que estaria ainda muito ligado às *qualidades sensíveis* que emanam do corpo pulsional do bebê.

Dessa forma, como aponta o autor, o *Eu-pele* não é um, mas alguns. São continentes psíquicos organizados que, a partir das qualidades sensíveis que emanam do corpo, vão se constituindo como “envelopes psíquicos”, que vibram em ressonância à interação, ao toque, ao pegar, ao escutar, propiciado pela mãe. Contudo, essa capacidade constitutiva se desenvolve em relação permanente e paralelamente pela introjeção do

universo materno. Tais sensações experimentadas nessa relação, principalmente as sinestésicas, como as sensações sonoras, associadas às outras sensações corporais, dão ao bebê à experiência de volume, de continente, de que algo se enche e esvazia. Contudo, mesmo que a experiência subscreva a presença de um registro de base, o desenvolvimento do sujeito está profundamente determinado pela linguagem, pela fala.

2.2. A abordagem psicossomática.

Freud (1895/2004), já em seus “Estudos sobre a histeria”, aponta descobertas clínicas importantes para o entendimento dos processos mentais em sua ligação com o corpo. Além da evidência da existência de uma parte do psiquismo que não se encontra manifesta, consciente, observando-se uma série de obstáculos ao restabelecimento da saúde do paciente (como a amnésia, a resistência, a transferência e assim por diante).

Nesse sentido, a pulsão, proveniente das zonas erógenas, opera uma tensão constante no psiquismo (Freud, 1915/2004). E é este *quantum* de energia que, ao mesmo tempo, nos propicia a existência, impele, por parte do psiquismo uma resposta a afim de aliviar essa tensão. O psiquismo opera então um re-direcionamento da pulsão, dando-lhe um outro destino. Como acontece nos investimentos em objetos, ou nas mais diversas vicissitudes e expressões sintomatológicas. Dito isso, Schiller (2003) coloca que as palavras, os sonhos, as imagens, são fatos importantes a serem considerados no campo psicossomático. A linguagem, o universo simbólico, são determinantes nas mudanças ocorridas em nosso organismo, inclusive em nossa apreensão do corpo próprio. O homem

não é só formado por instintos, pela herança genética, mas pelos desejos, pela herança histórica. Assim, ele acrescenta que “não há lesão orgânica sem uma causalidade ancorada na história do sujeito” (p. 30). Dessa forma, a psicossomática busca resgatar essa dimensão mais ampla do sofrimento humano, que antes de se referir à idéia de doença, refere-se ao corpo somato-psíquico que está na base da constituição do sujeito.

Baseado nesta perspectiva, Volich (2000 e 2003) aponta para a complexidade das dinâmicas intrapsíquicas que operam dentro do aparelho mental. Segundo o autor, o sonho é a noção chave para a compreensão dessa economia intrapsíquica. Ou seja, o sistema pré-consciente funciona como um ‘reservatório de representações’, que mesmo sendo possíveis de se tornarem conscientes, por meio do deslocamento e da condensação, ainda conservam uma ligação estreita com as “fontes somáticas, pulsionais e instintivas inconscientes” (2000, p. 65). Dessa forma, a possibilidade de acesso à consciência é dependente da quantidade de afeto ligado a essa representação.

Com isso, segundo o autor, podemos dizer que essa dificuldade de elaborar o sofrimento psíquico, em grande parte, depende da quantidade de afeto ligada à representação. A linguagem ganha um papel preponderante nessa dinâmica, pois ela é a responsável por essa mediação. É através da atividade simbólica que se chega ao equilíbrio da dinâmica psicossomática, pode-se dizer que:

a dimensão fantástica-fantasmática da linguagem, originada no corpo e a ele referente, permeia todas as trocas com nossos semelhantes, é parte integrante do discurso cultural, cotidiano e mesmo científico a respeito do corpo da saúde e da

doença. Ela é, portanto, uma dimensão primordial a ser considerada pelo terapeuta, para a compreensão do sofrimento de seu paciente. (Volich, 2000, p. 130).

Dessa forma, de acordo com os autores (Dejours, 1998; Neves, 1998; Vieira, 1998 e Volich, 1998), a teoria psicossomática funda-se na idéia segundo a qual todo distúrbio psicossomático é fruto de uma pane, de um curto-circuito do funcionamento psíquico, seja ao modo de um *pensamento operatório*, seja à moda de uma *depressão essencial*. Ou seja, são formas de sobrevivência engendradas pelo psiquismo, durante o transcorrer inevitavelmente traumático do desenvolvimento humano, e que funcionam como um fator preditivo para as chamadas descompensações psicossomáticas. Essa pane no psiquismo que o impediria de elaborar seus conflitos poderia se expressar na forma de uma completa indisposição à elaboração, à simbolização, mantendo-se sob um funcionamento ligado ao plano concreto, sem mediação representativa. Sua atividade psíquica mantém-se num limiar mínimo somente para manutenção da descarga, o sujeito é puro automatismo, de onde se falará de *pensamento operatório*.

Assim, de acordo com a teoria psicossomática, o aparelho psíquico poderia ainda apresentar uma perda da capacidade associativa, de síntese, de evolução do psiquismo, que vai se desaparecendo, esvaindo-se, a ponto de chegar no limite necessário para manter em operação as funções vitais, de onde vão se falar de *depressão essencial*. Dentro dessa economia psíquica, o indivíduo vive (se é que podemos falar em viver, se viver significa investir, amar, gozar) quase uma total ausência de investimentos. É uma verdadeira automação da vida, tornando-se sem afetos, sem graça, pálida e fria. Podemos observar em alguns casos o uso de procedimento calmantes e atenuantes com o intuito de minimizar

suas fragilidades, sua incapacidade representativa e elaborativa. Contudo, tal procedimento é um sinal de bom prognóstico; pois, mesmo que precariamente, o indivíduo sai da automação. Na maioria das vezes, esses procedimentos calmantes estão ligados à sensório-motricidade, como a ginástica, o andar compulsivamente, o comer, atividades ligadas ao ritmo motor do corpo. Isso não significa um equilíbrio, principalmente do ponto de vista psíquico, pois lançar mão desses recursos ininterruptamente pode significar uma mortificação quase completa da atividade sublimatória, da simbolização.

Sobre esses aspectos psíquicos, Bruno (2003) aponta que o sintoma psicossomático funciona como um “mecanismo de sobrevivência”. Estes são recursos primitivos onde o funcionamento psíquico evitaria a todo custo o desprazer, regredindo a estágios anteriores do desenvolvimento. Isto favorece o aparecimento de formas rígidas de comportamento como os atos compulsivos. Assim, o alimento, como objeto substituto, pode ser ingerido como símbolo concreto e controlado do Objeto (objeto esse amado, odiado e perdido). Estas são verdadeiras formas de sobrevivência, é uma espécie de acomodação possível diante da violência do conflito cotidiano.

Fazendo uma exposição sobre os quadros psicossomáticos, Martins (2003) critica essa visão causalista, onde ora as dificuldades psíquicas levariam à somatização, ora um distúrbio físico levaria ao sofrimento psíquico. O autor aponta como estes signos clínicos são dinâmicos e transitórios, ou seja, marcados pela equivocidade. Assim, na atividade semiológica do clínico “uma ampla gama de signos estarão presentes como forma de sofrimento importante em cada paciente e que são altamente equívocos e muitas vezes reconhecidos somente como secundários” (p. 276). São justamente os signos psíquicos que

muitas vezes definirão a semiologia e a terapêutica utilizada, mesmo que ainda, eles não contemplem a característica objetiva das ciências naturais.

Para o autor, insistir na divisão entre mente e corpo em função de se pretender estabelecer uma hegemonia de certa disciplina da qual faz parte só aumenta a incompreensão do que já é bem complexo. Em psicossomática os seus determinantes não se prestam a tal divisão. Podemos dizer mesmo que a quantidade de signos clínicos expressos numa síndrome psicossomática nos coloca numa posição onde temos que considerar a complexidade da existência humana. A semiologia deve levar em conta “o meio ambiente, a história, os signos que a enviam a uma subjetividade obscurecida pela urgência do caso.” (Martins, 2003, p. 279). Dessa forma, a noção da qual compartilhamos é aquela em que a doença é vista como um processo de uma dinâmica integrada. Assim, temos que contemplar os modos de ser e de reagir do sujeito que se queixa de sua enfermidade, como no caso da obesidade.

A dimensão do sofrimento humano é muito complexa. Deve-se reconhecer o seu caráter conflituoso e expressivo. Vale dizer que, nesse caso, ao falarmos de obesidade, não se trata de uma somatização, de um distúrbio psicossomático. Antes mesmo de buscar uma causalidade física ou psíquica é necessário compreender toda a dimensão do *pathos* humano. Ou seja, não significa pensar somente em doença, mas em uma complexa e singular disposição do sujeito de vir-a-ser-humano (Martins, 1999).

O corpo físico, em sua relação com o meio e com os outros vai passando por um refinamento que, em sua estreita ligação e dependência ao aparelho psíquico, se distancia cada vez mais da natureza, das respostas automáticas e determinadas biologicamente, para uma complexa estrutura de regulação das excitações pulsionais, libidinais, agressivas que

o acometem o tempo todo. Ou seja, a dimensão do sofrimento corporal está arraigada na dimensão de um “corpo de vivência, um corpo para o usufruto, um corpo que faz circular a pulsão, um corpo investido, erotizado, permeado pela psique, célula à célula, que existe para gozar.” (Souza, 1998, p. 144). Ou seja, deve-se reconhecer a existência “da fantasia individual consciente, pré-consciente e inconsciente e seu papel de ligação e de tela intermediária entre a psique e o corpo, o mundo, as outras psiques.” (Anzieu, 2000, p. 18).

Nesse sentido, criticando a idéia de “regularidades” da teoria psicossomática, Dejours (1998) aponta que não existe previsibilidade em psicanálise. Todo acontecimento psicossomático, se assim o quiserem chamar, segundo o autor, *deve ser reabilitado no contexto em que emerge* (grifos nossos), ou seja, no espaço transfero-contratransferencial. Nisso, seu ponto de vista já diverge muito da teoria psicossomática. E, o mais importante, que todo sintoma (e o autor não acredita em somatização) *é endereçado à alguém*. O que significa isso? Que todo movimento psíquico, como na formação do sintoma, do ato falho, do sonho, e assim por diante, não pode ser analisado tomando o sujeito isoladamente, mas deve-se levar em conta o outro, a sua relação com o *Outro*, que funciona como pretexto, como a oportunidade capaz de revelar ao sujeito o que já se encontrava nele. Ou seja, é afirmar o primado da intersubjetividade como condição *sine qua non* para a “crise somática”. Como aponta o autor, *nós adoecemos para alguém*. Dessa forma o sintoma psicossomático teria um sentido, dito melhor, funcionaria como um significante animado pela relação intersubjetiva com o Outro.

Nesse ponto, é importante resgatar dentro dos estudos clínicos da obesidade a dimensão subjetiva implicada na constituição do sofrimento humano. Portanto, os “achados clínicos” se dão através da fala ou dos substitutivos semióticos desta fala, através

de um discurso pronunciado por um sujeito pático (do *pathos* grego). Vale lembrar que é a linguagem, a fala, ou seja, a capacidade de representar, que concerne ao homem seus atributos de ser humano. E é por isso mesmo que o homem faz “sintoma”, expressando suas mais variadas formas de disposições afetivas, seus mais diversos modos de *vir-a-ser-humano*. Nesse sentido, para a compreensão da obesidade fica evidente que a sobreposição dos fatores somáticos em detrimento dos psíquicos ou vice-versa é um equívoco. Estudos apontam para uma dimensão muito mais ampla e complexa desse fenômeno (Bruno, 2003; Campos & Campos, 2004; Gusmão, 2002; Loli, 2000 e Melo, 2001). Ou seja, é premente resgatar dentro dos estudos da obesidade essa dimensão subjetiva despertada por um evento somático. Não se trata de desvalorizarmos os signos dos exames físicos, mas de constatar que muitos outros signos estão presentes no fenômeno da obesidade, e é por isso que a dimensão *páthica*, da produção subjetiva do sujeito, deve ser levada em conta.

2.3. O "Romance com a Doença".

Inevitavelmente, em qualquer lugar, em todas as épocas, os seres humanos buscam uma resposta, um sentido para sua doença. Como bem disse Del Volgo (1998), buscam “um signo do discurso do Outro em si – o inconsciente” (p.33), mesmo que não saibam disso, o que não verdade, não sabem. A doença coloca à pessoa uma questão singular, bem particular, que vem como uma mensagem a ser decifrada, como uma pergunta dirigida pelo destino, ou seja, a construção de seu mito individual.

Se retirarmos a subjetividade, melhor dizendo, a intersubjetividade, se negligenciarmos o drama imaginário presente, se não reconhecermos o determinismo simbólico, bem como a finalidade ética da doença, ela perderá todo o sentido (Del Volgo, 1998). O clínico, nesse caso, não passará de um “leitor de sintomas”, como aponta a autora. Ou seja, é pela via do imaginário, lançando mão dos mitos individuais e coletivos que o sujeito busca uma explicação para seu sofrimento. A doença, ou que se trata de uma manifestação corporal, como no caso da obesidade, vem servir a uma causa mais nobre, como aponta Gori (1985), “servir à causa de uma fala que não se pode dizer de outro modo”, que não esse (citado por Del Volgo, 1998, p. 35). É por isso que a doença tem valor de significante.

O que significa dizer que a doença tem valor de significante? Que não se trata de uma ilusão causalista, como bem nos adverte Gori (1998a), em que as ciências duras se agarram com tanto empenho para a explicação do adoecer; mas, que se trata da escuta do paciente que fala da sua doença e que se abre para a possibilidade de uma construção criadora. O valor dessa construção não está em sua verdade factual, na sua condição de acontecimento real, essa questão nem se coloca. Nas palavras de Del Volgo, o *romance do doente com a doença* tem valor de significante, serve de ponte, de “restos diurnos”, que se acham ali prontos à oferecer a oportunidade esperada de manifestação do inconsciente. Ou seja, para “adivir um verdadeiro que não se confunde com o exato” (1998, p. 42).

Ocorre que a realidade psíquica não se constitui como um realidade histórica, e isso tem importância. Cada sujeito, a sua maneira, construirá um mito individual sobre si. Esse fato parte da própria experiência originária de aquisição da linguagem, o que seria partir da própria gênese do sujeito (Gori, 1998a e Campos, 2006). Todas as construções e criações

produzidas pelo sujeito, só assim o são, como reminiscências desse tempo mítico, postula Gori. Esse mito individual tem um valor simbólico. Contudo, ele se expressa num outro nível, para usar uma expressão de Lévi-Strauss (1958, citado por Del Volgo, 1998), “descolando-se do fundamento linguístico sobre o qual começou a rolar” (p. 44). É por isso, que dentro de um dispositivo de escuta, o sujeito através da fala pode produzir o seu mito, pode re-criá-lo na intersubjetividade.

Ou seja, os traços mnésicos inconscientes, juntamente com o corpo sexual infantil, espreitam esse momento oportuno (por exemplo, as sensações de dor crônica, a experiência sensorial e emocional), para dizer aquilo da história do sujeito que ficou esquecido sem que ele nada soubesse. A fala, que é direcionada para alguém, para o clínico, por exemplo, na transferência, vem em suplência à manifestação do recalado. Ela tem valor subjetivante, porque, como aponta Del Volgo (1998) ela permite ao sujeito re-criar sua história com toda a carga do imaginário que se faz seguir. Pois junto com ela o sintoma se fará acompanhar; contudo, não se trata do que a medicina, e até a psicologia, tomam por sintoma; mas, o sintoma enquanto uma formação de compromisso, uma formação inconsciente.

Dentro dessa perspectiva, como aponta Gori (1998b), a fala tem a aptidão de se “fundir” aos “pensamentos noturnos do infantil”. Justamente porque, o objeto encontrado, e deve-se dizer, encontrado ao acaso, e que se presta como oportuno, e que pode ser tanto a pessoa do clínico, ou uma palavra, um som, uma voz, mas, que seja escolhido como o “catalizador eletivo” capaz de fazer emergir pela transferência os desejos recalados. A noção mesmo de *Pensamentos de Transferência* encontra aqui toda sua pertinência. Pois não é que, segundo Gori (1998a), pela complacência da língua, da fala, dentro do espaço

intersubjetivo da análise, dentro dessa dinâmica intersubjetiva, será possível atualizar os precipitados do pré-consciente que servirão como ponte de expressão aos desejos inconscientes.

Portanto, não se trata da análise de pensamentos, ou das palavras, como um *leitor de pensamentos*, ou, ainda, um *leitor de sintomas* – como nos adverte Gori (1998a e 1998b) – mas, a análise é do infantil que se atualiza no material dado à escuta. Ou seja, o material da análise são “os efeitos do discurso desses pacientes sobre a escuta do analista” (p. 62). A fala do analista não é isenta à fala do paciente. Um e outro estão seduzidos e comprometidos com a fala. Dessa forma, o grande objetivo da análise, como aponta Gori (1998a), é realizar a “travessia dessa perda, a destituição deste Outro como o ser da causa, para admitir plenamente o que devemos às palavras que fabricam nossos sonhos, mitos e movimentos” (p. 70), e conclui com uma citação de René Char: “as palavras que vão surgir sabem sobre nós o que nós delas ignoramos”. (citado por Gori, 1998a, p. 70).

CAPÍTULO 3

A CONTEMPORANEIDADE

3.1. Estruturas sociais e a expressão da subjetividade.

A *leitura do social* constitui-se um importante passo à compreensão da subjetividade humana. Sobretudo, à constatação que as estruturas sociais funcionam como um regulador, um mediador das possibilidades de manifestação da subjetividade. Ou seja, a cultura, em larga medida, dá os contornos, os limites à construção do ser humano, do próprio *sujeito*. Contudo, não se trata de colocar a cultura, as estruturas sociais, como as únicas determinantes da produção da subjetividade, mas, como aponta Martins (2005), “é no seio da sociedade que as possibilidades de felicidade e de sofrimento se concretizam” (p. 173).

Nesse sentido, acompanhando Birman (2000), a leitura das manifestações das subjetividades na atualidade deve se amparar em uma posição que não é exaustiva, mas que se torna autêntica e legítima ao reconhecer a determinação do desejo, do irracional, das manifestações involuntárias na produção da subjetividade humana. Ou seja, não se trata de apontar, ou de analisar, as manifestações *per se*; mas, que se profile o *sujeito*, e a atividade psíquica inconsciente, na determinação das manifestações da subjetividade.

Pode-se dizer, de acordo com Enriquez (1991), que a cultura acentua, privilegia certos modos de funcionamento psíquico que se lhe adequam. Dentro de uma visão psicodinâmica, ela cria um espaço favorável às manifestações estereotipadas do desejo que cada sujeito engendra em seu desenvolvimento libidinal que lhe é próprio, que lhe é único.

De forma mais clara, ela é o pano de fundo, o substrato dos significados/significantes a partir do qual cada sujeito, a sua maneira, construirá sua subjetividade. Dessa forma, a cultura fornece os elementos de base que legitimam certos modos de expressão do sujeito. Contudo, deve-se dizer que o sujeito não se constitui só pela presença da cultura; mas, também, pela presença e manifestação do bios, das exigências pulsionais, e da atividade representativa humana.

3.1.1. A cultura na produção do sofrimento humano.

É inegável dentro do conhecimento científico o reconhecimento que o social, que o mundo comunal, de certa forma, fornece uma grande autonomia e, conseqüentemente, bem-estar aos seres humano. Contudo, esse mesmo desenvolvimento civilizatório constitui-se num poderoso impedimento à satisfação das necessidades e desejos. Dessa forma, a própria cultura é promotora de mal-estar, de sofrimento.

Apesar de reconhecer os importantes avanços alcançados pela civilização, pela cultura, Freud (1930 [1929]/2004) coloca em dúvida a capacidade dessa mesma em satisfazer os desejos, de trazer felicidade. De acordo com Freud, a própria condição de formação do psiquismo é o conflito. Ele se dá em meio à luta, à divergência entre forças, de maneira resumida, entre as demandas do *sujeito* e da *sociedade*. Ou seja, podemos dizer que a atividade psíquica é fruto de uma exigência imposta ao organismo, seja pelas reivindicações internas (da vida instintiva), seja pelas reivindicações externas (da

realidade), forçando-o a encontrar um caminho possível frente a essas duas demandas. Numa expressão: o conflito é tributário da formação do psiquismo.

Assim, todos os seres humanos estão inevitavelmente condenados a renunciar à vontade individual em favor das exigências da vida comunal. Trocar o prazer individual em benefício da civilização. No melhor dos casos, adiar-lo, inibi-lo, buscar um prazer substituto e ajustado à vontade social. Essa, de acordo com Freud (1930[1929/2004]), consiste na “tarefa econômica de nossas vidas”, ou seja, encontrar uma satisfação possível entre o desejo individual e os imperativos que a civilização coloca à satisfação habitual das disposições instintivas dos seres humanos.

Em termos gerais, o *Princípio de Prazer* inaugura o programa o qual todos os seres humanos estão inegavelmente engajados, ou seja, a busca pela satisfação (Freud, 1911/2004). Contudo, se o processo de desenvolvimento psíquico está estreitamente ligado ao desenvolvimento cultural, e se a felicidade é o “propósito da vida”, podemos dizer que mais uma vez o psiquismo se encontra em meio a um conflito. Conflito entre as suas disposições instintivas e a dureza da realidade que impõem ao psiquismo severas renúncias à satisfação dos desejos. Dito de outra forma, a única saída para o sujeito é trocar o *Princípio de Prazer* pelo modesto *Princípio de Realidade*. O programa inicial de busca de satisfação de preferência repentina, grosseira e rápida, desde o início, fica relegado a um segundo plano; pois se se mantivesse essa modalidade de satisfação, rapidamente ela se converteria em sofrimento, desprazer, acarretando um perigo ao *Eu*. O que, na verdade, acontece; e, por isso mesmo, por amor ao *Eu*, o sujeito renuncia aos itinerários do *Princípio de Prazer*, buscando uma formação substituta que respeite as exigências da realidade (Freud, 1914/2004). Daí a importância do narcisismo na formação do sujeito:

a moção pulsional, tendo sempre por objetivo a satisfação, só pode se chocar com outras reivindicações, com as exigências defensivas do ego, o conflito tornando-se, então, a condição do recalque. O representante psíquico da pulsão, recalcado, afastado e mantido à distância do consciente, persiste no inconsciente. Ele irá, entretanto, aceder à consciência como um 'produto do recalcado', o sintoma. Os mais antigos desejos agem através de suas ramificações, os sintomas, para os quais é transferida a energia de investimento. (Del Volgo, 1998, p. 74).

Portanto, a cultura é, ao mesmo tempo, uma importante aquisição humana em seu processo de evolução e, também, a mais severa restrição à satisfação de seus desejos. É por isso que a cultura, de acordo com Freud, é tributária do sofrimento das subjetividades.

3.2. Conseqüências da Pós-modernidade.

As fronteiras entre os espaços público e privado nunca foi algo estático e, ainda, como aponta Ariès e Duby (1992), não se trata de uma realidade natural. Dentro do desenvolvimento social, histórico e econômico da civilização, observamos um processo dinâmico e complexo de regulações, prescrições, ordenações, ou seja, a presença de recortes variados da separação entre o público e o privado dentro de sociedades determinadas. Isso, sem levarmos em conta, organizações muito regionalizadas que não seguiriam as tendências universalizantes da contemporaneidade e funcionariam dentro de uma prescrição que, em certa medida, até contraria o movimento atual.

Isso quer dizer que apesar da presença de certas regularidades que marcariam a lógica da vida pós-moderna, com estilo, formas de organização, costumes de vida e influências mais ou menos mundiais, observamos a presença de formas marginais e residuais de organização que não estariam funcionando dentro das prescrições ditas pós-modernas. Contudo, fica difícil estabelecer um parâmetro, uma distinção mais clara, de até onde essas formas marginais de organização estariam ligadas com um tipo de ordem mais tradicional. Ou, se seriam a expressão da própria descontinuidade e fragmentação do discurso na pós-modernidade, da perda da *grande narrative* (Ariès e Duby, 1992) em favor de várias narrativas heterogêneas, das várias reivindicações que marcam a pós-modernidade.

É por isso que não se tem um consenso claro sobre essas transformações e observamos uma variedade enorme de termos para designar esse momento de transição. Falar de um momento de transição, contudo, já aponta para a mudança, para a emergência do novo e do encerramento do anterior, já se transformando no antigo, ou seja, de uma ruptura com o tradicional. Como aponta Giddens (1991), a pós-modernidade “deixa suas características principais guardadas em segurança numa caixa preta” (p. 11). O que o autor quer dizer com isso? Que apesar da presença, não sem incômodo, de transformações que nos colocam a questão de estarmos vivendo ou não uma “nova era”, que as respostas para esse estado de coisas ainda não se constitui como conhecimento claro à ciência, sobretudo, à sociologia que se esforça para dar a esses processos uma explicação coerente.

Talvez seja essa mesma a questão que devemos nos colocar. Estamos vivendo um momento de transição, em que se coloca em operação a emergência de um *novo tipo de sistema social*? De onde alguns autores, como Bauman (1998), vão falar de pós-

modernidade, numa visão mais de acordo com a idéia de ruptura, ou seja, de uma nova organização social em operação. Ou, que o atual estado de coisas mantém um elo com as organizações precedentes, numa visão mais cautelosa, em que as mudanças operadas na cultura e na civilização atual são, na verdade, a continuidade de um movimento mais antigo, conservando uma interconexão com processos que viriam se arrastando desde muito tempo, ou seja, seria uma narrativa evolucionária?

Para Giddens (1991) a pós-modernidade é marcada pela descontinuidade, e o ritmo de mudança que ela impõe é extremo. A tecnologia seria o maior exemplo dessa aceleração dos processos de mudança. Não é a toa que a necessidade de se reciclar, de se atualizar, são imperativos da vida pós-moderna. Os objetos tornam-se descartáveis e passageiros, o novo, o atual, rapidamente se converte em atrasado, em obsoleto, e, portanto, desprezível. Alido à aceleração desses processos, que ganham um ritmo vertigoso, vemos que o escopo da mudança ganhou uma outra dimensão. A mundialização da economia e das trocas, a interconexão global, as transformações sociais ganham em amplitude nunca antes visto, como se recobrisse toda a superfície terrestre.

De acordo com Giddens (1991), esses fatores se articulam e parecem dar as condições necessárias para a emergência do ineditismo nas instituições pós-modernas. Ou seja, a presença de formas sociais sem qualquer conexão com períodos precedentes. A natureza intrínseca das instituições pós-modernas são ordenadas segundo princípios totalmente diferentes dos princípios que ordenavam os períodos anteriores. O debate é interessante, podemos dizer que as questões continuam abertas e que estamos longe de chegar a um consenso sobre a questão. Contudo, alguns pontos nos parecem importantes a

serem abordados, sobretudo, em sua relação com as mudanças operadas na expressão das subjetividades.

3.3. As transformações da intimidade.

A pós-modernidade operou uma verdadeira transformação da intimidade, como aponta Giddens (1991). Isso se deve em grande parte à confiança depositada nos *sistemas abstratos*. Ou seja, cada vez mais as pessoas organizam sua vida cotidiana em relação aos *sistemas peritos* (ao discurso perito dos profissionais, da ciência, da impessoalidade). Segundo o autor, se o futuro vem como uma possibilidade sempre aberta na pós-modernidade, o que confere tal perspectiva é a confiança depositada pelos *atores leigos* aos *sistemas peritos* que, cada vez mais, regulam as nossas práticas sociais. A confiança no outro não se dá mais pelas relações de amizade ou de intimidade, pelo menos não da mesma forma que anteriormente; mas, são reguladas pela deliberação e profissionalismo dos peritos, na confiança em seus conhecimentos e habilidades aos quais o indivíduo leigo não tem acesso. Nas palavras do autor, é a confiança na funcionalidade do sistema, devendo o indivíduo “agir-como-de-costume”.

A pós-modernidade, segundo Giddens (1991), instaura um ambiente em que o impacto da tradição e da religião são minimizados, valorizando o “conhecimento reflexivamente organizado, governado pela observação empírica e pelo pensamento lógico, e focado sobre tecnologia material e códigos aplicados socialmente” (p. 111). Contudo, mesmo que os *sistemas abstratos*, que se baseiam em princípios impessoais

(lógica, estatística, razão etc), e que a confiança no conhecimento perito, criem as condições necessárias para uma verdadeira ampliação das áreas de ação, com uma segurança e previsibilidade nunca antes imaginadas, tal sistema não conseguiu, talvez até piorou, a confiança e o estado de conforto mais gratificante, que é a confiança nas pessoas.

Isso se deve porque a confiança psíquica está, em grande parte, ligada às questões emocionais e estas, via de regra, são inconscientes, e não se baseiam na regularidade dos acontecimentos, das coisas e eventos, agora possibilitados pela pós-modernidade (Giddens, 1991). Ou seja, ela se dá a partir das relações íntimas e na mutualidade das trocas interpessoais, principalmente nas relações precoces com os pais, ou as pessoas que exerçam essa função. Como aponta autor, a “confiança em sistemas abstratos contribui para a confiabilidade e segurança cotidiana, mas por sua própria natureza ela não pode fornecer nem a mutualidade nem a intimidade que as relações de confiança pessoal oferecem” (p. 117).

Esses fatores, brevemente apontados, já evidenciam grandes mudanças na intimidade. Não é que a vida privada, que era em grande parte controlada e vivida dentro da família, agora deixa de ter uma regulação pelos costumes, pela tradição, pela honra, para tornar-se “desinstitucionalizada”, com o predomínio de organizações burocráticas de larga escala e da influência geral da “sociedade das massas”? (Giddens, 1991). E por outro lado, a esfera da vida pública tornou-se “excessivamente institucionalizada”, marcada pelo imperativo impessoal e pela confiança na perícia e nos sistemas abstratos. O que isso vai acarretar? O seu “resultado é que a vida pessoal torna-se atenuada e privada de pontos de referência firmes: há uma volta para dentro, para a subjetividade humana, e o significado e a estabilidade são buscados no eu interior” (p.118).

Essas transformações se devem em grande parte às transformações na família (Ariès e Duby, 1992). Como apontam os autores, a família foi perdendo suas “funções públicas” para se ocupar cada vez mais das “funções privadas”. Contudo, nesse movimento, a família deixa de ser uma “instituição forte”, na verdade, o que se vê é uma verdadeira “desinstitucionalização” da família, em que ela se torna cada vez mais “privada”. A ponto de percebermos que hoje houve uma verdadeira inversão de valores. Anteriormente a família estava acima do indivíduo, devendo ser preservados os costumes, as tradições, e a família se encarregava de diversas funções, até mesmo pela organização do casamento de seus membros. Ou seja, era ela que orientava e determinava o espaço possível para à expressão da vida privada.

Hoje, o que vemos, é que o indivíduo passa à frente da família. A vida privada, pessoal, não precisa mais se desenrolar no seio e interior da família. Cada indivíduo regula sua “vida privada” como bem entender, o “indivíduo é o rei”. Na verdade, a relevância da família é julgada em função das contribuições que ela oferece à realização individual. Caso isso não ocorra, rapidamente o indivíduo vai procurar contatos que lhe são mais “enriquecedores”. Enquanto a vida privada, anteriormente, era incorporada à família, com regulações bem marcadas, como a necessidade do “casal”, da presença dos filhos etc, com a inversão dos valores, abriu-se espaço para o surgimento da “família informal”.

A instauração da chamada família informal, como apresentado por Ariès e Duby (1992), pode ser marcada por alguns pontos importantes como da passagem do casamento como contrato ao casamento por amor. A família não decide mais sobre o futuro amoroso dos filhos. Um outro exemplo, é a coabitação juvenil, em que se multiplicam os casais de jovens não casados que temem que o casamento, que a união formal “estrague a relação”.

O que não deixa de ser uma reivindicação de “liberdade” e tentativa de manter o projeto de vida privada, a “individualidade”, preservada; mesmo que seja preservada do objeto de amor. Ou seja, é a afirmação da vida privada de cada indivíduo sobre a vida comum, sobre a instituição matrimonial. Anteriormente, a vida privada ficava em segundo plano em relação à vida familiar, subordinada a ela. Agora o que se vê é a valorização da intimidade e do espaço pessoal. Não é à toa que se torna comum a adesão pela “vida de solteiro”. Alguns lares, o que já não gera estranhamento, serão compostos por uma única pessoa. Nesse ponto, Giddens se pergunta se a atual “busca pela auto-identidade” não seria uma “forma algo patética de narcisismo, ou ela é, ao menos em parte, uma força subversiva quanto às instituições modernas?” (1991, p.125).

3.4. As dificuldades das “*subjetividades sofrentes*” na atualidade.

Se a cultura não é um elemento estático, mas em transformação, em mutação, as manifestações das subjetividades também não o são. Dessa forma, Birman (2000) aponta a presença de uma *nova organização social* regendo a formação das subjetividades na atualidade. Essa nova organização, assim colocada, é marcada pela *agudeza e rapidez* dos acontecimentos, pela *transitoriedade e descontinuidade* dos processos, em que o tempo se expressa pela fragmentação e pela ausência da história; ou seja, um tempo sem tradição, havendo um hiato que marca essa ruptura com o passado deixando este de ser referência. A cultura imprime suas marcas no *sujeito*, ela funciona como uma forma dando os contornos às manifestações do *ser*. Se o que somos, se a nossa existência se desenvolve a

partir de elementos culturais que, atualmente, são marcados pela aceleração dos processos de mudança, pela ruptura com o passado, pela ruptura com o tradicional, pela fragmentação e a descontinuidade, esses mesmos estariam na base da expressão das *subjetividades desajustadas*.

É nesse sentido que Birman (2000) aponta para a presença de uma *nova organização social* em operação. Sem ligação com o passado, com o tradicional, marcando um *novo tempo*, um *novo processo* em andamento. Ou seja, uma *nova organização social* regulando a produção do sofrimento humano. Contudo, rigorosamente falando, não estamos autorizados a falar de um único sistema cultural em operação, mas a presença de vários *sistemas culturais* funcionando ao mesmo tempo fornecendo os elementos de base para a expressão das subjetividades. E, nesse sentido, essas várias tendências, esse conjunto fragmentado de organizações sociais, postos em operação, fomentam esses novos modos de produção do sujeito, esses novos modos de expressão das subjetividades.

Mas o que seria essa nova organização social que estaria na base da produção das subjetividades? De acordo com Birman (2000) o *autocentramento dos sujeitos* consistiria a grande marca da pós-modernidade. Num ponto, ele se apresenta, primeiramente, sob a forma da *estetização da existência*. Esta é caracterizada pela exaltação de *si-mesmo*, pelo uso da exibição como forma de exercer poder e fascínio sobre o outro. Ou seja, é mister fazer-se apresentar, colocar-se em cena (*mise-en-scène*), num imperativo performático extemporâneo. Num outro ponto da discussão, sobre o *autocentramento dos sujeitos*, o autor aponta para a *perda da alteridade como valor*. Esse elemento tem grande importância na expressão das subjetividades na atualidade. O outro, de acordo com esse imperativo, só existe a condição de ser um objeto de predação e gozo, ou seja, ser objeto

de manipulação para a exaltação de *si-mesmo*. A exaltação de *si-mesmo*, o individualismo, o intenso investimento no *Eu*, são as marcas da sociedade atual.

Podemos dizer de forma sucinta que a modernidade promove um intenso investimento narcísico no indivíduo. Também há um investimento generalizado nas manias; sobretudo àquelas que elegem objetos materiais como alvo, a partir disto falaremos incansavelmente em *consumismo*. Acrescenta-se ainda um exagerado grau de competitividade, cujos correlatos, no imaginário social e individual, serão uma “promessa para a perfeição” e uma idealização das relações, dos projetos, dos objetos. Ao mesmo tempo o “ataque à família”, que vemos hoje, ao qual chamaríamos de “ataque ao mundo”, opera, também, por injunções pragmáticas, como pode ser visto nas modificações no mundo do trabalho, indo do desenraizamento (afastamento geográfico dos filhos e pais, às vezes dos casais em razão de “necessidades do trabalho”), à chamada flexibilização das formas de trabalho. Podemos dizer que trabalho e consumo se articulam na modernidade para produzir um efeito que será tomado como o traço característico da vida moderna: a solidão.

Nesse sentido, o sujeito se encontra numa espécie de limbo, com duas opções. Ou ele se legitima na cultura, nessa nova ordem social, caracterizada pelo excesso de exterioridade (esse espaço marcado pela dimensão do *fora-de-si*); ou ele fracassa (o que ocorre não sem freqüência – como podemos ver nas depressões, nas síndromes ansiosas, nas toxicomanias, na obesidade, por exemplo), e não consegue participar dessa *exaltação do eu*. O sujeito fracassado, que não consegue se inserir nesse ritmo maníaco e narcisista da *exaltação de si-mesmo*, se torna marginal, exterior aos valores que orientam a cultura atual (é um sujeito negativizado, marcado pela dimensão do *dentro-de-si*).

Ou seja, percebemos a presença de duas categorias reguladoras da expressão da subjetividade. Ou melhor, de duas possibilidades de expressão do sujeito dentro da ordem moderna. Aquelas que se articulam com as demandas da sociedade atual (como as perversões e as formações narcísicas da personalidade), e àquelas expressões da subjetividade que a rigor não deixam de estar vinculadas aos determinantes da cultura atual; mas, à condição de evidenciar toda uma inadequação de se ajustar a ela, de responder a essa demanda (como é o caso das depressões, das fobias, das toxicomanias, e num outro extremo, das obesidades). Podemos dizer que os projetos dessas subjetividades, de alguma forma, não se coadunam com os imperativos da sociedade atual, aos quais elas não conseguem responder aos imperativos da sociedade atual, sobretudo, numa expressão de Birman (2000): de manter *os polimentos reiterados do Eu*.

De uma forma ou de outra, os sujeitos estão ligados a esses elementos culturais que norteariam a expressão das subjetividades. Seja na expressão de um sujeito socialmente “integrado”, positivado, e investido de todo valor; seja na expressão de um sujeito “excluído”, negativizado, que fracassa e evidencia toda a sua inadequação a essa ordem. Para entendermos esses caminhos engendrados pelos sujeitos na atualidade, em que ora eles se legitimam na ordem social, ora não (e, nesse caso, poderiam subscrever uma certa inadequação dos próprios imperativos da sociedade atual na promoção do bem-estar, pelo menos, em promover minimamente possibilidade de um bem-estar razoável aos sujeitos), é necessário compreendermos os destinos tomados para a expressão do desejo na atualidade, que, por vezes, parecem opostos ao itinerário social estabelecido, como no caso da obesidade. Pois a formação da subjetividade não pode ter um destino finalista, ela não é movida de forma exclusiva pelo social, mas também pela dimensão biopsíquica. Ou seja,

pela presença do campo pulsional, que está na base da (dis)posição fundamental do sujeito, na base da expressão *páthica*. Já que o ser humano, inevitavelmente se encontra jogado aí, aberto à totalidade do mundo e afetado por aquilo que encontra de propício ou não à constituição de um destino possível.

3.5. O corpo na contemporaneidade.

Nesse ponto, o corpo e sua relação com a contemporaneidade parecem ser um elemento importante para compreendermos esses processos. Essa relação pode ser ilustrada pela tendência atual de busca de “saúde e bem-estar”; que, na verdade, parece expressar uma vertente ainda mais centrado no indivíduo, no *Eu*, que é a busca pelo “corpo perfeito”, a intensificação da “valorização da aparência”. Pode-se dizer que nada manifestaria melhor a primazia da vida privada individual do que o moderno culto do corpo (Ariès e Duby, 1992). Isso porque, o desabrochar do corpo, expressão cunhada pelos autores, modifica profundamente a relação do sujeito com os outros e consigo mesmo. Essa operação se deu com a perda do poder e da censura da tradição cristã que marcava o corpo com as insígnias da corrupção, da vida mundana, e com a difusão dos movimentos higienistas e dos movimentos sanitários, passando agora os cuidados com o corpo a ser uma preocupação social, regulada pelo estado, baseado em conhecimentos científicos. Ou seja, houve um verdadeiro resgate do estatuto do corpo, uma reabilitação do corpo.

De repente, os cuidados com o corpo e o vestuário mudam de estatuto. Por exemplo, com a diminuição da rigidez com relação ao vestuário que, gradualmente, foi se

modificando para mostrar, de forma discreta inicialmente, as linhas do corpo e, com isso, a aparência física passa a depender cada vez mais das formas do corpo. A nova ordem era a liberação do corpo, que foi possibilitada pelas mudanças de hábitos, como as mudanças no vestuário, na preocupação com a imagem e no aumento de oportunidades para exibir o corpo (Ariès e Duby, 1992). A importância dada à aparência física levou as pessoas a se preocuparem não só com o aspecto de seu corpo, mas a ter cuidados com a nutrição, com a alimentação, e na ponta dessa idéia, a gordura passou a ser algo depreciativo. Nesse ponto, parece que as mulheres se encontram em uma situação ainda mais embaraçosa. A sua preocupação parece atingir um ponto ainda maior. Pois, agora, não só lhe é legítimo e autêntico a preocupação com a sedução, mas, tornou-se um dever ser atraente. Segundo os autores, a preocupação com a estética, com as formas corporais, constitui-se numa verdadeira obrigação.

Prova disso é a explosão de revistas que dão conselhos sobre moda, beleza e relação. Nesse ponto, o comércio viu uma grande oportunidade. A explosão publicitária que se fez acompanhar, o que não deixa de ser uma expressão da chamada *Sociedade de Consumo*, contribuiu bastante para fomentar esses novos hábitos. O que parece é que os publicitários e comerciantes, ou seja, o imperativo do consumo, reforçaram ainda mais esses novos hábitos com o corpo que já haviam sendo modificados pela difusão das idéias higienistas. Como podemos ver na intensa divulgação de fotos e modelos sugestivos do “belo”, do que deve ser seguido, e com o grande reforço do cinema e principalmente da televisão, sobretudo após a década de 60 (Ariès e Duby, 1992).

Contudo, o desabrochar do corpo se deve às múltiplas e complexas gratificações propiciadas. Por exemplo, os cuidados com a higiene une-se ao prazer, agora, cuidar do

corpo, de sua aparência, não só era legítimo, como também necessário. Não se trata só de uma questão de “gosto”, do desejo pessoal, mas ganha um respaldo das instituições de controle, inclusive da própria ciência. O cuidar do corpo assume uma importância central na esfera da vida privada (Ariès e Duby, 1992). Contudo, tal procedimento revelaria uma realidade ainda mais forte desse impacto nas subjetividades das pessoas. Ou seja, cuidar do corpo, é prepará-lo para ser mostrado, exibido. Sua aparência é seu bem-estar, é sua realização pessoal, o “ ‘sentir-se bem na própria pele’ torna-se um ideal” (p.102).

O corpo, dessa forma, não só é assumido e reabilitado, mas, via de regra, é reivindicado e exposto a todos como o *novo ideal*. Não é que o vestuário deixou de se ocupar, pelo menos em parte, de se fazer respeitar os códigos da idumentária, para se preocupar com a “valorização das formas corporais”, ou seja, em exibir o corpo, realçá-lo, revelá-lo, valorizar suas formas? A exibição do corpo, mesmo do corpo nu (já que o vestuário deixa pouco coberto, e quando utilizado, sua função é senão outra que exibir e valorizar o corpo), deixou de ser algo vulgar, de ser algo indecente, ou ainda, que fosse uma forma de provocação; para tornar-se algo “natural”. Eis o grande mérito desse procedimento. *A naturalização de um ideal*. Nesse ponto, a ciência, sobretudo a medicina, tem um papel importante.

O que percebemos com esse procedimento? Com essas mudanças no estatuto do corpo na contemporaneidade? Que com isso, as formas corporais são cada vez mais sinônimo de felicidade e de bem-estar, bem-estar consigo mesmo diga-se de passagem. Ou seja, a autocontemplação tem um papel muito importante, pois o corpo é a identidade pessoal, é sua própria personalidade. Nesse sentido, se “a norma social dita a aparência

jovem, e a personalidade se confunde a tal ponto com o corpo que ‘continuar a ser o que é’ acaba se confundindo com ‘continuar a ser jovem’ ” (Ariès e Duby, 1992, p. 107).

Se o estatuto do corpo muda, sua importância também. Ou seja, é uma nova maneira de se habitar o próprio corpo. Na expressão de Ariès e Duby, “o corpo se tornou o lugar da identidade pessoal” (1992, p. 105). A expressão do corpo, a expressão das formas corporais, é a expressão de si mesmo. Os sujeitos, agora, habitam plenamente seus corpos, o corpo é a própria pessoa. Nesse sentido, a obesidade não pode ser enxergada como um sintoma. Como um sintoma de uma disfunção genética, ou um sintoma de maus hábitos alimentares, ou do estilo de vida contemporâneo. Mas, constitui-se como um sinal ainda maior, *sinal do mundo interno e privado da própria pessoa que faz do seu corpo um lugar privilegiado para expressão de seu ser*. Daí a dimensão subjetiva implicado no fenômeno da obesidade. Ora, nessa perspectiva, sentir vergonha de seu corpo, das formas de seu corpo, é o mesmo que sentir vergonha de si mesmo. Isso muda muito a visão sobre o incremento da obesidade no planeta e a relação das pessoas com ela, inclusive da ciência.

A questão se tornou ainda mais problemática. A relação da pessoa com seu corpo, ganhou uma importância nunca antes vista. Muito mais que a expressão de uma identidade social, de uma máscara, de um personagem adotado, da expressão de idéias, convicções, modos de vida, como quiser; o corpo agora é a própria pessoa. Não existe vida interna, psíquica, que não suponha o corpo. E de preferência que seja um corpo livre e realizado. Com essa mudança no estatuto do corpo, o corpo ganhou em importância, mas, também tornou-se mais vulnerável, mais ameaçado.

Se, como aponta Ariès e Duby(1992), o corpo é “ameaçado de fora, pela violência, o corpo o é ainda mais de dentro pela idade e pela doença” (p. 106). É preciso exorcisar a

velhice. De acordo com Berlink (2000), os sujeitos se esforçam para dar ao corpo (temporal) as características do inconsciente (atemporal), ou seja, pode se tratar do desencontro da alma, sem idade, com o corpo, em envelhescência. Contudo, passar pelo fenômeno da envelhescência implica, de certa forma, uma re-criação do *Eu*, diante de novas exigências pulsionais e, também, das novas exigências corporais. Agora, parece que o *Eu*, dada as circunstâncias atuais, nem sempre encontra os caminhos possíveis para a elaboração desse processo.

Não é por acaso que a higiene, as dietas, os exercícios físicos, já não são os únicos meios utilizados para o combate à velhice. Como aponta Ariès e Duby (1992), a indústria farmacêutica e cosmética encontrou um verdadeiro “pote de ouro” aqui, por que não dizer a medicina, e a própria psicologia. Os cosméticos, os cremes anti-rugas, as geléias de todos os tipos, as máscaras (que seja de lama), as cirurgias, os tratamentos para a modelagem de comportamento (nesse caso, o nutriócinista, o médico e o psicólogo se aproximariam muito, pois um e outro, funcionariam como “fiscais do peso”), os vários recursos disponíveis para exorcisar a velhice e manter o corpo belo e jovem se coadunam e se constituem como verdadeiras “promessas de felicidade e bem-estar”. Se através dos “elixires da juventude” não foi possível, a cirurgia se oferece para resolver o problema. Assim, “no centro da vida privada atual, cuidar do corpo não é apenas fazer a toalete, tratar dele e defendê-lo contra os assaltos da idade: é também portegê-lo das doenças” (p. 107).

A nossa sociedade se tornou uma sociedade hipocondríaca. Segundo Ariès e Duby (1992), de repente o medo da doença passou a impregnar nossa sociedade. A morte “prematura” se tornou uma contra-regra, passou a chocar, já não é “normal” morrer sem chegar a “idade certa”. Aliado a isso, não só não se deve resignar à doença, como,

também, jamais se resignar à velhice. Como os autores apontam, “ser você” se confunde cada vez mais com “ser jovem”. Se com o avanço tecnológico, sobretudo da biologia aplicada à saúde, propiciou um aumento da expectativa de vida, viver não é mais uma questão de destino favorável, mas uma questão de direito. Com isso, os médicos ganharam muito em prestígio, a medicina alcançou um outro estatuto. Não é por acaso que vemos a explosão das farmácias e a prosperidade dos laboratórios. Esse *furor sanandis*, essa vontade de se curar e de viver, chega a tal ponto, que a medicina se tornou no imaginário coletivo um saber quase infalível, o que no limite não é, ela falha, as pessoas imediatamente vão procurar as terapias não oficiais. Não é à toa que vemos o incremento também das terapias paralelas (como no caso da homeopatia e da acupuntura). E não é por acaso que a biologia foi elevada ao topo da hierarquia científica, posta ao lado da física.

Contudo, apesar de tanta inovação e incremento dos recursos terapêuticos modernos, apesar de tanta técnica que tranquiliza, para se utilizar de uma expressão de Ariès e Duby (1992), porque não se pensou em humanizar os tratamentos, em humanizar o sofrimento? Dar-lhe seu verdadeiro estatuto, para além de uma “virtualidade estatística estabelecida pela configuração dos fatores de morbidez epidemiológica”? (Gori, prefácio do livro “O instante de Dizer”, Del-Volgo, 1998). Se os médicos, mesmo dentro de um hospital, não abrem mão de seu contato privado com o paciente, com o doente, esse proceder se ‘figura’ muito mais como uma ideologia do que uma realidade.

3.6. Obesidade: expressão do sujeito, expressão da subjetividade.

Já havíamos apontado anteriormente que não dá para se falar de obesidade sem relacioná-la ao excesso de peso; contudo, devemos ter a cuidado de apontar que, nem sempre, o ganho de peso está associado de forma exclusiva ao excesso de ingestão alimentar. E os problemas alimentares no planeta, se é que podemos assim chamá-los, como a desnutrição, a fome, o excesso de peso, os transtornos alimentares etc; não são enxergados da mesma forma. A luta contra a desnutrição (e esse é o nome empregado mesmo, luta) é quase um problema moral. Contudo, o problema do excesso de peso é bem diferente.

Não é incomum, mesmo dentro de um contexto de intervenção profissional, uma atitude discriminatória, em alguns casos, até menosprezo. Não é à toa que os obesos são percebidos como aqueles que “comem demais” e que são pessoas “fracas”. Aliado a isso, o próprio obeso sente vergonha de sua condição. Como se fosse vulgar, feio, estar acima do peso. Aliado a essa condição, como aponta Ariès e Duby (1992), já não dá mais para falarmos de vida privada, da interioridade, sem falar do corpo. A expressão do corpo, a expressão das formas corporais, é a própria expressão de si mesmo. Dessa forma, nosso estudo buscou conhecer as subjetividades de pessoas obesas que procuram a cirurgia de redução de estômago. Essa intervenção cirúrgica, que rigorosamente falando, é uma “dieta forçada”, vem como uma promessa de alívio dos “males”.

Esses pontos, brevemente levantados, nos permitem dizer que para o estudo da obesidade, devemos levar em conta as vivências sociais e seu impacto na constituição do sujeito. Apesar da obesidade ser um problema físico, tem significativa participação de

fatores psíquicos e sociais. Melhor dizendo, a obesidade constitui um campo privilegiado em que as dinâmicas histórico-sociais exercem um impacto nas estruturas psíquicas e no próprio corpo dos sujeitos. Podemos dizer, baseado nas asserções de Ariès e Duby (1992), que a modernidade inaugurou uma nova maneira de se habitar o próprio corpo. O corpo é tomado como o lugar da identidade pessoal.

Como havíamos dito anteriormente, a expressão do corpo, a expressão das formas corporais, é a expressão de si mesmo. O seu corpo é a sua própria história, é a sua própria história pulsional atualizada no corpo. Nesse sentido, a obesidade não pode ser enxergada como um sintoma. Ela se constitui como um verdadeiro *senal do mundo interno e privado da própria pessoa que faz do seu corpo um lugar privilegiado para expressão de seu ser*. E podemos apontar ainda, que a modernidade criou os condicionantes necessários para o atual incremento do adoecimento corporal contemporâneo, que parece encontrar na obesidade sua marca indelével.

Nesse sentido, estamos de acordo com Birman (2000) ao dizer que “a modernidade construiu poderosos instrumentos para perverter os corpos e os sujeitos” (p.226). Dito de outra maneira, a pós-modernidade operou uma verdadeira *fetichização* do corpo, como aponta Campos e Campos (2004), já que é no próprio corpo, na excessiva evidência de um corpo excessivamente evidente que o roteiro moderno perfila, fazendo dele um objeto por excelência. Dessa forma, o corpo, na pós-modernidade, é tomado como local de intensa injunção. Segundo os autores, a obesidade pode se tornar um significante que vem responder às diferentes estruturas clínicas, como uma forma “privilegiada” de inserção simbólica nas estruturas sociais da modernidade.

Nesse ponto é necessário estabelecermos uma posição. Quando colocamos que a obesidade é um signifiante privilegiado na modernidade que passa a responder as mais diversas formas de sofrimento psíquico; não se trata, de forma alguma, em promover uma psicologização da obesidade, ou em argumentar uma psico-patologia da obesidade. O próprio *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais - DSM (1995)* - não reconhece essa relação, chegando a dizer que não se tem estabelecido qualquer associação consistente com alguma síndrome psicológica ou comportamental. O que postulamos é que a obesidade é um sinal, é a expressão de uma dinâmica complexa e integrada.

Assim, temos que contemplar os modos de ser e de reagir do sujeito que faz do corpo à expressão de seu sofrimento, como no caso da obesidade. Dentro da dimensão do sofrimento humano devemos reconhecer o seu caráter conflituoso e expressivo; a sua complexa e singular disposição de *vir-a-ser-humano* (Martins, 1999). É dentro dessa perspectiva que buscamos uma via de compreensão para a obesidade. Ou seja, a partir do discurso pronunciado por um sujeito pático - do *pathos* grego - (Fedida, 1998; Martins, 1999 e Berlink, 2000) permitindo assim resgatar a sua dimensão subjetiva dentro da tradição clínica. Vale lembrar que é a linguagem, a fala, ou seja, a capacidade de representar, que concerne ao homem seus atributos de ser humano. E é por isso mesmo que o homem faz “sintoma”, expressando suas mais variadas formas e disposições afetivas, seus mais diversos modos de *vir-a-ser-humano*, como o é em relação à obesidade.

CAPÍTULO 4

PERCURSO DE PESQUISA: SOBRE O DISPOSITIVO CLÍNICO

4.1. Considerações sobre o objeto:

Esse estudo teve um caráter exploratório e buscou estudar a expressão das subjetividades de pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução do estômago. A cirurgia de redução do estômago é um fenômeno recente dentro do campo clínico, presente há pouco mais de dez anos e capaz de produzir uma intensa carga afetiva nos sujeitos.

Como aponta Freud (1926) em “Inibições, sintomas e ansiedade”, a experiência corporal, o corpo próprio, está, desde o início, intimamente relacionado à formação do psiquismo. Dentro dessa perspectiva, o ponto de partida do afeto é, antes de tudo, psíquico e não somático. Assim, o sujeito pode recorrer ao corpo, através da evocação do somático, para lidar com um excesso de excitação no Ego. Não se trata de um excesso de tensão física como poderia se pensar, mas de estados de excitação que se estabelecem entre a experiência do corpo vivido e sua representação psíquica.

Contudo, a pós-modernidade, como aponta Birman (2000), produziu poderosos instrumentos para perverter os corpos e os sujeitos. O corpo é recrutado às expensas de uma *nova antropologia*, em que o ‘eu’ é a medida de todas as coisas, ou seja, o indivíduo é o novo valor totalizante. Assim, ignorar a pulsão e os afetos significa abdicar de uma perspectiva central para a compreensão do processo de subjetivação na atualidade. Seria não reconhecer a dimensão qualitativa da vivência, não reconhecer a angústia, o prazer, e o sofrimento humano.

Nesse sentido a pulsão e o afeto são constitutivos da subjetividade, integram a dimensão do outro, do reconhecimento do outro na sua singularidade. Desde a teoria psicanalítica reconhece-se que, para a organização do ser humano, há um importante vetor regulador chamado desejo. E esse vetor não tem nenhum compromisso com a chamada ordem natural das espécies que em última análise levaria à manutenção da vida. Então, quais as conseqüências relativas ao sentido, ao afeto, à vivência qualitativa do sujeito frente aos “destinos” do desejo na atualidade? Em que os sujeitos fazem do corpo um objeto privilegiado, colocando-o muitas vezes sob ameaças e violência face ao imperativo de seu desejo? A propósito desse estudo, nossa observação buscou não perder de vista a dimensão da subjetividade presente nesse fenômeno e dar condições necessárias para a expressão dos aspectos afetivos e emocionais ligados à experiência da cirurgia de redução do estômago.

4.2. Considerações sobre o método:

Em termos gerais, para dar corpo e relevo ao nosso objeto, foi preciso dar vazão aos discursos dos sujeitos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, onde foram realizadas quatro entrevistas do tipo clínico com mulheres de diferentes idades. As entrevistas se realizaram num único contato, com aproximadamente 1h (uma hora) de duração. Os sujeitos foram contatados pelo telefone, por indicações feitas pelos membros do grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos Psicossociológicos da Universidade Católica de Goiás NEP/UCG (todos os sujeitos passaram por instituições particulares de controle e redução

do peso como hospitais e clínicas especializadas). Após o consentimento dos sujeitos, eles próprios escolheram o local da entrevista. Algumas entrevistas se realizaram na própria residência da pessoa, outras no ambiente de trabalho, como será descrito na “construção do discurso dos sujeitos”, logo à frente. Contudo, tomou-se o cuidado de se conseguir um ambiente tranqüilo e adequado à realização das entrevistas. Para a escolha dos sujeitos, levou-se em conta a não proximidade desses com os membros do grupo de pesquisa do NEP/UCG e também com o entrevistador. E para preservar a identidade dos sujeitos entrevistados os nomes relatados são fictícios.

A partir do dispositivo adotado, entrevistas do tipo clínico, nosso objetivo era não perder de vista a idéia de subjetividade e proporcionando uma escuta aprofundada dos discursos desses sujeitos. Ou seja, baseado na proposta de Del Volgo (1998), buscou-se constituir um espaço propício aos sujeitos para a construção de uma narrativa de seu sofrimento, proporcionar-lhes um “instante de dizer”, um momento para falar de sua experiência com a cirurgia de redução do estômago.

Dentro dessa proposta, os sujeitos, ao falar de seu sintoma, produzem, constroem uma narrativa de sua subjetividade. Ou seja, o sujeito “*historiciza*” seu sofrimento de forma singular, busca um sentido para ele, constrói um “*romance com sua doença*”, como aponta Del Volgo (1998). Para tanto, como ponto de partida, os sujeitos eram convidados a falar da experiência do ganho de peso (como se tornou obeso), e da experiência com a cirurgia de redução do estômago. Salientando que esses eixos foram utilizados apenas com indutores.

Há um ponto de vista fundamental em nossa pesquisa. Trata-se muito mais da investigação do ser doente, do sujeito, à investigação do ponto de vista anônimo da

doença. Nesse sentido, não se trata da doença em si, mas da “doença do doente”, de uma construção pelo sujeito de uma narrativa sobre sua doença que não se confunde com a causa, nem com o exato, mas a verdade do sujeito. Interessou-nos a sua experiência particular, a expressão de sua subjetividade. Não se tratou de dar provas, mas de tentar compreender os movimentos dessas subjetividades frente ao impacto de uma intervenção corporal, como no caso da cirurgia de redução do estômago. Ou seja, nosso estudo não tem pretensões de causalidade ou exatidão. Tal método não tem como premissa a retidão e a falsificação de hipóteses; mas a abertura para o campo da fala enquanto função intersubjetiva e produtora de efeitos no sujeito em diálogo com o outro.

Indo ao encontro de nosso objetivo, ou seja, permitir aos sujeitos uma narrativa de suas experiências de forma aberta e o mais livre possível, as entrevistas não foram gravadas. Trata-se da restituição pelo entrevistador da “realidade de pesquisa”, da situação de pesquisa e não da realidade do sujeito como poderia se dizer. Com isso o registro das entrevistas fica condicionado ao próprio dispositivo e rigorosamente falando a análise é da situação de pesquisa, é análise do próprio dispositivo, enquanto estratégia de pesquisa.

Nessa perspectiva, os relatos aqui transcritos não são memórias no sentido exato do termo, não são “provas do real”; mas são “resíduos”, artefatos, “restos diurnos” (Freud, 1900), criados pelo próprio dispositivo, e dão suporte, oportunidade para que as formações do inconsciente possam emergir no discurso dos sujeitos. Dito de uma outra forma, o dispositivo adotado buscou propiciar uma escuta da subjetividade, levando em conta o desejo, as fantasias, aspectos inconscientes presentes no discurso dos sujeitos. Já que cada sujeito, a sua maneira, elabora, ou tenta elaborar com os recursos que tem, em seu discurso, aquilo que lhe ocorre.

Finalmente, fundamentado a partir do referencial psicanalítico e da psicopatologia clínica, nosso estudo buscou ao mesmo tempo dar lugar à fala na escuta e tratamento do sofrimento psíquico, bem como reconhecer a constituição desses eventos psíquicos na maneira do sujeito falar e enfrentar o seu sofrimento.

CAPÍTULO 05

DAS ENTREVISTAS

5.1. Sra. Ana, um discurso “plástico”.

Essa entrevista se realizou no próprio ambiente de trabalho da Sra. Ana após um primeiro contato por telefone. Ela é uma mulher de 45 anos, casada, tem um filho e é funcionária pública. Atualmente, após seis anos de realizada a cirurgia de redução do estômago se encontra magra, com aparência jovial e mostra-se simpática ao me receber.

Para começarmos a conversar eu lhe pergunto sobre a cirurgia de redução de estômago, como ela resolveu fazer a cirurgia. Ela me relata que fez a cirurgia logo “no início, eram as primeiras cirurgias realizadas em Goiânia”, e continua, “assim que descobri sobre a cirurgia eu me decidi fazer, foi uma decisão minha, totalmente minha”. É interessante que ela quer deixar bem claro, e que seja “desde o início” da entrevista, que foi ela que tomou a decisão; e, que também, fique claro que essa decisão foi “totalmente dela”, foi ela que tomou a decisão sozinha.

Contudo, segundo a Sra. Ana, “ao comunicar a minha médica sobre minha decisão de fazer a cirurgia ela não concordou. Pediu que eu esperasse um tempo. Ela me disse que a gente ainda não sabia o que era essa cirurgia, o que ia acontecer”. Mesmo com o desacordo de sua médica, a Sra. Ana decidiu fazer a cirurgia e como ela disse, tratou logo de se informar e procurar reportagens para “convencer” sua família e sua médica. “Eu convenci minha médica e minha família, eu cuidei de tudo”. Por que ela teria que (con)vencer sua médica e sua família? A quem ela (con)venceu, a quem precisava

(con)vencer? Vencer o quê? São perguntas que me faço. Contudo, induzindo-a a continuar falando eu lhe interrogo. “Convencer?” Ela parece agora tentar se explicar dizendo assim: “eram as primeiras cirurgias de redução do estômago em Goiânia, talvez no Brasil. Ninguém sabia do que se tratava, até minha médica” (...) “ela é minha endocrinologista há muito tempo, ela estava *desconfiada*, não queria que eu fizesse naquela hora, pediu para eu esperar”. Por que sua endocrinologista estava ‘desconfiada’? Seria ‘desconfiada’ da atitude de sua paciente? Parece que foi uma decisão tomada de imediato e de certa forma contestando a opinião do profissional e da família, de pessoas em que se confia.

Ela continua sua explicação dizendo: “eu tomei toda a decisão” (...) “eu fui atrás de tudo.” (...) “No início minha família era contra, meu marido também, ninguém sabia o que era essa cirurgia, e era uma cirurgia, né?”. Eu faço apenas um gesto com a cabeça. E ela continua, “eu estava decidida, eu comprei os remédios, negociei com os distribuidores dos equipamentos da cirurgia, conversei com os médicos, cuidei de tudo”. O seu discurso deixa mais perguntas que respostas. O que será que a levou a tomar essa decisão de fazer a cirurgia, apesar da “desconfiança” de sua médica e porque não dizer de sua família? Ela até me diz que precisou “com-vencer” as pessoas que se preocupavam com ela, e se lembra num dado momento, “era uma cirurgia, né?” Nesse caso, a pergunta parece muito mais afirmar que interrogar.

Após uma interrupção em seu discurso eu lhe pergunto, tentando esclarecer algumas coisas, porque ela decidiu fazer a cirurgia. A Sra. Ana dá uma resposta diferente agora, me diz que realmente tomou a decisão depois que uma amiga do trabalho fez a cirurgia. E que ao vê-la: “isso me estimulou”, contudo, ela acrescenta: “a ‘fulana’ fez uma cirurgia reversível. Eu não! Eu cortei mesmo! Minha cirurgia foi definitiva.” (...) “Se eu

fosse passar por uma cirurgia dessas e poder engordar tudo de novo, para que eu faria? Eu cortei mesmo, não queria voltar a engordar”. Duas coisas chamam atenção. Sua frase: “eu cortei mesmo”, e ela se vê ‘estimulada’ logo após a amiga de trabalho fazer a cirurgia. Então, eu lhe pergunto, “uma amiga aqui do trabalho?” Foi quando ela me diz: “Sim. Ela colocou balão” (que é um método reversível), e completa: “eu fiz diferente, minha cirurgia foi definitiva” (...) “Eu estava decidida” (...) “Agora todo mundo que vem conversar comigo eu apóio a fazer a cirurgia. Já convenci umas cinco pessoas.” (...) “O que é mais importante é a cabeça”. Eu peço que explique melhor isso. E ela diz: “olha, você tem que estar determinado. Não pode fazer como minha colega. Tem que tomar a decisão. Acho que o sucesso depende disso” (...) “Você tem que ‘arrochar’, não pode fraquejar, tem que continuar firme em seus propósitos”. E você? Como foi? Eu lhe pergunto. Ela me diz com um sorriso: “Eu sim. Eu tava decidida. Por isso foi tudo tranqüilo, eu emagreci sem sentir dificuldades” (...) “Eu não precisei ‘fazer esforço’” (...) “Consegui emagrecer ‘sem fazer esforço’” (...) “foi a melhor coisa da minha vida”. Nesse ponto eu lhe pergunto se a cirurgia mudou alguma coisa em sua vida e para minha surpresa ela me responde: “nada, sou a mesma pessoa”.

Eu continuo calado e também surpreso, quando ela me diz, “com exceção do peso, é claro.” e continua: “para quem pesava 94kg, sabe o que está falando”. Durante toda a entrevista ela mantém um clima descontraído e mostra-se sorridente, agora, ao falar de como começou a ganhar peso muda a expressão, fica séria, e me diz: “antes do casamento, quando eu tinha mais ou menos 18 anos eu comecei a engordar, mas foi pouco. Não engordei muito. Mas já comecei a me consultar com a endocrinologista” (...) “Na verdade eu não engordei muito, mesmo que não estivesse tão gorda, eu não estava satisfeita com

meu corpo”. A Sra. Ana é uma mulher alta e me diz que sempre foi magra, quando se casou pesava 57 quilos. Contudo, já fazia regimes. Segundo ela: “eu sempre controlei o peso, eu não queria engordar”.

Eu lhe pergunto quando foi que começou essa preocupação. Ao falar desse período ela se lembra que em sua adolescência, devido a uma preocupação dos pais com seu peso, já que segundo ela, “eles me achavam muito magra, então eles me levaram à médica e eu comecei a tomar um remédio para melhorar o apetite. Também, foi por influência da minha avó que me achava magra demais” (...) “Mas, eu fui engordando aos poucos, na verdade eu nunca me preocupei muito, quando percebi estava com 94 kg, eu não gostava de fazer esforço”.

Eu lhe pergunto sobre sua família. Como eles reagiram a tudo. O que parece que não reagiram, só se deram conta do que estava acontecendo depois de realizada a cirurgia. Segundo ela “minha família não acreditou muito quando falei que ia fazer a cirurgia. Foi só na hora mesmo da cirurgia que eles se convenceram”. Mais uma vez a palavra “convencer”. Ela diz que seus pais ficaram preocupados, mas o marido “entendeu melhor”, e completa: “ele sabe, quando eu decido uma coisa, é para valer”.

Eu lhe pergunto como foi então fazer a cirurgia, passar por esse processo. Ela me diz que foi “maravilhoso”, agora com um sorriso estampado no rosto volta a dizer que emagreceu sem “fazer esforço”. E continua, “eu mesma paguei pela cirurgia, paguei com meu dinheiro. Fui para a mesa de cirurgia alegre e confiante.” (...) “Eu tive dois encontros com uma psicóloga. Depois do segundo encontro, ela me disse: ‘você está preparada, pode fazer’. Eu estava decidida.” (...) “Depois de alguns dias comecei a levar uma vida normal”. Nesse ponto eu lhe pergunto como é levar uma vida normal. Ela diz que “eu saio, vou

trabalhar, não sinto fome... Eu não tive, por exemplo, problemas de passar um mês tomando líquidos. Foi tranquilo”. E continua, “eu nem percebi que estava emagrecendo” (...) “Foi uma maravilha, foi muito bom”. (...) “Eu só percebi que meu corpo mudou quando fui comprar uma roupa. A roupa da vitrine era bem pequena, eu entrei para perguntar se tinha tamanho maior, mas a vendedora insistiu e me disse que aquela servia. Quando experimentei, nem acreditei. Aí que eu fui perceber que estava magra, que tinha emagrecido.” (...) “Eu ainda me enxergava gorda”. Eu lhe pergunto: “e hoje, como se sente? Nas palavras da Sra. Ana, mais uma vez: “estou ótima, estou em ‘lua-de-mel’ com a cirurgia até hoje” (...) “Eu nunca me senti tão bem.” Nesse ponto ela faz uma associação: “é igual a história do casamento. Quando se está namorando, todos perguntam quando vai se casar. Quando se casa, todos perguntam quando vão ter filhos. E assim por diante. Foi desse jeito com a cirurgia... A gente engorda e já perguntam quando vai emagrecer. Aí faz a cirurgia, e todos te perguntam quando vai fazer a cirurgia ‘plástica’?” Mas, quem eram esses todos, ela própria? Seus familiares? O seu marido? A Sra. Ana acrescenta, “eu estou feliz com meu corpo atual, estou feliz assim, eu não vou fazer cirurgia plástica, não tem necessidade...” (...) “Eu sei que sobrou pele, sobrou estrias, mas estou feliz assim, estou muito satisfeita com meu corpo” (...) “eu sou uma mulher, eu sei que não posso ter um ‘corpo de uma mocinha” (...) “Hoje estou pesando 67 quilos. Para minha altura está ótimo”. Com uma expressão de satisfação e sorriso no rosto me pergunta: “não é para ficar feliz?”. Eu apenas sorrio e fico calado. Mas, me passa pela cabeça “é para estar?”. Parece que não. Eu pergunto se a cirurgia mudou algo em sua vida. Ela me responde, mais uma vez: “não, sou a mesma pessoa”.

5.2. Sra. Marta, ou “não quero mais esse fardo”.

A entrevista foi realizada na casa da Sra. Marta. Ela tem 62 anos. É divorciada. Tem três filhos. É dona de casa, aposentada, mora com dois filhos. O primogênito é casado e mora a alguns quarteirões de sua casa. De acordo com a Sra. Marta, ela toma conta do seu neto durante as manhãs.

Ao entrar noto a arrumação e as muitas imagens, fotos e objetos religiosos espalhados pela casa. Ela convida para sentarmos e conversarmos na sala de jantar, próximo à cozinha em meio a documentos e exames médicos espalhados pela mesa. Como havíamos conversado anteriormente por telefone, ela começou a falar diretamente da cirurgia. Disse assim: “olha esses exames aqui, se você achar melhor pode lê-los”. Eu olho para os exames e digo que prefiro que ela falasse.

“Já faz dez meses...” Ela pára, dá uma pausa, pensa um pouco, faz umas contas em silêncio e volta a dizer: “isso mesmo, vai fazer dez meses nesse mês.” (...) “Nesse tempo eu perdi 27 kg. Ainda estou gordinha, mas pelo que eu tava, já mudei muito, se você ver a foto”. Eu apenas faço um gesto com a cabeça e espero ela falar. Ela continua: “O primeiro mês é o que a gente emagrece mais, depois vai diminuindo”. Põe a mão no rosto e me diz: “É um regime forçado, né” (...) “Aqui em casa todo mundo faz regime, a gente faz regime faz tempo.” (...) “como você pode ver todo mundo aqui é gordinho.” E aponta para a porta do quarto que estava aberta e onde sua filha se encontrava. A Sra. Marta me relata que têm duas pessoas na sua família que fizeram a cirurgia. O seu filho mais velho e sua ex-cunhada (que ela chama de “minha cunhada”, algo que ficará mais claro durante a entrevista). Ela me diz que é uma mulher muito religiosa e, ao falar da decisão do filho

mais velho de fazer a cirurgia, diz: “eu achava que isso não era coisa de Deus. Foi meu filho que fez primeiro, e quando ele decidiu fazer a cirurgia, eu fiquei muito preocupada, eu não achava certo”.

Eu lhe pergunto porque não achava certo seu filho fazer a cirurgia. Ela me diz que “a gente deve usar a medicina para o bem, é uma coisa de saúde, eu não achava certo fazer uma cirurgia para emagrecer” (...) “Não vou te enganar, todo mundo faz a cirurgia pensando em emagrecer, ninguém gosta de ficar gordinho” (...) “É muito difícil, ninguém gosta de ser gordinho”. A Sra. Marta vai descrevendo todos os regimes que já fez, quase sempre “receitas ensinada pelas amigas”. Traz uma história longa de tentativas frustradas, e regimes mal sucedidos. Disse que sempre tentou emagrecer, mas não conseguia. E conclui: “mesmo não emagrecendo eu não achava certo fazer uma cirurgia para emagrecer. Se quiser emagrecer tem que fazer regime”.

Ela me conta que é ministra na igreja católica. Durante toda a entrevista me diz que é muito religiosa e sempre freqüenta a igreja. Contudo, teve que deixar a função de ministra na igreja quando foi cuidar de sua ex-cunhada que fez a cirurgia de redução do estômago depois de seu filho. Ela me diz: “eu não podia mais assumir essa responsabilidade”. Mas acrescenta que continua a freqüentar a igreja, contudo, já não é mais ministra. Disse que depois que foi cuidar de sua cunhada (que mora em outra cidade, bem distante de Goiânia), decidiu fazer a cirurgia de redução do estômago. A Sra. Marta relata que pesava cento e doze quilos (ela é uma mulher de baixa estatura), e que todos sempre fizeram regimes em sua casa, mas nunca conseguiram emagrecer. Segundo ela “acho que é de família”.

Eu lhe pergunto como foi essa decisão de fazer a cirurgia, pedindo que ela me explicasse melhor. Ela me diz: “quando meu filho mais velho decidiu fazer a cirurgia, eu fiquei muito abalada, não sabia o que fazer” (...) “Só pensava que isso não era certo”. Quando seu filho foi consultá-la, pedindo sua opinião, segundo a Sra. Marta, ela foi “totalmente contra” e que pediu muito para ele não fazer. “Eu fiquei tão abalada que nem acompanhei o processo” (...) “Eu só rezava”. Poucos meses depois sua ex-cunhada liga. Queria que a Sra. Marta fosse cuidar dela, e que precisaria de ajuda devido à cirurgia (sua ex-cunhada, irmã de seu ex-marido, é solteira e mora sozinha). “Ela me pediu que eu a fizesse companhia” (...) “Então, eu fui”. (...) “E já tinha muito tempo que eu não ia lá, e lá todo mundo gosta de mim”. Referindo-se à família de seu ex-marido. Ela me conta que nasceu e foi criada na mesma cidade que seu marido. Eles se conheceram e se casaram e, depois de casados, devido ao trabalho, se mudaram para Goiânia. Segundo a mesma, “minha família está toda lá.” (...) “No início foi difícil acostumar com a cidade. Mas, agora meu lugar é aqui. Não consigo viver em outro lugar”. E ela acrescenta, “não consigo ficar longe da igreja, eu tenho responsabilidades lá”.

A Sra. Marta diz que passou dois meses com sua ex-cunhada, que a acompanhou aos médicos, que a fez companhia, e completa: “nós somos amigas” (...) “eu fazia a comida dela, que era uma comida especial, ia ao médico com ela, a gente conversava muito.” (...) “E ela me encorajava sempre.” (...) “E quando eu vi o tanto que ela emagreceu... ela emagreceu 15kg em um mês.” (...) “Meu Deus do céu, é difícil fazer regime. No início você pensa que vai ficar louca.” (...) “Não é fácil”. Eu lhe pergunto o que não é fácil para ela. A Sra. Marta me diz que tem muita dificuldade ainda, principalmente por causa da restrição alimentar. “Às vezes tenho uma vontade louca de

comer” (...) “Sabe, sobre a cirurgia correu tudo bem, mas tem que se controlar, o difícil é parar de comer”. Segundo a Sra. Marta ela vomitou várias vezes. Disse que seu estômago não aceita carne, “de nenhum tipo”. Segundo a Sra. Marta, “para amenizar a vontade de comer a gente ‘inventava de tudo’” (...) “Cada dia é um suco diferente”. Ela me relata que teve que ficar de repouso alguns dias, mas por recomendação do médico, e segundo ela, “foi melhor assim”. Eu lhe pergunto porque. Ela diz “na rua a gente vê comida.” (...) “Se vai à feira vê pastel, e têm as festas da igreja também... ontem mesmo teve uma festinha.” (...) “Eu coloquei uma colherinha de feijão tropeiro na boca e já comecei a passar mal. Tive que colocar tudo para fora.” (...) “Carne eu não estou podendo nem pensar.” Ela pega seu roteiro alimentar, proposto pela nutricionista, e me mostra dizendo: “veja como é difícil” (...) “E eles nem explicam direito tudo. O da minha cunhada era bem melhor”.

Eu lhe pergunto como começou a engordar, peço que ela me explique. Ela me diz que começou a engordar depois de sua primeira gravidez. Faz contas em silêncio. E conclui, “quando fiquei grávida do meu filho mais velho, eu engordei um pouquinho”. Ela ganhou 10kg e não conseguiu perder. Depois aumentou “mais um pouco com a segunda gravidez”. Ela tenta se lembrar quantos quilos, começa a fazer contas. Pára um pouco e diz “não me lembro muito bem, mas engordei mais um pouco”. E conclui, “na terceira gravidez foi aumentando ainda mais, eu fazia regimes e não conseguia perder peso”. Ela diz novamente, “deve ser coisa de família, na minha casa todo mundo é gordinho”. E continua: “na família do pai dela (referindo-se a filha caçula) todo mundo é gordinho. Acho que é de família.”

Eu lhe pergunto sobre o ex-marido. Ela me diz que há muito tempo ela não o vê. Nesse momento sua filha entra na sala, vai até à cozinha e depois volta para o quarto.

Nesse momento a Sra. Marta se emociona. Pára de falar por um momento. E diz: “Tudo é Deus, né?” (...) “é Deus que nos dá o fardo que a gente pode carregar”. Ela me diz que seu ex-marido arrumou outra mulher. “Agora ele tem outra família”. Segundo ela, ele vem visitar a filha, ela é a caçula, tem 20 anos. “É Deus que me dá forças para superar isso.” Ela fica em silêncio novamente. Nesse momento a filha se senta perto de nós, numa poltrona perto da mesa. Parece que o divórcio é um assunto doloroso para ela, talvez para a filha também. Após sua entrada paramos a entrevista. Parece que “esse fardo dado por Deus” ainda pesa em suas vidas.

5.3. Lurdes: a “bela adormecida” ou o “príncipe que virou sapo”.

Lurdes é médica, 31 anos, tem uma filha de 03 anos, divorciada. A entrevista foi realizada em seu apartamento. Como ela já havia me dito pelo telefone, ela estava visivelmente em recuperação, ainda abatida, estava se recuperando de uma cirurgia feita há poucos dias. Ainda devido às complicações da cirurgia de redução do estômago realizada a um ano.

Nós começamos a conversar sobre meu trabalho de mestrado. Ela pediu que eu lhe explicasse melhor sobre o que se tratava e qual era minha formação. O que ela já havia me perguntado pelo telefone em nosso primeiro contato. Eu lhe digo qual é minha formação e que estou estudando sobre o tema da cirurgia de redução do estômago em meu mestrado.

Parece que ela ficou satisfeita com essa resposta. Ela demonstra dificuldades para se sentar. E me diz: “como você pode ver, ainda estou em recuperação, fiz a cirurgia de

apêndice ainda devido à cirurgia de redução do estômago” (...) “eu quase morri, foi muito sofrido”. E acrescenta: “mas eu faria tudo de novo”. Ela me pergunta por onde deve começar, apesar de já ter começado, eu apenas lhe respondo que pode começar por onde quiser, dando espaço para que ela fale o mais abertamente possível.

Eu praticamente fiquei em silêncio durante toda a entrevista. Ela volta a falar que passou por um sofrimento muito grande. Que teve pensamentos de morte e que nunca pensou que isso poderia acontecer com ela. “Inclusive minha filha está abalada”, ela se lembra. Ela muda o rumo da conversa e diz: “Bom, então vamos começar” (...) e continua me dizendo lembrando de sua juventude. Ela me diz que “sempre fui uma mulher bonita e vaidosa, eu era magra. Ia direto para as baladas”. Quando saía com as amigas, segundo ela, sempre tinha homens interessados. E que também teve muitos namorados em sua juventude. Na faculdade organizava os eventos, as festas, e foi da comissão de formatura. “Sempre fui elogiada e desejada” (...) “Na minha cabeça, eu nunca aceitei engordar. Quando eu fiquei gorda... minha vida parou!” (...) “Eu deixei de sair, eu não tinha ânimo para mais nada. Deixei de ser vaidosa.” (...) “Sabe o que eu fazia? Eu entrava para o trabalho pela porta dos fundos.” (...) “Eu tinha vergonha de mim. Eu não queria passar pela recepção. Já ia direto para o consultório.” (...) “Hoje eu vejo as fotos e nem acredito!” (...) “Não sei como deixei a situação chegar a esse ponto.” Lurdes atualmente está bem magra. E me conta que o seu IMC não era suficiente para fazer a cirurgia de redução do estômago, então decidiu engordar para atingir os índices e se submeter à cirurgia. Apesar de sua família e seu médico (que é seu amigo) serem contra. Segundo ela, todos recomendaram uma dieta. Mas, como ela diz: “Eu sou médica, meus amigos são médicos, eu conheço a

cirurgia, eu pensei que estava tudo sob controle e que logo estaria no quarto. Mas, não foi isso que aconteceu”.

Lurdes entrou em coma depois da cirurgia, ficando meses no hospital. Teve que fazer várias cirurgias de emergência e ironicamente, como ela própria descreve: “eu sou infectologista, e tive complicações que quase me mataram devido a uma infecção hospitalar”. Ela descreve tudo com muito sofrimento, se emociona, faz pausas... e conclui: “fiquei entre a vida e a morte”.

Ela me diz que sentia muitas dores “quando estava acordada”. Ficou em coma vários dias, teve que fazer cirurgias, passou muito tempo sedada. Então, não sabe bem quanto tempo ficou acordada e, segundo ela, “teve momentos que perdi minha lucidez”. Ela ficou internada durante muitos dias e muitos amigos, inclusive muitos médicos, e seus familiares foram visitá-la no hospital. “Me contaram que todos os dias eu recebia visitas, até quando não estava acordada”. Segundo ela, “isso causou um pequeno tumulto no hospital”. Ela fala disso sorrindo, parece ter uma certa satisfação. Inclusive médicos amigos de outros hospitais foram visitá-la. Durante o período que ficou na UTI, ela se lembra que passou frio e que foi maltratada por uma enfermeira. Um pouco emocionada ela me diz: “a gente nessa situação e as pessoas ainda fazem isso!?” (...) “Eu pedi à enfermeira uma manta para me proteger do frio, ela fingiu que não me escutou” (...) “Agora sei o que é ser paciente” (...) “Eu sei que dei trabalho, mas teve dias que eu não agüentava mais ser tratada daquele jeito, talvez porque eu era médica”.

Lurdes vai me contando sua história praticamente sem interrupção. Eu apenas presto atenção enquanto ela fala. Ela fala que não consegue entender porque aconteceu isso com ela. Que nunca foi religiosa, que não acreditava em Deus, mas acha que foi um

milagre ter sobrevivido. Ela se pergunta mais uma vez: “por que comigo?” E tece alguns comentários médicos a respeito, falando como é raro dar errado essa cirurgia, que os médicos fizeram tudo direito e que só dá errado quando a pessoa come, ou seja, não obedece às recomendações médicas. O que ela atesta ter feito corretamente. Afinal de contas, “eu sou médica, eu sabia dos riscos”. Contudo, ela está bem magra atualmente, e segundo relato dela, seu médico disse que deve parar de perder peso, já está no “peso ideal”, e mesmo ela sabendo, “como médica, eu sei que meu peso está ideal para minha altura.” (...) “mas, eu gostaria de perder mais. Eu ainda me acho gorda.” Nesse ponto ela se lembra das reportagens recentes sobre a anorexia.

Eu lhe pergunto como foi que ela começou a engordar. Ela me diz que durante o tempo da faculdade arrumou um namorado que era do interior, “ele era do interior”. Segundo ela, como estavam apaixonados decidiu se mudar com ele, apesar de não gostar da idéia de morar numa cidade pequena. Ela me conta que o namorou cerca de dois anos, foi quando ela ficou grávida e começou a engordar. Ela faz uma pausa em seu relato e me diz logo em seguida: “não tínhamos nada parecidos”. Fico imaginando se ela pensou nisso anteriormente ou agora no momento da entrevista. E continua: “eu gostava dele, mas ele começou a me tratar mal” (...) “A gente se separou e voltei a morar em Goiânia” (...) “Foi quando passei a ficar só com a minha filha.” (...) “Deixei de sair, só ia às festas de família, aí só fui engordando. Eu só cuidava da minha filha e trabalhava, mais nada.”

Eu lhe pergunto como ela conheceu o pai de sua filha. Ela me diz que foi numa “balada” da faculdade. Segundo ela, eles começaram a namorar em Goiânia. Ela já estava trabalhando como médica, contudo, ele teve que voltar para sua cidade natal para cuidar dos negócios da família. Ela relata que “no início foi bom, mesmo não gostando de morar

no interior. Mas, depois ele começou a mudar” (...) “Depois ele começou a me tratar mal”. Ela fala com ressentimento dele. Num dado momento ela me diz: “ele me traiu” (...) “aí terminei tudo” (...) “Foi quando a gente se separou e eu voltei para Goiânia. Quando minha filha nasceu, a gente não estava mais juntos”. E completa: “até hoje eu não arrumei outro namorado”. Eu fico em silêncio. Nesse momento ela me diz: “eu quero mudar isso, eu preciso mudar isso. Por isso decidi fazer a cirurgia. Dar errado comigo, foi uma fatalidade.” (...) “Eu já fiquei muito tempo adormecida”. E continua: “acho que tenho uma genética favorável”. E mostra seus braços e pescoço se inclinando para mim e diz: “eles não ficaram flácidos” (...) “Mas, quero fazer uma cirurgia corretiva nas cicatrizes que ficaram.” Eu me pergunto quais cicatrizes ela se refere?

No dia da entrevista havia uma festa e, segundo ela, já havia conversado com seu médico sobre a possibilidade dela ir. Ela estava se recuperando de uma cirurgia. “Ele me autorizou a ir. Ainda não sei se vou. Ele só me disse para não exagerar, mas, só vou ficar um pouquinho”.

5.4. Rebeca, ou “idas e vindas... e vai-e-vem”.

Rebeca tem 21 anos. Mas tem rosto e jeito de adolescente. Começamos a conversar sobre o convite que havia sido feito para a entrevista. Ela chega até mim após conversar com uma pessoa do grupo de pesquisa e me diz: “tudo já foi explicado” (...) “Vocês querem conversar sobre o processo de adaptação da cirurgia de redução de estômago, não é mesmo?” Ela já me adianta: “eu não consegui me adaptar”. Essas primeiras palavras

dizem muito e eu fico imaginando de qual adaptação ela fala, será a “adaptação” aqui, à situação de entrevista? Ou será a adaptação à cirurgia? Ou ainda adaptação a sua vida, em seu caminhar? Eu lhe pergunto: “adaptar?” É o suficiente para ela me dizer: “assim, você sabe como é, né. ‘Brizolada’”. Eu peço que me explique como é ficar ‘brizolada’.

Ela continua: “eu não mudei minha vida como eu pensava que ia mudar, a gente faz a cirurgia achando que vai melhorar tudo, eu continuo a comer e parei de emagrecer.” Eu lhe pergunto o que ia mudar, o que ela esperava mudar. Ela me relata que conseguiu emagrecer no início, mas que ela precisava perder mais oito quilos, pois só assim o seu médico irá fazer a cirurgia plástica. “Eu cheguei a perder 45kg, mas meu médico me disse que eu tenho que perder mais uns 08kg. Eu já perdi, eu já ganhei, foi um vai-e-vem.” Nesse momento ela começa a falar sobre os “quilos perdidos e ganhados”. Disse que perdeu cerca de 40kg, depois ganhou mais quatro quilos, perdeu novamente esses quatro quilos, depois ganhou mais dez quilos, agora diz que precisa perder oito quilos para fazer uma cirurgia plástica. Contudo, já se passaram três anos e meio de cirurgia e ela me diz que perdeu mais ou menos trinta e sete quilos. Ela faz uma confusão de “ganhos e perdas de peso” que deixa inclusive o entrevistador confuso. E ela conclui: “Ah! Está tudo um vai-e-vem!”

Ela me diz que “foi muito doloroso” o processo de “adaptação à cirurgia”. E que “não imaginava que ia ser assim”. “Eu achava que eu ia recuperar logo, que ia perder os quilos rapidinho. Tipo acordar magra. eu não consigo colocar em minha cabeça que não posso comer”. Parece que realmente ela não se adaptou. E ela quer fazer uma cirurgia plástica, mudar o corpo. “Tudo está diferente depois dela”. E não é que ao me explicar o “processo de adaptação à cirurgia”, que também foi um “vai-e-vem”, ela faz uma

verdadeira confusão de “ganho” e “perda” no qual nem mesmo ela consegue entender? Ela até exclama: “está confuso, né!?”

Maior confusão foi o casamento de seu pai e sua mãe que parece apresentar também essa marca do “vai-e-vem”. O casamento dos pais de Rebeca se deu em meio à idas e vindas. A primeira lembrança que ela traz de sua mãe é sobre o afastamento dela devido às necessidades de trabalho. “Minha mãe é professora, era, agora está aposentada.” (...) “Ela dava aulas em três colégios. Fazias jornada tripla, manhã, tarde e noite”. (...) “Por isso eu a via pouco.” Rebeca chegou a dizer que só via sua mãe nos finais de semana. “Ela saía para o trabalho muito cedo e voltava muito tarde” (...) “Eu estava sempre dormindo.” De acordo com Rebeca, ela foi criada pela avó materna e seu pai era um “viajante”, termo que ela usa. “Meu pai era um viajante. Ele trabalhava de representante comercial. Vendia peças de automóveis em várias cidades.” (...) “Ele fazia um círculo, visitava várias cidades até voltar para casa novamente.” (...) “Foi assim que meus pais se conheceram, e como a vida dos dois era assim, um dia minha mãe decidiu me ter. Ela escolheu a data, planejou tudo. Minha mãe entendia disso, era professora.” Nesse ponto eu penso sobre o que sua mãe entendia? Ela parece fazer uma associação entre os estudos da mãe e “entender disso”, saber como ser mãe. Ou talvez seria porque esse relacionamento se deu em meio a idas e vindas que um filho não seria um forte apelo para que as coisas diminuíssem seu ritmo de ‘vai-e-vem’? Eu lhe pergunto sobre o que ela acha disso. Ela me diz, com um tanto de indiferença, “eu sei lá! O casamento de meus pais sempre foi assim, um vai-e-vem”.

Ela me diz que seus pais se separaram e voltaram muitas vezes e que foi criada por sua avó, “então eu não senti muito”. Será que não sentiu? Parece que não, pensei comigo.

Ela se mudou várias vezes com sua família, moraram em várias cidades, e segundo Rebeca, “eu sempre fiquei sozinha, com minha avó.” Essa frase, “sozinha com minha avó”, parece indicar que mesmo com a presença da avó ela não estava completa, ela estava sozinha, sem a companhia esperada. Rebeca hoje é uma estudante, tem vinte e um anos, e mora com os primos em Goiânia. Sua família reside numa cidade longe no interior do estado. Como ela mesmo descreve: “eu moro sozinha em Goiânia”. Da mesma forma que foi com a avó; agora, com a companhia dos primos que moram com ela, essa “marca” de ser solitária parece ainda estar presente. Segundo ela, “eu moro sozinha”.

Nesse ponto, eu lhe pergunto como foi a sua infância. Imediatamente ela se lembra que: “eu fui uma criança muito ‘mimada’”, o que me faz pensar se foi mesmo, ou pelo menos o que ela queria dizer com ‘mimada’? Segundo Rebeca: “eu sempre tive tudo o que eu queria, morava com vó, né!” (...) “Meu poder de persuasão é forte!” (...) “Eu sempre tomei decisões sozinha”.

Rebeca relata que ao acompanhar a mãe, que fazia regime e tratamento para emagrecer havia muito tempo, durante uma consulta, ela decidiu, segundo ela, “sozinha”, a fazer a cirurgia de redução do estômago. Ao lhe perguntar se ela pensou em fazer a cirurgia antes desse episódio, ela me respondeu: “eu não pensava em regimes, eu nunca fui ao médico para emagrecer. Eu fui acompanhar minha mãe e tomei a decisão lá mesmo!”. De acordo com Rebeca em sua casa todo mundo é obeso, contudo, ela nunca fez tratamento para emagrecer. E dentro do consultório do médico que fazia o tratamento de sua mãe, ela pergunta: “eu quero fazer a cirurgia do estômago, o que eu preciso fazer?” Ela relata que: “ele” (o médico) “se empolgou” (...) “Naquele momento a cirurgia estava no auge, era muito popular...” Segundo Rebeca o médico largou os papéis de sua mãe e

começou a lhe explicar sobre a cirurgia. “Ele deu uma aula para mim, explicou tudo, até usou o quadro”. E o médico disse que ela deveria fazer alguns exames e lhe trazer várias ‘cartas’. Esse foi o termo empregado por ela. Uma carta de vários profissionais concordando com a cirurgia. “Inclusive o psicólogo”, ela diz. Esse ‘inclusive’, parece mesmo indicar que o laudo psicológico, nesse caso viria mesmo como um apêndice. “Foi a carta que mais deu trabalho”. Segundo Rebeca ela teve que consultar com vários psicólogos. Ou porque não sabiam fazer o laudo e lhe era indicado outro profissional, ou o laudo estava incorreto e deveria se refeito. Seu médico, ao que ela me relata, disse: “Está tudo errado!” E ela continua: “Eu tive que ir à quatro psicólogos e todos erravam as cartas. Eles não sabiam fazer... eu chegava no meu médico com a carta e ele dizia que estava ‘tudo errado’”. De fato, parece que existia algo errado em tudo isso. Para Rebeca foi uma decisão sozinha, sendo errado ou não, ela me diz: “Eu sempre tomei as decisões sozinha” (...) “eu sempre começo as coisas, se me deu vontade, eu vou lá e faço.” Ela dá uma pausa em seu discurso. Parece pensar no que vai dizer. E retoma seu discurso da seguinte forma: “Mas eu nunca consigo terminar. É por isso que a cirurgia eu vou terminar...”

Fico pensando sobre o que ela me diz, às vezes em tom de queixa, “eu sempre tomei decisões sozinha” (...) “sempre fui muito ‘mimada’... tive tudo o que queria.” O que parece que não. Pelo menos não a presença de seus pais. Nesse caso, parece que ter tudo era o mesmo que não ter nada. Pois, ela não tinha o limite, a presença dos pais, que sempre foram muito ausentes, desde seu nascimento e com a turbulência de um casamento cheio de ‘idas-e-vindas’. Ao lhe perguntar sobre sua mãe, eu ouço um sonoro: “Ela nunca diz nada, minha mãe nunca opinou muito” (...) “eu posso fazer o que quiser” (...) “quando meu

pai foi embora então...” Segundo Rebeca seus pais se divorciaram durante sua adolescência.

Contudo, ao falar de seu pai ela traz uma lembrança importante. Ela faz alusão a um período no qual seu pai tinha um supermercado (novamente a profissão de comerciante). Segundo Rebeca eles quase não se viam, somente na ida para a escola quando ia lhe pedir a benção e à noite quando ele já chegava tarde e lhe preparava, todas às noites, “pratos deliciosos”, como coloca Rebeca (...) “Ele sempre fazia aquele monte de comida, e sempre era comida gordurosa, como bacon, ovo...” (...) “eu acho que ele queria fazer algo por mim, já que ele passava tanto tempo fora.” (...) “Era muito gostoso, eu comia muito e comia tarde, aí eu comecei a engordar” (...). Ela marca esse período por volta dos 08 ou 09 anos de idade, e diz que “até lá, eu sempre fui muito magrinha”.

Segundo Rebeca, ela nasceu com anemia e seus pais, principalmente o pai, como ela aponta, colocava muita comida para ela. De acordo com ela a mãe não opinava e sua avó brigava com o pai, parece que tinha medo que a neta engordasse. O seu parto foi problemático. Ela nasceu de parto cesário depois dos nove meses de gestação. “Eu demorei muito para nascer... eu passei do tempo” (...) E continua: “Então os médicos tiveram que me tirar.” De acordo com Rebeca sua mãe não teve contrações. Apesar de ser filha única sua mãe teve uma outra gestação. Mas, ela sofreu um aborto. Rebeca conta que teve que tomar muitos remédios essa época. Segundo ela, tudo devido à anemia. Mas, depois começou a “acompanhar a mãe em seus regimes”. Da mesma forma que a acompanhava quando ela ia ao médico se consultar, ela a acompanhava nos remédios que eram receitados. Contudo, sua mãe e sua tia, que são obesas, segundo Rebeca, desenvolveram cirrose hepática devido aos medicamentos.

Nem a mãe, nem a avó, nem médico opinaram em sua decisão de fazer a cirurgia. Todos se calaram, se anularam. O médico se empolga, a mãe nunca opina, o pai só fica sabendo da cirurgia através de uma tia de Rebeca e já depois de realizada. E segundo consta em seu relato, a mulher com a qual seu pai se casou o proibira de vê-la. Ele só ligou para ter notícias dois anos após a realização da cirurgia. Não é por acaso que ao ser solicitada para falar da cirurgia ela diz que “tudo desandou” (...) “Eu pulei uma parte do tratamento.” Rebeca ficou 05 dias internada, pois teve infecção. Espantoso é que, segundo seu relato, todo o processo, desde o dia em que ela decidiu ‘sozinha’ fazer a cirurgia, até a data em que fez a cirurgia, durou menos de um mês. Nos primeiros dias, foi-lhe recomendado tomar só líquidos (os primeiros 15 dias), mas devido às dores que sentia teve dificuldades para se alimentar. Contudo, ela continuou em casa sentindo dores, quando sua mãe a levou ao médico tiveram que interná-la, o que foi feito sem esclarecer o que estava acontecendo. Segundo Rebeca ela teve hemorragia, pois dez pontos dos vinte e quatro que foram necessários à cirurgia se romperam. Sua recuperação foi mais lenta, teve que tomar líquido por mais tempo que o previsto, “tive que pular a ‘papinha’ em minha alimentação.” (...) “ eu passei do líquido direto para a comida sólida, eu não tive a ‘papinha’”. É inevitável deixar de pensar sobre o período de seu nascimento, seus problemas com a anemia, o que modificou sua alimentação, a relação com seus pais – ela demorou a nascer, a mãe não tinha contrações, o pai era um ‘comerciante viajante’...

Depois de perder quarenta e cinco quilos e de muito tempo de realizado a cirurgia ela percebeu que havia emagrecido. Segundo Rebeca: “eu não percebi que emagreci, que meu corpo mudou, eu ainda me enxergo gorda”. Sobre isso ela me conta um episódio. Um dia foi lhe solicitado que subisse numa árvore, coisa que ela não fazia com medo que um

galho quebrasse com ela. Ela se recusou alegando que os galhos iriam quebrar. Diante da insistência ela subiu e foi nesse momento que “caiu na real”. E continua: “Depois disso, passei a usar roupas de marcas” (...) “Eu sempre usava as roupas que minha mãe fazia. Agora eu só uso roupas de marcas” (...) “Eu uso roupas com decote. As roupas que minha mãe fazia tampavam tudo.”. Contudo, não era só isso que ficava escondido em sua vida. Seus sentimentos ficaram durante muitos anos “escondidos”. Como Rebeca disse, “eu não me importava com o peso, eu já não me importava mais”. Segundo ela, não se importava de estar gorda e de ser ofendida pelas pessoas, época que ganhou vários apelidos. E continua dizendo que “mesmo que eu tivesse poucos amigos, esses eram sinceros.” E conclui, “ninguém quer sair com uma pessoa gordinha” (...) “eu não tinha nada para oferecer”. Parece que o fato de ser gorda, significa não ter nada a oferecer, não ter qualidades. Ela relata que não saía de casa, que não tinha namorados e que, dessa forma, só estudava.

Depois da cirurgia muita coisa mudou. Emagrecer para ela significou ter mais amigos, apesar dela alegar que “eu sei que nem todos têm uma amizade sincera”. Segundo Rebeca “eu não me importava com namorado, eu não pensava nisso”. Agora, ela começou a namorar, o que parece ser um motivo de brigas entre ela e sua mãe. Ela explica que sua mãe está aposentada. Contudo, ela e familiares (os avós, primos e tios) moram muito distantes da capital. Segundo ela, “anteriormente minha mãe me ‘forçava’ ir para lá” (sua cidade natal) “Agora que arrumei namorado na cidade, ela não quer que eu vá”. Ela usa uma aliança de compromisso. Ao chegar em sua cidade Rebeca prefere ficar com o namorado na cidade à ficar na fazenda com sua família, o que agrava ainda mais o relacionamento com sua mãe. Segundo ela, fica hospedada na casa de uma tia que mora na

cidade para ter mais tempo com o namorado. Depois do início do namoro seus estudos vão mal e disse estar desinteressada pelo curso. “Meu desejo era ficar no interior com o namorado.” (...) “É difícil ficar indo e voltando. Eu queria ficar lá com ele.” Parece que seu relacionamento também tem a marca desse ‘vai-e-vem’. “Por mim, ficaria por lá mesmo”.

Evidentemente, as coisas na vida de Rebeca estão diferentes. Ela diz que não se preocupava com nada, agora está muito angustiada. E segundo Rebeca “eu não sei o motivo”. (...) “Quando fico angustiada eu começo a comer. Eu não sou do tipo que fica triste e pára de comer. Aí que eu começo a comer, eu nem vejo”. Por isso chegou a iniciar uma psicoterapia, o que não deu certo. Segundo Rebeca “os psicólogos não eram ‘especialistas’ no assunto”. Fico pensando em qual assunto? Será sobre o assunto mãe e filha? Em que a mãe, ou nenhuma figura importante participe da sua vida, já que todas as decisões ela toma mesmo ‘sozinha’? Atualmente ela se encontra sofrendo. “Estou angustiada com tudo”. (...) “só como e choro”. E acrescenta: “ainda não tomei as medidas compensatórias” (...) “isso [o choro] não me traz nenhum benefício”. Parece que no caso de Rebeca nenhuma medida, nenhuma ‘medida compensatória’, nem a mais extrema, fez que alguém escutasse seu sofrimento.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

6.1. Sra. Ana, um discurso “plástico”.

Percebemos no discurso dos sujeitos um modo particular de falar sobre a autoconfiança. Parece que era necessário retirar (cortar) alguma coisa da sua história, talvez o curso mesmo da história, por si mesmos, para que houvesse um ganho que agora valeria a pena.

O termo “desconfiada” na fala da Sra. Ana faz eco na escuta do entrevistador que se questiona em quais pessoas ela “confia”. Assim como da escuta “(con)vencer”, me questiono sobre a “fiança” que ela dá a si mesma “...Foi uma decisão minha, totalmente minha” e que ela começa a “fiar”, “dever” ou “tecer” sua própria identidade, sua própria vida. Ela relata que não percebeu emagrecer, e me parece que ela não está atenta ao seu corpo, e sim ao que a decisão da cirurgia significa para ela. Ela descobre que pode controlar a sua vida, suas vontades, seu corpo, mas não o faz; ela precisa que o entrevistador seja fiador do seu sucesso, de como foi fácil, de como “foi maravilhoso, foi muito bom”. Ela entra em uma “lua-de-mel” com a cirurgia e fica presa aí, sem perceber “que nada mudou”, “... sou a mesma pessoa”.

A satisfação expressa pela Sra. Ana é a de ter conseguido tomar uma decisão por si mesma. Embora ela insista em dizer que ela se sente “muito satisfeita”, que foi tudo “maravilhoso”, ela diz que “ainda se enxerga gorda”. Ela se compara a sua colega de trabalho que também fez a cirurgia de redução do estômago. Contudo, ela diz “eu cortei”,

“eu arrochei”, como uma tentativa de marcar uma mudança em sua vida, marcar um “corte” que parece não ter ocorrido.

Durante a entrevista não fica claro o motivo que a levou a fazer a cirurgia. Em seu discurso não há associações, ele se constitui como um discurso vazio e ao mesmo tempo “plástico”, como que preparado, cuidadosamente elaborado, como se quisesse “vender algo”, “vender uma imagem”. A Sra. Ana modela um discurso para formar opinião, para “com-vencer” que ela agora “é uma outra pessoa”. O que na verdade me faz questionar sobre suas reais mudanças.

O desejo dela está hipotecado no imaginário. Ela chega a ponto de fazer uma cirurgia de estômago (um corte, uma ruptura) não por questão de peso, mas sim pela satisfação em fazer algo de si mesma, por si própria. Ela não percebe que está emagrecendo, em sua cabeça “a roupa da vitrine era pequena...” e só é com a insistência (ou seja, com a “fiança”) da vendedora da loja de roupas que ela passa a “reconhecer” que não está mais gorda, que talvez algo mudou em sua vida.

Há diferença entre aquilo que ela “aparenta”, talvez fosse melhor dizer, há uma diferença entre aquilo que ela me apresenta e aquilo que ela expressa de si no discurso que tece (fia). Ela me diz que está “muito satisfeita...” e que “nunca se sentiu tão bem”. Mas, ela não sabe dizer, por si mesma e a si mesma que está feliz. Na dúvida ela me pergunta: “não é para ficar feliz?” Parece que não. Parece que ela não está feliz e mais uma vez ela pede meu abono, minha fiança, querendo assim se “com-vencer” que está feliz.

A mudança física é inevitável, hoje está mais magra. Contudo, o seu afeto não encontrou as coordenadas para a mudança. Na verdade parece mesmo usar do corpo para encobrir o afeto, o que não fala, o que não demonstra. Criando uma máscara, uma

“plástica”, para que não entre em contato com seu afeto. As pessoas lhe cobram para fazer “plástica”, mas ela não quer fazer, “eu estou feliz com meu corpo atual, estou feliz assim, eu não vou fazer cirurgia plástica...”, ela já tem a sua plástica.

Dessa forma, parece que seu desejo encontra-se em suspenso. Está pendente, dependente da fiança do Outro. A cirurgia não trouxe a mudança esperada, não em sua subjetividade. E por isso ela cria um discurso para “convencer”, para aparentar, e se apresentar, fica sempre um subentendido, “um como se...” O que não deixaria de ser uma forma de negação. De negar o confronto com seu desejo, com a falta. O seu caminho, a sua travessia, encontra-se sustada, parada, ainda não resolvida apesar do ‘corte da cirurgia’. Não é por acaso que, ao ser interrogada se a cirurgia mudou algo em sua vida, ela me responde que não, que ela é a mesma pessoa.

6.2. Sra. Marta ou “não quero mais esse fardo”.

A análise do discurso dos sujeitos parece indicar que em nenhum caso a decisão de fazer a cirurgia foi motivada puramente por uma questão de saúde, devido a uma recomendação médica. A cirurgia da Sra. Marta não foi motivada por uma questão estética, de insatisfação com seu corpo, ou puramente por questão de saúde. Parece mais uma tentativa de mudança, de mudar a sua própria identidade. Ou seja, uma mudança quanto a quem é, o que parece ser referente ao que o significante “ser gordinha” a enviava.

As suas palavras mostram toda sua angústia em carregar esse “fardo”, esse “peso” demasiado, e mesmo que “seja dado por Deus...” ela poderia não suportar. Se, como ela

diz, “é Deus que nos dá o fardo que a gente pode carregar”, parece que ela não quer mais carregá-lo. Sobretudo, porque nesse caso ser gorda é “coisa de família”, é coisa da família de seu ex-marido. “Aqui em casa todo mundo é gordinho”, todo mundo é gordinho como “na família do pai dela”. Família de seu ex-marido, pai de sua filha. Mesmo que na casa dela “todo mundo seja gordinho”, como ela poderia continuar a ser gordinha, continuar com aquele “fardo” se “agora ele (o ex-marido) tem outra família?”

Fardo é um peso que se custa a suportar, o que impõe uma responsabilidade, e a Sra. Marta parece não querer “mais assumir essa responsabilidade...”, e continua, “é Deus que me dá forças para superar isso.” Superar a ausência do marido, superar sua falta.

Já se passaram dez meses da cirurgia, e no discurso da Sra. Marta, ela coloca que “ainda estou gordinha, mas pelo o que eu estava, já mudei muito...”. Mudou sua identidade, mudou sua vida. Não é mais casada, agora é divorciada. Identificada à sua ex-cunhada ela “vive sozinha, é solteira”. Elas “são como amigas”, como confidentes, como “irmãs”. Sua ex-cunhada que “a encorajava...” e por quem ela tem muita estima.

Contudo, a cirurgia de redução do estômago para a Sra. Marta parece significar mais que a pura perda de peso, de gordura. Trata-se de “um regime forçado”, que como ela diz “não é fácil”. Ou seja, foi uma mudança na forma de reger a vida, uma mudança na “maneira de viver”, mesmo que “no início a gente pensa que vai ficar louca”.

Mas, eu me pergunto por que ela ficaria louca? Será porque “o difícil é passar vontade?”; de desejar sem poder ter o objeto? Talvez seja por isso que a Sra. Marta me diz que “para amenizar a vontade a gente inventa de tudo”. Mesmo que esse “fardo” dado por Deus ainda continue a “pesar” em sua vida.

6.3. Lurdes: a “bela adormecida” ou “o príncipe que virou sapo”.

Nota-se que é sob à condição de um luto, de uma perda, que quase a leva à morte e que a faz sofrer muito, que Lurdes vai falar durante toda sua entrevista. Ela ficou “entre a vida e a morte”, permaneceu, ao que me parece ainda permanece, num luto interminável em que “eu sentia muitas ‘dores’”, sobretudo enquanto “estava acordada”. Será preciso então “adormecer”, ficar “desacordada”, para não sofrer mais?

Lurdes se lembra que “sempre foi uma mulher bonita e vaidosa” e que “sempre foi elogiada e desejada”. Contudo, mesmo que ela seja uma mulher “bonita e desejada”, formada na faculdade de medicina, ela se casa com o namorado do tempo de faculdade, “um rapaz do interior” que cuida da fazenda. Parece que ela “sabia dos riscos”; riscos da cirurgia, riscos do casamento, pois foi depois da separação (perda do objeto de amor?) que ela começa a engordar e “...sua vida parou”. Ela se questiona, “por que isso foi acontecer comigo?” Por que logo ela que era “bonita e desejada”, bem instruída, foi “cair adormecida” (ficar em coma) por meses?

Ao ter a oportunidade de falar da experiência da cirurgia, Lurdes expressa seu sofrimento, e isto permitiu a inserção de sua história na narrativa em que sua cadeia associativa aponta para uma perda, para um luto em torno de um objeto para sempre amado, odiado e perdido.

Ela relata que quer “mudar tudo isso”, que como médica “sabia dos riscos”, mas vai ficar muito tempo ‘adormecida’, presa em seu sintoma, não é por acaso que ela vai me dizer que “até hoje eu não arrumei outro namorado”. Será por que a sombra de seu amor, do objeto para sempre amado, odiado e perdido, ainda permanece sobre ela? Será por que

ela ainda se encontra identificada ao objeto? Mesmo que ela reconheça que “ficou muito tempo adormecida”, ela parece ainda permanecer identificada ao objeto, sem fazer esse luto, ela permanece desacordada sem “saber como deixou que a situação chegasse a esse ponto.”

No seu discurso Lurdes nunca aceitou engordar, desde que começou a engordar “sua vida parou”. Não parou porque engordou, parou devido a uma perda. Ela deixa de sair, ela não tem ânimo para mais nada, ela deixa de ser vaidosa, e a família, os seus amigos médicos, todos a instruíram a fazer uma dieta, a controlar o que ingeria. Mas ela está tomada pelo *Outro*. “Teve momentos que perdi minha lucidez.” Perdeu a lucidez e já não conseguia enxergar que o “Príncipe Encantado” virou “Sapo”.

Apesar de Lurdes ainda estar “em recuperação”, e visivelmente abatida, ela me diz que “faria tudo de novo”. Talvez mesmo até morrer pelo objeto.

6.4. Rebeca, ou “idas e vindas...” e “vai-e-vem”.

Rebeca dirá suas angústias sob o significante de um movimento de “vai e vem”. Sobre as “idas e vindas” de cidades, sobre as “idas e vindas” de seus pais, de seu peso, de sua angústia... e dos quais é “muito doloroso” falar. Ela achou que “ia se recuperar logo”, e “não imaginava que ia ser assim”; mas, ser assim como? Ser um assim um processo de adaptação penoso, doloroso e confuso? O processo de adaptação que ela fala não é o da cirurgia, mas ela fala de sua vida, de seus relacionamentos.

Já no início da entrevista ela me adianta que não está adaptada, parece não estar adaptada às mudanças em sua vida, ao seu movimento de “vai e vem”. Ela é jovem, tem vinte e um anos, e faz a cirurgia pensando que tudo vai melhorar, entretanto agora “tudo está diferente depois dela.” Está diferente porque ela já não é mais criança, ela já não é mais “a criança ‘mimada’”, que ela um dia acreditou ser? Ela já não pode ser indiferente ao que acontece com ela. Ela diz que “sempre teve tudo o que queria, que foi ‘muito mimada’”, mas no seu discurso não parece ter sido assim. Ter tudo, poder fazer tudo o que quisesse, sem limite, sem ser contestada, era o mesmo que não ter nada, não ter a presença de seus pais. Sua mãe “nunca diz nada... nunca opinou muito.”

Não é por acaso que, mesmo que tenha a presença física de pessoas como a avó e os primos, ela ainda se “sente sozinha”. Ela não está completa, não está feliz, não tem a companhia, não tem a presença da pessoa esperada, desejada. Ao falar de seu pai ela evoca uma lembrança, a lembrança dos “pratos deliciosos que ele sempre lhe preparava todas às noites”. Relação essa “cortada” devido “às necessidades de trabalho”, devido “às idas e vindas” do casamento de seus pais, devido à ausência de seus pais. Rebeca encontra dificuldade de se adaptar à cirurgia, ela me relata que seu peso está um “vai e vem” como foi sua vida, como foi a relação de seus pais e como foi a sua relação com seus pais. Como ela diz: “é difícil ficar indo e voltando”, e completa, “por mim, ficaria por lá mesmo.”

Ela não consegue controlar o peso, muito menos as brigas com sua mãe que “agora está aposentada” e passa mais tempo com ela. Ela não sabe o motivo, mas agora está “angustiada com tudo” e “só come e chora”. Ela me diz que ainda não tomou “as medidas compensatórias”, contudo, eu fico pensando se a cirurgia de redução do estômago não veio ser uma “medida”, uma “medida compensatória” para aliviar seu sofrimento?

CAPÍTULO 07

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Com o corpo, é sempre questão de desejo.

Com o corpo, é sempre questão de sujeito,
e com o corpo, é sempre questão de identidade.”

François Perrier

Todo e qualquer sofrimento só existe quando o “experimentamos”. E que não se negligencie que nós só podemos “experimentar o sofrimento” devido a certas faculdades de nosso corpo. Contudo, nós só temos acesso às nossas sensações e experiência, e, essas, são sobredeterminadas. Como aponta Del Volgo (1998), com relação ao outro, à pessoa que nos fala sobre seu sofrimento, nós só temos acesso de forma indireta, sob a forma de “fatos de linguagem”, ou seja, através da fala.

Dito isso, toda pesquisa em clínica tem como reflexão o próprio dispositivo de pesquisa. Ou seja, o que aconteceu nessa situação a dois, nessa situação de pesquisa que se revela como terapêutico, e que pode revelar o sujeito. A ocasião de uma preocupação corporal, como no caso da cirurgia de redução do estômago, pode se tornar um estímulo indutor de uma narrativa pelo sujeito, mas que todo seu relato fica condicionado desde o início à capacidade de escutar, aos atos, que são “atos de linguagem” do próprio interlocutor, que nesse caso é o próprio pesquisador. No final das contas, o “propósito é instituir que, quando escutamos alguém, convém em primeiro lugar ouvi-lo.” (Del Volgo, 1998, p. 178).

Embora a questão da pesquisa em Psicanálise seja objeto de polêmica, qualquer “método” ou percurso escolhido deve procurar levar em consideração o fundamento mesmo da prática (ou da “técnica”) psicanalítica, a transferência. Assim, para Gori (1998) a transferência é o coração do dispositivo de escuta. Não se trata da análise do material escrito, mas da experiência com o sujeito de maneira que distorções subjetivas, omissões, reflexões *posteriori*, de ambos os protagonistas se fazem presentes. Os acontecimentos aqui relatados, e que são fatos lingüísticos, não têm a menor possibilidade de serem descritos com palavras de maneira inequívoca. Toda a origem de nossa reconstrução pertence unicamente a esse momento, ao momento da pesquisa. Como aponta Del Volgo (1998), “a reconstrução do passado pertence unicamente ao paciente.” (p.181)

Dentro dessa perspectiva, a construção de uma narrativa sobre seu sofrimento, quando acolhida dentro de um dispositivo de escuta, pode se tornar o “fio condutor” dos conteúdos inconscientes. A interpretação do relato da entrevista em clínica somente pode ser validada dentro de um contexto intersubjetivo (Stein, 1988). Cada palavra, cada sonoridade só adquire sentido na situação de entrevista. Cada palavra pronunciada, cada gesto, cada intervenção, tem sua determinação no discurso do entrevistado. Como aponta Gori (1998a), o material a ser analisado são “os efeitos do discurso desses pacientes sobre a escuta do analista” (p. 62). Assim, por analogia, os efeitos do discurso dos entrevistados no entrevistador. Mediante ao “instante de dizer” (Del Volgo, 1998), abre-se uma possibilidade ao sujeito de “historicizar” seu sofrimento, pela associação livre. Ou seja, como coloca a autora, oferece-se a ocasião para que “os traços mnésicos e o corpo sexual infantil” possam se dizer no discurso associativo do sujeito.

A atualidade do discurso dos entrevistados nos permite dizer que cada sujeito de um modo particular vai falar sobre o seu sofrimento. Parece que para os sujeitos foi necessário retirar (cortar) alguma coisa da sua história, talvez o curso mesmo da história, por si mesmos, para que houvesse um ganho que agora valeria a pena. Um ganho de uma outra vida, de uma outra maneira de viver. O impacto de uma intervenção que visa o “corte”, a retirada de uma parte de sua história. Não se trata, como no caso da doença, de um sujeito doente que clama ao seu médico que lhe restitua o estado de saúde anterior. Mas trata-se de um desejo de promover um novo “estado de coisas”, uma nova vida, em alguns casos, até uma mudança de identidade. Mais uma vez, a análise do discurso dos sujeitos parece indicar que a decisão de fazer a cirurgia não foi motivada puramente por uma questão de saúde, menos ainda devido a uma “recomendação médica”.

Não é por acaso que, a partir da análise do material de pesquisa, fica a impressão que a ocasião de uma intervenção corporal, que mobiliza o afeto de angústia, que mobiliza o desejo, é o que esconde e camufla esse desejo. O corpo é eleito para manter longe da consciência esse desejo, mantido em seu discurso sob o disfarce de uma queixa física. A angústia é mobilizada na ocasião do pedido, na ocasião da solicitação de uma intervenção corporal (que nesse caso parte da própria pessoa, do próprio sujeito que recorreu à cirurgia de redução do estômago), bem como no momento em que é solicitado ao sujeito falar (entrevista), falar de sua experiência, de seu sofrimento, ou seja, no momento em que ele dirige sua fala ao pesquisador. Como aponta Del Volgo (1998), tanto a angústia somática, (despertada por uma representação inconsciente), quanto um conteúdo representativo (que desencadearia a angústia), participam das formações psíquicas dos sujeitos que encontram através de um relato de sua história, que é única e particular, a maneira de se dizer.

A cirurgia se mostra como mais uma tentativa de mudança, de mudar a sua própria identidade. Ou seja, uma mudança quanto ao que o sujeito é, quanto ao que o significante “ser gordinha” o envia, o remete, enquanto representação, enquanto afeto. Como foi dito na entrevista, a cirurgia de redução do estômago constitui-se num verdadeiro “regime forçado”. Mas não é do regime físico, da perda de peso que os sujeitos falam, mas do regime de suas vidas, na mudança na forma de reger a sua vida, na “maneira de viver” e principalmente de se relacionar com o Outro.

Contudo, devemos manter a cautela por não estarmos habilitados a dizer que fazer a cirurgia de redução do estômago necessariamente promove uma mudança na identidade das pessoas. Mas podemos formular uma hipótese que a cirurgia pode se constituir como uma via para o sujeito, uma via imaginária, de uma mudança em sua vida, em sua identidade, que pode não se concretizar. A mudança no corpo, nas dimensões do corpo pode ser idealizada como uma via “concreta”, materializada, de uma verdadeira reconstrução da vida. Não é por acaso que os sujeitos parecem demandar a cirurgia sem um “real desejo de emagrecer”.

Os sujeitos tecem um discurso, fiam a rede de significados que vem dar-lhes uma resposta, de uma construção via regressão de sua própria história e que nesse caso, de forma radical, trata-se de um verdadeiro “corte em suas histórias”.

Se a experiência humana com o desejo é uma experiência trágica, de uma tentativa, repetitiva de “adaptação” possível, de uma tentativa de “conciliação” frustrada, impossível, então a cirurgia pode oferecer a oportunidade de o sujeito constatar um investimento, de constatar seu desejo, sem que saiba sua verdadeira gênese. Ele se coloca a

questionar, a se confrontar com sua falta, com seu desejo, e portanto, com essa outra história.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, B. de & Ferrira, S. R. G. (2005). Epidemiologia. Em A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 185-194). Barueri, SP: Editora Manole.
- Almeida, S. de S., Nascimento, P. C. B. D. & Quaioti, T. C. B. (2002). Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 36 (3), 353-355.
- Anzieu, D. (2000). *O eu-pele*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Áries, P. & Duby, G. (1992). *História da vida privada: da primeira guerra a nossos dias*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Associação Americana de Psicologia (1995). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. (4º edição). São Paulo, SP: Artes Médicas.
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Berlink, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- Bruno, C. A. N. B. (2003). Considerações sobre os distúrbios alimentares a partir da teoria psicanalítica. Em R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Orgs.), *Psicossoma III: interfaces da psicossomática* (pp. 159-170). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Birman, J. (2000). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Campos, D. T. F. (2006). Metáforas na fala do paciente: analogia cognitiva ou equívocidade sonora? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 8, 39-45.
- Campos, D. T. F. & Campos, P. H. F. (2004, setembro). *Obesidade: estrutura psicopatológica ou modalidade moderna de expressão de diferentes subjetividades?* Trabalho apresentado no I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Nacional de Psicopatologia Fundamental, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996). National Center for Health Statistics. *Analytic and Reporting Guidelines: Third National Health and Nutrition Examination Survey Data (NHANES III/ 1989-1994)*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, CDC.

- Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e classificação. Em M. A. Nunes, U. C. Appolinário, A. L. G. Abuchain, W. Coutinho e colaboradores. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 197-202). Porto alegre, RS: Artmed.
- Czeresnia, D. (2001). Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 7(2), 341-356.
- Dejours, C. (1998). *Biologia, psicanálise e somatização*. Em R. M. Volich, F. C. Ferraz & M. A. de A. C. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica* (pp. 39-50). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Del Volgo, M.-J. (1998). *O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. São Paulo, SP: Escuta, Goiânia, GO: Ed. da UCG.
- Enriquez, E. (1991). *Da horda ao estado: psicanálise do vínculo social*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Felippe, F. M. L. (2004). O peso social da obesidade. *Comunicação e Saúde: Revista digital*, 1 (1).
- Felippe, F. & Santos, A. M. dos (2004). Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista da ADPPUUCRS*, 5, 63-70.
- Fédida, P. (1998). Em torno da causalidade e da causalidade psíquica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 52-75.
- Filho, F. F. R. (2005). Avaliação clínica. Em A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 227-234). Barueri, SP: Editora Manole.
- Ferreira, V. A. & Magalhães, R. (2005). Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1792-1800.
- Flegal, K. M.; Graubard, B. I.; Williamson, D. F. & Gail, M. H. (2005). Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *Journal of American Medical Association*, 293, 1861-1867.
- Freud, S. (1895/2004). Estudos sobre a histeria. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.13-316.
- _____. (1900/2004). A interpretação dos sonhos (primeira parte). Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.IV. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.11-363.
- _____. (1905/2004). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.VII. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.119-231.

- _____. (1911/2004). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.233-245.
- _____. (1914/2004). Sobre o narcisismo: uma introdução. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.77-109.
- _____. (1915/2004). Os instintos e suas vicissitudes. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.117-144.
- _____. (1916-1917[1915-1917]/2004). Conferências introdutórias. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XV. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.13-230.
- _____. (1920/2004). Além do princípio de prazer. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.13-77.
- _____. (1923/2004). O ego e o id. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.15-80.
- _____. (1940[1938/2004]). Esboço de psicanálise. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.157-185.
- _____. (1930[1929/2004]). O mal-estar na civilização. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.67-150.
- Giddens, A. (1991). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Gigante, D. P.; Barros, F. C.; Post, C. L. A. & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista Saúde Pública*, 31(3), 236-246.
- Gori, R. (1998a). *A prova pela fala*. São Paulo, SP: Escuta, Goiânia. GO: UCG.
- Gori, R. (1998b). A paixão da causalidade: uma fala em causa? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(2), 59-84.
- Gusmão, M. H. (2002). Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 44.
- Halpern, A. (1998). Obesidade: considerações terapêuticas. Em G. Medeiros-Neto (org.) *Obesidade: uma nova fronteira metabólica* (pp. 160-165). São Paulo, SP: Aché.
- Halpern, A & Mancini, M. C. (1999). Como diagnosticar e tratar a obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 56, 131-140.

- Halpern, A & Mancini, M. C. (2000). O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 07 (2), 166-171.
- Halpern, A & Mancini, M. C. (2002). *Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo, SP: Roca.
- International Association for the Study of Obesity – IASO (2002). *Obesity: newsletter*. Vol 4, ISSUE 1.
- Lacan, J. (1972-73/1985). Mais, ainda. *Seminário XX*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (2ªed.)
- Loli, M. S. A. (2000). *Obesidade como sintoma*. São Paulo, SP: Vetor.
- Martins, F. (1999). O que é pathos? *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 2(4), 62-80.
- Martins, F. (2002). *O complexo de Édipo*. Brasília, DF: Editora da UnB.
- Martins, F. (2003). *Psicopatologia II: Semiologia Clínica: Investigação teórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. Brasília, DF: Editora da UnB.
- Martins, F. (2005). *Psicopatologia I: Prolegômenos*. Belo Horizonte, MG: PUC-Minas.
- Melo, A. L. C. C. (2001) *Uma expressão do corpo em tempos de fast-food: elementos depressivos e maníacos na obesidade*. Dissertação de mestrado, UCG.
- Mark, D. H. (2005). Deaths Attributable to Obesity. *Journal of American Medical Association*, 293, 1918-1919.
- Mendes, M. J. F. de L.; Alves, J. G. B.; Alves, A. V Siqueira, P. P. & Freire, E. F. de C. (2006). Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 49-54.
- Mendonça, C. P. & Anjos, L. A. dos (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3): 698-709.
- Souza, M. L. de (1998). “Psicossomática, ‘uma saída’ fora da estrutura” *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 141-150.
- Monteiro, C. A. (1999). Epidemiologia da obesidade. Em A. Halpern, A. F. G. Matos, H. L. Suplicy, M. C. Mancini & T. Zanella (orgs.) *Obesidade* (pp. 15-30). Porto Alegre: Lemos.

- Monteiro, C. A.; Conde, W. L. & Castro, I. R. R. de (2003). A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 67-75.
- Nasio, J.-D. (1997). *Lições sobre os sete conceitos cruciais da Psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Neves, S. M. R. (1998). *Introdução: breve panorama histórico da psicossomática psicanalítica*. Em R. M. Volich, F. C. Ferraz & M. A. de A. C. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica* (pp. 35-38). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Paiva, L. M. & Silva, A. M. A. P. N. (1994). *Medicina Psicossomática: psicopatologia e terapêutica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Pi-Sunyer, F. X. (1991). Health implications of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53(Suppl): 1595-1603.
- Rankinen, T.; Pérusse, L.; Weisnagel, S. J.; Snyder, E. E. ; Chagnon, Y. C. & Bouchard, C. (2002). The Human obesity gene map: the 2001 update. *Obesity Research*, 10, 196-243.
- Revista Veja (2002). Entrevista com Philip James (ed.1766).
- Salve, M. G. C. (2006). Obesidade e peso corporal: riscos e conseqüências. *Movimento e Percepção*, 6 (8), 29-48.
- Serra, G. M. A. & Santos, E. M. dos (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3): 691-701.
- Schiller, P. (2003). As psicossomáticas. Em R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (orgs.), *Psicossoma III: interfaces da psicossomática* (pp. 27-32). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Stein, C. (1988). *O psicanalista e seu ofício*. São Paulo, SP: Escuta.
- Uehara, M. H. & Mariosa, L. S. S. (2005). Etiologia e História Natural. Em A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 195-202). Barueri, SP: Editora Manole.
- Volich, R. M. (1998). *Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática*. Em R. M. Volich, F. C. Ferraz & M. A. de A. C. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica* (pp. 17-34). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Volich, R. M. (2003). *O eu e o outro: esboço de uma semiologia* Em R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (orgs.), *Psicossoma III: interfaces da psicossomática* (pp. 309-325). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

World Health Organization (2000). *The World Health Report: Health System: Improving. Technical Report Series*, Geneva: WHO.

World Health Organization (2002). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Technical Report Series*, 916. Geneva: WHO.