

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

O Impacto da Cirurgia Bariátrica na Relação de Casal: Uma Perspectiva dos Cônjuges Masculinos

Flávia Bittar Arantes

Goiânia
Abril, 2008

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

O Impacto da Cirurgia Bariátrica na Relação de Casal: Uma Perspectiva dos Cônjuges Masculinos

Flávia Bittar Arantes

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Realizado sob orientação do Professor Doutor Pedro Humberto Faria Campos e co-orientação da Professora Doutora Denise Teles Freire Campos.

Goiânia
Abril, 2008

Folha de Avaliação da Católica

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai,
primeira pessoa que sonhou comigo e
acreditou nesta vitória.

AGRADECIMENTOS

Aos sujeitos desta pesquisa, que contribuíram de forma prestativa, disponibilizando seu tempo para as entrevistas, me confiando relatos valiosos de suas histórias.

Ao Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos, por se fazer tão presente, me direcionando sempre a cada nova etapa. Pelas palavras de incentivo e confiança. Sou muito grata por tudo.

À Prof.^a Dr.^a. Denise Teles Freire Campos pela colaboração e co-orientação do meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda, por aceitar fazer parte de minha banca desde o início, contribuindo com valiosas sugestões. Pelo respeito e dedicação, minha gratidão.

Ao Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira por se disponibilizar a participar da minha banca de defesa. Meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Sebastião Benício Neto, pelas considerações feitas e dedicação ao meu trabalho em minha banca qualificação.

Às colegas de mestrado Jordana e Lúcia e tantos outros que fiz neste caminho, pelo apoio e contribuições prestadas. Sou muito grata por tê-los por perto.

À minha mãe e ao meu irmão, que sempre me apoiaram e torceram para comemorem comigo mais esta vitória.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1.....	03
A Obesidade como Objeto de Intervenção Médica.....	03
1.1) Obesidade e Saúde	03
1.2) O Corpo Obeso e a Psicanálise	09
1.3) Cirurgia Bariátrica.....	16
CAPÍTULO 2.....	21
A Imagem Social do Corpo na Atualidade.....	21
2.1. Sujeito e Cultura	21
2.2. Cultura Contemporânea e a Imagem do Corpo	27
CAPÍTULO 3.....	35
Da Identificação a Escolha Objetal	35
3.1. Relação de Objeto	35
3.2. Relações Amorosas na Atualidade.....	42
CAPÍTULO 4.....	48
Percurso de Pesquisa: Sobre O Dispositivo Clínico.....	48
4.1. Considerações sobre o Objeto	48
4.2. Considerações sobre o Método.....	49
CAPÍTULO 5.....	53
Análise das Entrevistas	53
5.1. 1ª Entrevista: Arnaldo	53
5.2. 2ª Entrevista: Osvaldo	61
5.3. 3ª Entrevista: Roberto.....	67
CAPÍTULO 6.....	73
Considerações Finais	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

RESUMO

A cirurgia bariátrica ou cirurgia de redução de estômago refere-se a um conjunto de técnicas cirúrgicas que contribui para redução drástica do peso. Destinada a portadores de obesidade mórbida, tem o objetivo de retirar a pessoa do risco de vida. Hoje se tornou grande investimento médico e solução instantânea para todos os problemas associados à obesidade. Este trabalho teve um caráter exploratório e buscou estudar o impacto da cirurgia bariátrica na relação de casal sob a perspectiva dos cônjuges masculinos. Estes foram indagados sobre aspectos da relação de casal desde namoro, noivado, casamento, filhos, lazer, trabalho fazendo um paralelo destes eixos depois da submissão cirúrgica. Foram realizadas três entrevistas do tipo clínico, nas quais os critérios teóricos relevantes para análise foram: identificação, relação de objeto e contemporaneidade. Nos dias atuais a preocupação com a beleza tornou-se sinônimo de preocupação em ser magro e tem levado as pessoas em busca do modelo de corpo perfeito a qualquer preço. A maciça exigência da cultura e da mídia em prol da beleza, principalmente no que se refere ao corpo feminino, leva cada vez mais mulheres a recorrerem a infinitos meios e tratamentos que as mantenham jovens e magras, um modelo cada vez mais próximo ao esquelético. A cirurgia da obesidade foi um “caminho” encontrado como fórmula mágica para resolver um problema que tem dimensões múltiplas, e, portanto deixa lacunas e, assim necessidade de pesquisas. Buscou-se neste estudo, simbolicamente, o sentido da cirurgia para os maridos, e como perpassava a relação a dois. A cirurgia vem como uma necessidade de mudança, e assim, desacomoda a relação. Percebe-se um sujeito na relação de demanda, ou seja, vivendo intensamente situações conflituosas entre narcisismo e Complexo de Édipo. Notou-se que a cirurgia para eles remetia a muitas idéias relacionadas a fantasias de perda, tais como separação mãe-bebê, separação criança-

adulto, separação magro-obeso, separação marido-mulher. Separar não é fácil, é fazer uma cirurgia, neste caso, uma cirurgia a dois.

Palavras-chaves: Psicanálise, Cirurgia Bariátrica, Escolha de Objeto, Contemporaneidade.

ABSTRACT

The bariatric surgery, or weight loss surgery, refers to a group of surgical techniques that contributes to drastic reduction of the weight. Destined to bearers of morbid obesity, it aims to remove the person from a life risk. Today it has become a great medical investment and instantaneous solution for everything that is associated with obesity. The present research had an exploratory nature and it aimed to study the impact of the weight loss surgery, also known as bariatric surgery, under the spouses' perspective. They were questioned about aspects of couple's relationship concerning to first dates, engagement, marriage, children, leisure and work, making a parallel of these points after the surgical submission. Three interviews of this clinical sort were accomplished, in which the important theoretical criteria to the analysis were: object relationships, transfer, identification and contemporary condition. Nowadays, the concern with the beauty became synonym of being thin and it has been pushing people to do whatever it takes to get the perfect body model. The solid demand of the culture and media on behalf of the beauty, mainly in what is referred to the feminine body, makes a big range of women run over to infinites means and treatments that keep them young and thin, close to a skeletal model. The weight loss surgery was found as a magic formula to solve a problem with multiple dimensions and, therefore, leaves gaps and needs of research. In a symbolic point of view, this research aimed to find out the husbands' sense of the surgery and also how a relationship would be carried out between a couple. It is noticed a character in a demand relationship, what means, in other words, that the person is living intensely conflicting situations between narcissism and Oedipus Complex. It was noticed that the surgery for them would remit many ideas related to fantasies of loss, such as mother-baby separation, child-adult separation, thin-obese separation and husband-

woman separation. To separate isn't easy. It is really to perform a surgery and, in this case, a surgery between two people.

Key-words: Psychoanalysis, Bariatric surgery, Object Choice, Contemporary.

INTRODUÇÃO

O corpo está presente em todas as dimensões humanas. O contexto atual, influenciado pela mídia, aponta para uma exagerada preocupação com as aparências externas, do ter, em detrimento da essência, do ser. A metáfora do ter e do ser na atualidade coloca o sujeito a “te-cer” um corpo que responda aos apelos midiáticos. O corpo perpassa séculos trazendo consigo significados diversificados e impõe o que deve satisfazer o desejo do outro. Assim, os altos índices indicativos do crescimento da obesidade na atualidade e as sérias conseqüências físicas, psíquicas e sociais, acarretam ao obeso uma imagem de transgressor da ordem imposta de beleza vigente.

Baseado em entrevistas do tipo clínico, buscou-se pesquisar em meio a esta realidade, os efeitos da cirurgia bariátrica na relação de casal. A partir dos conceitos de relação de objeto, identificação, transferência e contemporaneidade, a análise foi feita no sentido de entender o impacto do emagrecer na relação de casal. Dispositivo de escuta clínica utilizado por Del Volgo (1998), a linguagem e os significantes tornam-se psicanálise, a apreensão mais perfeita de restaurar o que se desconhece. Assim como diz René Char (citado por Del Volgo, 1998) “as palavras que vão surgir, sabem de nós o que ignoramos delas” (p.11).

A partir da fala do sujeito que se expressa, apreende-se simbolicamente o sentido da cirurgia na percepção dos cônjuges. Fazer uma cirurgia é fazer uma separação, separar o magro do obeso. Separar é reviver inconscientemente, entrar em contato com sentimentos muito antigos e causadores de mal-estar. Revelam-se fantasias primárias infligidas por feridas narcísicas revividas na separação mãe-bebê

e atualizadas na perda do amor eterno e na fantasia da separação do casal. Viver no mundo adulto é estar diante da possibilidade de escolher e amadurecer.

A transferência seria a possibilidade de restituir o modo de se relacionar com o outro, o modo de refazer a economia libidinal. Seja esta num processo de ida e vinda, seja temporalmente, entre o passado e a atualidade, seja geograficamente, entre o longe e o perto, ou de uma pessoa a outra (Hanns, 1996).

Finalmente, fundamentado a partir do referencial psicanalítico para compreensão das manifestações psíquicas da escolha objetal, o presente estudo buscou investigar a percepção dos cônjuges sob o impacto da cirurgia de redução de estômago, conhecida como cirurgia bariátrica. Dando lugar à fala dos sujeitos, estes puderam recontar, a partir de seus pontos de vista, esta nova história.

CAPÍTULO 1

Obesidade como Objeto de Intervenção Médica

A história do corpo opulento pode ser lembrada desde períodos muito primitivos. Em outras épocas, o sentido dado ao excesso de gordura correspondia a outros valores e outras formas de preceitos. É interessante retroceder a estes períodos para compreender o significado e importância dada à opulência em outros tempos e como foi se estabelecendo na contemporaneidade as premissas frente à pessoa obesa.

1.1. Obesidade e Saúde

Desde a sociedade romana, o que se via eram grandes celebrações festivas e rituais onde se gozava o prazer da gula. Para eles, o corpo opulento significava riqueza e prosperidade, concedendo valor estético e político em reciprocidade ao status social do indivíduo (Campos & Campos, 2004).

Apesar desse valor dado às grandes formas opulentas, nos anos 400 e 300 a.C., Hipócrates já retratou certa preocupação com o excesso de gordura e incitou a busca pelo emagrecimento. Médico grego, já orientava dietas e exercícios físicos para a saúde e observava que as pessoas gordas morriam de morte súbita mais frequentemente que as magras e mulheres gordas eram menos férteis. (Melo, 2001).

Assim, atitudes de descrença e a desvalorização da pessoa obesa foram frequentemente notadas. Na Idade Média (séc. V ao séc. XV), Rochner retratou a obesidade em seu quadro ‘Último Julgamento’, de forma preconceituosa e moralista, correlacionando gordura com inferno e de outro lado, corpo magro como

merecedores do céu. Adveio daí a gula, como um dos sete pecados capitais (Melo, 2001).

Com a instauração da moral judaico-cristã, surge a ambivalência em relação ao corpo: por um lado é ressaltado a ‘generosidade das formas’, por outro (séculos XV e XVI) passa a ser suspeito de indicador de gula (Campos & Campos, 2004). A partir dos sécs. XVIII e XIX já se observavam certa preocupação com o problema de excesso de gordura. A influência do acelerado ritmo da vida moderna, trazia conseqüências de ordem psíquica e física à população. A gordura em excesso já gerava discriminação e, ao mesmo tempo, preocupação com a saúde (Melo, 2001).

Século XIX instauração do romantismo, a beleza feminina tende-se mais próxima do corpo opulento, porém sem excessos, que já era vista, neste momento, como valor negativo do corpo em si (Campos & Campos, 2004). Apesar de corpos opulentos terem sido retratados em obras de arte desde os tempos pré-históricos, nesta época a gordura não se consistia em fator de atenção. A obesidade é uma construção do século XX, e foi nessa época que começou a ser tratada como ‘problema’.

A partir dos anos 20, ocorre um movimento progressivo no sentido de perpetuar hábitos de higiene e certos cuidados com o corpo (Áries & Duby, 1994, citado por Minerbo, Khouri, Ajzenberg & Grunberg, 1997, p. 810). Segundo Ades e Kerbauy (2002), nos anos 50, obesidade era considerada reflexo de distúrbios de personalidade. Nos anos 60, passou a ser considerada fruto de hábitos alimentares desadaptativos. Os estudos sobre emagrecimento proliferaram nos anos 70 e 80.

Nota-se que a obesidade vai ganhando novos contornos no decorrer da história. Além da preocupação maciça com a saúde, vários aspectos desvalorativos vão sendo acrescentados e o obeso, visto como uma pessoa descuidada, que não tem

força de vontade, passa a ser considerado um transgressor do padrão ideal estético na atualidade.

De acordo com Eco (2007, citado por Ferraz, 2007) ser belo ou feio depende da época e da cultura. Ele afasta-se da idéia de beleza absoluta e imutável, com distintos valores conforme a época e o país. Trata-se de diferenciar belo e beleza. O primeiro é subjetivo e individual, é a essência. Beleza, por outro lado é externo e tenta responder aos estereótipos da cultura.

Segundo o nutricionista Jean Trémolières (citado por Fischler, 1989) a sociedade contribui com a obesidade e não tolera o obeso. Fischler (1989) afirma que uma das características é a lipofobia, obcecação pela magreza e rejeição maníaca à obesidade. Mais adiante, continua dizendo que há um século, nos países ocidentais desenvolvidos, os gordos eram amados, hoje, nos mesmos países, valorizam-se os magros.

Assim, a sociedade julga os obesos conforme os padrões estéticos estabelecidos de beleza, adaptados ou desadaptados, ou seja, aqueles que se adaptaram às normas vigentes e os obesos como aqueles que não conseguiram segui-las. Surgem estereótipos em relação à pessoa obesa, por um lado são associados à simpatia, amabilidade, por outro a imagem obesa inspira a lipofobia como um sintoma social (Novaes e Vilhena, 2002).

A existência de um duplo estereótipo do gordo pode ser assim resumida:

O primeiro é o de um homem roliço, extrovertido, dotado para as relações sociais, bancando voluntariamente o brincalhão, contando histórias nos fins dos banquetes, sofrendo provavelmente por sua corpulência em seu foro íntimo, mas nada deixando transparecer. O segundo é bem

diferente. É um doente ou um depressivo, um egoísta desenfreado ou um irresponsável sem controle sobre si mesmo. O primeiro é um gordo simpático. O segundo, um obeso que só suscita a reprovação, quando não a aversão (Fischler, 1989, p. 71).

Isto nos remete a pensar que sociedade e cultura impõem um modelo de beleza e instituí nas últimas décadas do século XX, uma discriminação contra o corpo obeso: o corpo obeso vai se tornar sinônimo de feio, doente (não-saudável), preguiçoso, sujo, e seu portador (o obeso) passa a ser julgado socialmente como uma pessoa “fraca”, no sentido de gulosa, sem controle, que não se cuida e que tem problema.

Foi devido à gravidade da doença e ao crescente aumento de número de pessoas acima do peso considerado ideal, que a obesidade vem sendo considerada uma epidemia e denominada de ‘a doença do século XXI’ pela Organização Mundial de Saúde (Ballone, 2003).

Afirma James (2002): “é uma epidemia de obesidade que há vinte anos não pára de se espalhar” (p. 01).

Segundo a Associação Brasileira de Estudos sobre a Obesidade - ABESO - obesidade dá-se em graus variados, e vai desde o sobrepeso discreto até a obesidade mórbida (Psique Web, 2003).

Um parâmetro que define de forma simples a existência da obesidade é o Índice de Massa Corpórea, calculado pela seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$. Pode ser classificado segundo tabela abaixo (Mancini, 2004, In Júnior (Ed):

Tabela 1: Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e riscos de doença

IMC (kg/m ²)	Classificação	Obesidade Grau	Risco de Doença
< 18,5	Magreza	0	Elevado
18,5 – 24,9	Normal	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	I	Elevado
30 – 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥ 40,0	<i>Obesidade Grave</i>	III	<i>Muitíssimo elevado</i>

Fonte: OMS

De acordo com Halpern (1994), quanto maior o Índice de Massa Corpórea, maior é a incidência de mortes e doenças, porém também aumenta o índice de mortalidade em sujeitos com IMC baixos, principalmente por doenças infecciosas e dos pulmões. A menor taxa de mortalidade, e, portanto, IMC mais saudável, situa-se entre 22 e 27 kg/m², mostrando que pequeno nível de sobrepeso é benéfico à saúde e ajuda a prevenir doenças.

Ballone (2003) relata que a porcentagem de gordura corporal admitida deve situar-se entre 15 e 18% para homens e entre 20 e 25% para mulheres. Homens com percentual acima de 25% e mulheres com mais de 30% podem ser considerados obesos. Pessoas com IMC acima de 40% são portadoras de obesidade mórbida.

Pesquisa publicada na revista científica *Journal of American Medical Association*, mostra que “pessoas ligeiramente acima do peso tenderiam a viver mais do que quem é obeso ou está abaixo do peso normal”. Situando a maior expectativa de vida em pessoas com IMC de 25, entre o peso ideal e o sobrepeso (BBC Brasil, 2006). E mais, “(...) cientificamente, já foi provado que é possível ser gordo e ser saudável” (Gonçalves, 2004, p. 10).

Atualmente, o crescimento da obesidade na população, tanto de países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, tem indicado índices alarmantes e revela ser mais preocupante e freqüente que a desnutrição (Loli, 2000).

A estimativa é de que de 2% a 8% dos custos do governo com tratamento de saúde em vários países sejam destinados à obesidade (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Apolinário, 2004).

Segundo Halpern (1994) obeso é aquele indivíduo que “come uma quantidade de calorias maior que as calorias gastas pelo seu organismo” (p.37). A obesidade se define como “uma doença resultante do acúmulo anormal ou excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo” (p. 2) de maneira a resultar graves prejuízos à saúde, acometendo diferentes campos, como o físico, o psíquico, o ambiental e o genético (Halpern, Matos, Suplicy, Mancini & Zanella, 1998; OMS, 1997, citado por Ades & Kerbauy, 2002).

De acordo com pesquisa realizada por pesquisadores do Imperial College of London, foi descoberto gene, denominado GAD2, responsável pelo aumento da produção de uma substância que estimula o apetite. Apesar da descoberta, o coordenador da pesquisa, professor Philippe Froguel, ressalta que a complexidade de problema obesidade não se resume a um único fator, sendo o gene responsável por um entre dez casos de obesidade grave. Foram identificadas duas formas do gene GAD2, uma que estimula o apetite e outra que o inibe, evitando a obesidade (BBC Brasil, 2006).

Porém, somente a descoberta desses genes não é satisfatória, à medida que ela não explica a causa de todas as obesidades. Se assim fosse, uma pessoa, a qual não fosse detectada a presença do gene, não correria o risco de engordar nunca ao longo

da vida e dos fatos que viessem a lhe ocorrer. Ao mesmo tempo em que, fosse este um aspecto meramente biológico, a cura para a obesidade não seria algo tão distante.

Do mesmo modo James (2002) diz que apenas uma pequena proporção de casos envolve os genes diretamente. “Não é possível que os genes de todo mundo tenham mudado. O que mudou foi o ambiente que nos cerca” (p. 02).

Apesar das várias definições apresentadas até este ponto, Campos e Campos (2004) afirmam que a definição do fenômeno obesidade é ainda nebulosa. A pluralidade de definições encontradas à obesidade leva a uma hesitação para encontrar modelos incontestáveis ou compreensões sólidas, seja na busca atual pela redução do controle do peso, em psicoterapia, na análise ou na intervenção médica.

Estudiosos médicos (nutricionistas e biólogos) reconhecem a multicausalidade do fenômeno e preconizam a intervenção sobre a gordura e/ou sobre os hábitos (Campos & Campos, 2004).

Hoje se sabe que a obesidade não se refere à falta de caráter, de força de vontade, de auto-estima ou existência de distúrbios psíquicos graves. É sabido que esta tem causas múltiplas e dentre elas estão doenças endocrinológicas, alterações genéticas, sedentarismo, comportamento alimentar alterado e inadequado. A meta para se atingir um bom peso passou a exigir mudanças no hábito alimentar, na prática do condicionamento físico e na atenção à saúde psíquica.

1.2. O Corpo Obeso e a Psicanálise

A pós-modernidade tem se caracterizado pelo maciço investimento do homem no seu corpo (Wagner & Mendonça, 2005). Para responder aos ditames da moda e ao chamado ‘padrão de beleza’ na atualidade, o corpo tem sido eleito a

esvaziar-se de sua originalidade, submetendo-se, a qualquer preço, às mais diversas e modernas tecnologias que o mantenham magro, esbelto e jovial.

Ao falar em corpo sob o ponto de vista da perspectiva psicanalítica, remetemo-nos a pensar em inconsciente, este que se constitui como um saber que possui implicação na formação do discurso e do próprio corpo de cada sujeito.

É por meio da fala, da linguagem do sujeito, que o inconsciente se concretiza. A partir dela, que a impressão sensorial, ou seja, as representações simbólicas que se tem de si mesmo e do mundo vão fazendo sentido, ganhando significado através do Outro. Del Volgo (1998) nesta perspectiva vem dizendo que “(...) o corpo é *também* o corpo da palavra” (p. 12) restituindo ao sujeito o seu próprio discurso. Assim, a cultura vai permitindo ao sujeito falar, construir seu próprio discurso, numa troca mútua, em relações intersubjetivas com o mundo.

Se partirmos do pressuposto que o sistema perceptivo, localizado na superfície corporal, é o primeiro sistema a ser atingido pelo mundo externo, podemos pensar que o corpo traz as primeiras marcas psico-afetivas, o que permite a formação de psiquismo primário e, assim, a constituição do Eu (Freud, 1923).

Assim sendo, a expressão psíquica se manifestará por meio de sua conexão com a esfera somática (Wagner & Mendonça, 2005). Desta forma, fica evidente que não se pode fazer uma dicotomia entre corpo e mente, ou seja, não se pode pensar em corpo separado do psíquico.

Neste sentido, Birman (1999) faz a diferenciação entre corpo e organismo, sendo o último de ordem puramente biológica, e corpo, relativo à ordem sexual, pulsional. Descreve-o da seguinte forma: “(...) um corpo tecido na encruzilhada dos destinos pulsionais, constituído pelo campo das pulsões, manifestado enfim, pelas excitações pulsionais” (p.60).

Segundo Mattos, Monteiro, Costa, Santos e Costa (1998), as distinções entre o corpo orgânico e o corpo designado pela linguagem feito pela psicanálise, é constituído na experiência do sujeito em relação ao seu corpo pela via do significante, que organiza a relação do sujeito com a imagem do próprio corpo e, daí, as relações com as imagens de seus semelhantes e dos objetos da realidade.

Sintetiza Birman (1999) quando expõe não serem o sujeito e seu corpo separadamente, mas sim, um corpo-sujeito. Lembrando-se que “(...) a subjetividade sofrante tem um corpo e que é justamente neste que a dor se enraíza” (p. 21). É através da mediação corpórea que se experimenta o sofrimento e se tem acesso às sensações. Não há como a dor existir se ela não for nomeada pelo corpo.

Deste modo, segundo Lombardi (2002, citado por Wagner & Mendonça, 2005) a atividade mental é um constante vir a ser, sofrendo modificações conforme as experiências corporais, gerando-se representações mnêmicas. São estas representações inscritas, conjugadas com outras novas, advindas da relação do indivíduo com o meio externo, que possibilitará outras formas de subjetividade.

Para Birman (1999), corpo é um território ocupado do organismo, ou seja, “(...) um conjunto de marcas impressas *sobre* e *no* organismo pela inflexão promovida pelo Outro” (p. 62). A força pulsional e o Outro são a origem, e o corpo é antes de tudo destino.

Segundo Dolto (2004) fala-se de imagem corporal não somente da ordem do imaginário, mas também na ordem do simbólico, sendo signo de certo nível de estrutura libidinal como alvo de um conflito. Haja visto, que somos constituídos nas nossas relações com os outros e nos percebemos de acordo com o estabelecimento destas relações intersubjetivas. No início não há noção de corpo, há pulsão e o Outro, na constituição do corpo.

Dolto (2004) faz a distinção entre esquema corporal e imagem do corpo sob a perspectiva de que o primeiro é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos da espécie humana, em contrapartida, a imagem corporal é peculiar a cada um, relacionada ao sujeito e à sua história. “A imagem do corpo é a síntese de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das erógenas eletivas, arcaicas ou atuais” (p.14).

É através dessa imagem sustentada pelo esquema corporal que entramos em contato com os outros, seja este contato para aproximar ou evitar, pois “(...) é na imagem do corpo, suporte do narcisismo, que o tempo se cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação presente” (Dolto, 2004, p. 15).

Aos poucos, “o corpo se tornou o lugar da identidade pessoal” (Minerbo, Khouri, Ajzenberg & Grunberg, 1997, p. 810). Vergonha do corpo é o mesmo que vergonha de si. Diminuíram-se as responsabilidades morais e aumentaram-se as responsabilidades com o corpo, sendo este, a própria pessoa.

O corpo aqui é tratado como um corpo que fala e goza, governado por uma alteridade psíquica. O corpo obeso não é o instrumento de trabalho, mas sim a posição que o sujeito assume frente ao seu corpo e suas conseqüências, é um corpo onde o sujeito se suporta (Mattos, et al., 1998).

O valor do corpo opulento é significante naqueles sujeitos cuja expressão do sofrimento se organiza em torno da visibilidade corporal volumosa, imposta à visão ou em torno da relação com a comida. Esta imagem corporal, visivelmente gorda, a obesidade, é uma expressão de “(...) como o sujeito se vê, vê ao seu corpo, na sua economia libidinal, como ele se oferece ao outro como causa do desejo do outro” (Campos & Campos, 2004, p.6).

Nos dias atuais a imagem do gordo é profundamente ambivalente, ora está relacionada a uma pessoa alegre, extrovertida, que não tem problemas; ora a alguém triste, fraco e incapaz. Segundo Fischler (1989), “(...) através do corpo, em especial de nossa corpulência, passam significados sociais muito profundos” (p. 70). É através do corpo que o sujeito se mostra, se apresenta, se torna desejado ou não pelo outro. É pela imagem do corpo, marcada neste, que se faz contato, relaciona-se com o mundo, com o que está fora.

Sendo assim, o que interessa é o que esse sujeito fala de seu corpo e a relação que faz da obesidade com sua história de vida, considerando que significantes como ganho e perda de peso, possuem referências diferentes para cada sujeito (Mattos, et al., 1998). É na relação com o outro, nos julgamentos da sociedade que está inserido, que o sujeito criará padrões para se sentir incluído ou excluído, magro ou obeso.

Pesquisa realizada por Coccaro (1999, citado por Gonçalves, 2004) com mulheres de um programa de reeducação alimentar mostrou que “(...) estar gordo ou estar magro pode ser definido na relação com o outro e não ao IMC” (p. 04). Ou seja, muito mais que estar acima do peso segundo critério científico, é sentir-se gordo ou magro pautado pelas relações intersubjetivas, ou seja, sentidas na relação com o outro, o qual nos fornece este parâmetro.

Também nesta perspectiva, Sawyer, Wadden e Foster (1998, citados por Almeida, Loureiro & Santos, 2002) concordam quando dizem que a percepção subjetiva que uma pessoa tem sobre seu corpo pode ser mais importante que a realidade objetiva de sua aparência.

No entanto constata-se que, somente o peso não pode prever a satisfação ou insatisfação da pessoa em relação a sua imagem corporal, visto que algumas pessoas

ainda estando com peso normal fazem confusão com o tamanho do próprio corpo frente às exigências das normas sociais e culturais de peso saudável.

Por assim dizer, pesquisa realizada por Almeida, et al., (2002) aponta que o significado psicológico do desenho da figura humana relacionado ao conceito de imagem corporal torna-se veículo de expressão da personalidade, refletindo o conceito de si mesmo e diferentes representações individuais, “os sentimentos a respeito do corpo são proporcionais aos sentimentos sobre o eu” (Van Kolck, p. 3, citado por Almeida, Loureiro & Santos, 2002).

A obesidade é então vista, como um conjunto de manifestações corporais e corresponde a uma expressão, à manifestação da verdade do sujeito no mundo, segundo Campos & Campos, 2004. Neste sentido, também Cash (1993, citado por Almeida, et al., 2002) afirma que a imagem corporal refere-se à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e sobre o funcionamento do seu corpo.

Segundo Campos e Campos (2004) acrescentam, nem todo acúmulo de gordura deriva de um excesso de ingestão de alimentos. Citam a distinção da obesidade em: “obesidade de desenvolvimento, que acompanha o sujeito em seu desenvolvimento desde a infância; e obesidade reacional; associada a acontecimentos, episódios, vividos, mais ou menos como traumas ou como trágicos: nascimento de filhos, perdas reais ou imaginárias de objetos de amor, além das mudanças do estilo de vida” (p.5).

Seus estados emocionais, classificados como acentuada carência afetiva são manifestados por estados de fome, em que, “(...) fome é a aparência, ansiedade é a essência” (Melo, 2001, p.118). A busca pelo equilíbrio interno, dissipando a angústia, leva o sujeito à busca pela paz psíquica. Melhor dizendo, esta necessidade de aplacar a sensação de falta é buscada em formas de regressão, fixação e/ou

oralidade pelo obeso. O desamparo, tendo como representante a ansiedade, utiliza da comida como forma primitiva para suprir essa carência também primitiva, de modo voraz, recurso maníaco, trazendo sentimentos de insegurança e instabilidade de humor.

Como afirmam Campos e Campos (2004), em sujeitos obesos é muito comum encontrar em suas falas, relatos de projetos idealizados irrealizáveis, negação da realidade, organização maníaca do tempo, onipotência de controle e metas, associados a grande culpa e desvalorização. A relação sem limites com o tempo e o espaço, a busca irremediável pela realização de seus desejos, prova que o obeso tem com a comida a mesma relação voraz que ele tem com seu modo de vida.

Kadocsa (1994, citado por Loli, 2000) refere dois tipos de saciedade: física e psicológica, “(...) correspondentes à fome pelo alimento e o que a fome pelo que o alimento simboliza, este último insaciável organicamente” (p. 126).

Alguns exemplos descritos como atos-sintomas por Mc Dougall (1984/1991, citado por Melo, 2001) seriam aquelas pessoas que bebem para afogar uma tristeza, aquele que come em excesso para sufocar as frustrações de existência, o que engole medicamentos com medo de ficar ansioso ou ter insônia, o que utiliza o outro de maneira aditiva, etc. O sujeito constrói “caminhos” através de remédios, bebidas, adição para aliviar os seus sofrimentos psíquicos e lidar com afetos intoleráveis. São tentativas humanas de se manter o equilíbrio psíquico.

“(...) obesidade não é e não deve ser tratada como sintoma” (p. 5), não havendo uma psicopatologia da obesidade. O interesse em problematizar a obesidade no campo da psicopatologia fundamental “(...) está fundado em uma concepção das obesidades como expressão de diferentes formas de subjetivação” (Campos & Campos, 2004, p. 05).

1.3. Cirurgia Bariátrica

A cirurgia de redução do estômago, tecnicamente chamada de cirurgia bariátrica é hoje um procedimento muito buscado por obesos para diminuir seu percentual calórico. A cirurgia é recomendada para pessoas cujo IMC é maior que 40, estas, têm maior risco de doenças e mortalidade. O objetivo principal desta cirurgia é fazer com que a pessoa diminua 50% do excesso de peso e diz: “não é fazê-la chegar ao peso ideal, mas sim tirar a pessoa do risco de vida” (Carreiro, 2007).

São três técnicas cirúrgicas diferentes adaptadas a cada paciente: as cirurgias restritivas, as cirurgias disabsortivas e o procedimento combinado (Acessa, 2008).

A técnica da cirurgia restritiva consiste em construir um pequeno reservatório no estômago que retarde esvaziamento por um anel, impedindo que se coma comida em grandes quantidades. Nas operações do tipo disabsortivas, um grande segmento do intestino delgado é excluído da passagem do alimento. Desta forma, o alimento ingerido não é absorvido. A técnica não é muito utilizada, pois elimina praticamente todo o alimento, podendo causar carências de nutrientes. A terceira, cirurgia combinada, “há construção do pequeno reservatório gástrico, que corresponde a cerca de 20% do tamanho real do órgão, a colocação do anel gástrico, assim com a exclusão de um pequeno segmento intestinal”. Atualmente é a técnica mais utilizada. Ao alimentar-se, o reservatório se enche causando sensação de saciedade, devendo o paciente mastigar muito bem o alimento e lentamente ingeri-lo, evitando assim, retornos (Acessa, 2008)

Existe, além destas técnicas, o balão intragástrico. Sendo um tratamento temporário, pode ser usado no máximo seis meses. É utilizada por pacientes ‘super-

obesos', que precisam perder peso no período pré-operatório. Uma futura opção é o marca-passo gástrico, ainda não disponível no Brasil (Acessa, 2008).

As chamadas cirurgias da obesidade possuem taxas de mortalidade que se situam entre 1% e 1,5%, porém, muito inferiores se comparado aos riscos que um paciente tem de morrer em função das complicações causadas pela gordura, defende Zilberstein (Vernier, 2008).

O esperado, após a cirurgia, é que o paciente emagreça a quantidade almejada e, depois, engorde dez quilos novamente. Porém somente 7,84% dos pacientes mantiveram o peso ideal ou emagreceram demasiadamente (nos casos de bulimia e anorexia) (Veríssimo, 2007).

Zilberstein, médico especialista em cirurgia do aparelho digestivo e supervisor do Serviço de Cirurgia do Estômago, Duodeno e Intestino Delgado do Hospital das Clínicas da USP, afirma que a avaliação de um psicólogo é indispensável para determinar se o indivíduo irá ou não aderir ao tratamento. Não basta fazer uma cirurgia, necessita-se que se realize uma reeducação alimentar e uma profunda mudança nos hábitos de vida (Vernier, 2008). Contudo, não há publicação de estudos que se dediquem à avaliação acerca da reeducação alimentar. Os elevados índices de mortalidade decorrente da cirurgia de redução de estômago parecem refletir uma necessidade em se pesquisar a veracidade da reeducação alimentar em todos os casos, tais como são divulgados.

Segundo informações obtidas e interpretadas por um grupo de estudo multidisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, só a cirurgia não basta para o sucesso do tratamento para diminuição drástica do peso. Foi observado em alguns pacientes, que se submeteram à cirurgia de redução do estômago pela técnica Fobi-Capella (tipo de cirurgia restritiva), entre cinco e nove

anos atrás, apresentaram considerável ganho de peso. De acordo com a psicóloga do grupo, Marilene Monteiro da Silva, “no total, 64,15% voltou a ser obeso, com um IMC maior que 30”, e acrescenta: “a cirurgia não deve ser entendida como uma fórmula mágica” (Veríssimo, 2007).

O médico Joel Faintuch justifica que o retrocesso na perda de peso, acontece pela capacidade que o estômago tem de se dilatar mesmo depois de operado, aumentando em até quatro vezes seu volume. De acordo com Zilberstein, o estudo vem para provar que a operação não é o fim do tratamento. “(...) estes paciente podem substituir uma compulsão por outra” (Veríssimo, 2007).

Para a psicóloga da USP, o alcoolismo é um exemplo desta troca de compulsão. Ela revela que a obesidade, porém, remete a problemas anteriores a isso: “(...) existe no obeso, a necessidade de esconder alguma coisa que vai ser descoberta somente após a cirurgia” e completa “(...) perto de 80% das pessoas apresentam um quadro de depressão, tanto antes quanto depois da cirurgia” (Veríssimo, 2007).

Zilberstein, afirma que “(...) os fatores de ordem psicológica estão entre os principais causadores da obesidade mórbida. Por isso, é tão difícil para os portadores dessa doença emagrecerem apenas com dietas e exercícios físicos” (Vernier, 2008).

Os distúrbios odontológicos foram também significativos. Por volta de 80% dos pacientes estavam com dentes quebradiços e 60% com aumento do número de cáries. A dentista Vera Lúcia Kogler ressalta três possíveis causas: problemas na absorção de nutrientes, os refluxos gastro-esofágicos e/ou um ressecamento da boca devido à medicação ou ainda aos vômitos (Veríssimo, 2007).

Podemos notar uma visão ainda muito reducionista por parte de alguns profissionais sobre as implicações pluridimensionais desta cirurgia e de sua seriedade bio-psíquica. Observa-se cuidado e preocupação física e nutricional ao paciente, e

pouca ênfase significativa às sérias e profundas modificações psíquicas e emocionais que podem comprometer o andamento geral desta cirurgia. O paciente precisa ser assistido em todas as áreas necessárias à sua recuperação.

Doença crônica, a obesidade provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas doenças, sendo uma maneira razoável de definir obesidade, o seu efeito na mortalidade. (Coppini & Waitzberg, 1990).

Ser obeso, sinônimo de ser feio para os padrões sociais vigentes, encontra nas palavras de Stendhal (1783-1842, citado por Ferraz, 2007) resposta para esta crescente procura pela cirurgia: “A beleza é a promessa da felicidade” (p. 33).

São as mulheres, as que com mais freqüência se submetem a cirurgias plásticas, com o objetivo de “alterar a aparência do corpo para se enquadrar na ‘imagem cultural de beleza feminina do momento’” (Helman, 2003, p. 158, citado por Gonçalves, 2004, p. 05). Submetem-se a técnicas e procedimentos para esculpir o corpo, não se importando com os prejuízos que podem ser acometidos ao psiquismo, já que o mesmo não reside em seu corpo. Rejeita-se a ligação estreita entre o corpo e o psíquico, sendo o último, a base para emergência do psiquismo (Wagner & Mendonça, 2005).

A busca incessante pelo corpo magro e padronizado de beleza tem movido a população ávida de se tornar esteticamente mais interessante, tornando-se vítima do charlatanismo e da exploração econômica. Assim, o obeso muito contribui com a crescente indústria da beleza, representando uma boa fonte de renda para a sociedade na atualidade. Novidades no campo da obesidade aparecem diariamente no mercado da beleza (Halpern, 1994).

Gonçalves (2004) salienta que muitas vezes, ao tentar emagrecer aderindo na dieta produtos dietéticos, chás emagrecedores, mulheres se justificam como que

resolvendo um problema de saúde, e não uma questão estética. Segundo ele, com todos os desconfortos para seguir os padrões de beleza cada vez mais exigentes, não se pode pensar numa hierarquia entre saúde e beleza. E induz com seu discurso vendável “como se a questão da estética fosse algo de menor importância” (p.04).

É esse o discurso da cultura vigente transmitido pela mídia. Como pensar em questões de beleza diante de uma doença grave? O discurso midiático do cuidado exacerbado com a beleza, uma forma doentia de ficar bonito a qualquer custo, torna-se normal e aceitável na atualidade.

CAPÍTULO 2

A Imagem Social da Obesidade na Atualidade

Sabe-se que é na cultura que a subjetividade se manifesta e em sua dinâmica se projetam os limites para a constituição do sujeito, se moldam seus comportamentos e suas possibilidades expressão, contando, sobretudo, com a contribuição pungente da dimensão bio-psíquica humana. Desta forma pode-se pensar no sujeito, em seus desejos e como a subjetividade vai ganhando contornos e novos arranjos na contemporaneidade.

2.1. Sujeito e Cultura

Considerando-se a psicanálise, permeada pelo contexto cultural contemporâneo, há que se pensar na existência de uma subjetividade atual singular, visto que os fenômenos psíquicos coadunam a um novo campo cultural.

Dimenstein (2002) comenta que a categoria da subjetividade não pode ser analisada separando os processos subjetivos e o campo social. Segundo análise de Foucault, Deleuze e Guattari, pelo viés da subjetividade podemos compreender as formas pelas quais o homem se relaciona com os regimes de verdades de sua época e como podem não só reproduzi-los, mas reconstruí-los.

Como aponta Morin (1996, citado por Dimenstein, 2002), o tema da subjetividade é controverso, requer de um lado o apagamento da experiência subjetiva, e, de outro, a sua evidência.

Segundo Minerbo, et al. (1997), a busca pela beleza pode ser notada desde a Antigüidade. “(...) haveria uma especificidade da relação da mulher com seu corpo atualmente? Teria isso alguma consequência na constituição de sua subjetividade?” (p. 810).

Na medida em que, o que poderia ser pensado em subjetividade como identidade, consciência reflexiva das representações que cada um tem de si mesmo e os modos como se manifesta, hoje não mais se reduz a isso. Na contemporaneidade, compreende-se subjetividade como sendo “(...) o modo de organizar as experiências do cotidiano, os universos de sensações e representações” (p.81). Ocorre um deslocamento da noção de sujeito como centro e essência da subjetividade. Esta se origina no social, em relações recíprocas e mútuas (Araújo, 2002).

As informações e os dados internos já existentes, predispõem o conhecimento de quais são nossas imagens, implicando aí a subjetividade (Wagner & Mendonça, 2005).

Para Birman (1999), o mal-estar se inscreve sempre no campo da subjetividade e é matéria-prima para produção do sofrimento nas individualidades. Em seus dois textos, *O Futuro de uma ilusão* e *O Mal-estar na civilização*, Freud (1927) nos fala de um mal-estar intrínseco à constituição do psiquismo, que leva o homem em busca da felicidade. Felicidade esta que encontra barreira nas regras sociais, embora, sem as quais, não seria possível viver em sociedade. A cultura inventada pelo homem para se defender dos excessos da natureza, regula as exigências pulsionais impedindo a realização plena dos desejos. É o preço que se paga para a existência da civilização.

Deste modo, cultura e natureza farão mutuamente, a regulação dos excessos, moldando ideais e padrões que favoreçam a vida coletiva e as ilusões necessárias à preservação da cultura. É neste contexto que Rosa (2007) salienta que a cultura

expressa, ao mesmo tempo, uma aquisição humana no seu processo de evolução, mas também forte restrição na satisfação dos desejos. E assim, causadora do sofrimento das subjetividades.

Segundo Birman (1999), a psicanálise faz uma leitura da subjetividade e de seus impasses na modernidade. Assim, os destinos do desejo, circunscritos no mal-estar do sujeito na modernidade, nos possibilitam apreender o que se passa nas subjetividades. Com a transição da ordem tradicional para a ordem moderna, os modelos instituídos de subjetividade se abalam. Há uma passagem de um sistema de regras, certezas e segurança para outro cheio de escolhas e opções. “Enfim, o sujeito passa a se inscrever num mundo que lhe abre muitas possibilidades, mas que também lhe aponta muitas impossibilidades existenciais” (p. 79).

Giddens (1991) aponta como fatores bastante característicos deste momento de transição, a descontinuidade, a fragmentação e o ritmo acelerado de mudanças, no aspecto que tange ao ideal de progresso do sistema social. Trata-se de um período em que as conseqüências trazidas pela modernidade tornaram-se mais radicalizadas e universalizadas do que antes. Desta forma, a separação temporal e espacial das referências de base dadas pelo desenraizamento dos vínculos afetivos, toma dimensão crucial para o dinamismo da modernidade.

Assim, surgem “(...) clubes fechados, sociedades científicas, organizações religiosas e muitos outros grupos que ofereçam uma referência “identitária” para quem não mais se vê como antigamente e tampouco sabe para onde aponta o seu devir” (Araújo, 2003, p. 84).

Neste aspecto, o que foi observado por Rolnik (citado por Araújo, 2003) refere-se à sensação de inadequação consigo mesmo. Com a aceleração das mudanças operou-se o descompasso entre a realidade sensível e a sua realidade expressiva. Há

um esvaziamento da própria subjetividade, das figuras de referência, os processos de singularização e instaurando processos de individualização.

De acordo com Araújo (2002), “(...) a subjetividade está para além do eu, da individualidade, do si mesmo” (p.79). Ao bloquear processos de singularização e perpetrar processos de individualização em série, as sociedades capitalistas passam a organizar suas experiências segundo padrões universais. Padrões estes, externos, mas que se impõem como satisfação do desejo ao sujeito, através de um modelo de satisfação que vem de fora, pronto e atualmente, aceito. Assim, traduzem de maneira generalizada os sonhos, as vontades como universais, aspectos estes, somente possíveis de compreensão como puramente internos e singulares.

Deste modo, a cultura vigente incentiva a simbolização da falta em modelos culturais prontos, não havendo ligação desses significados subjetivos aos processos internos. Com isso, o sujeito não se reconhece nas escolhas que faz, não sabe de seu desejo e nem aonde quer chegar. É inaugurado o imaginário segundo o qual quem tem mais é mais feliz, e que ter tudo o que deseja exclui o sofrimento.

Para Rosa (2007), é a partir dos significantes/significados vigentes na cultura inserida que cada sujeito, a sua maneira, construirá sua subjetividade, não se esquecendo da “(...) presença e manifestação do bios, das exigências pulsionais e da atividade representativa humana” que coadunam a esse processo (p.49).

Lasch (1983) caracteriza esta cultura da sociedade contemporânea, como sendo a “cultura do narcisismo”, na qual o conceito de subjetividade está voltado para o autocentramento, para a individualidade: o importante é a exaltação do *eu*.

Segundo Wagner e Mendonça (2005), na atualidade o corpo assumiu lugar de ator principal do espetáculo encenado, por meio do qual o indivíduo estaria reivindicando sua subjetividade.

De acordo com elucidação de Minerbo, et al. (1997), começamos a nos aproximar de um certo ‘adoecer da beleza’. A exigência da beleza no limite do inalcançável vem para responder a uma demanda do ideal do ego, herdeiro do narcisismo primário, buscando a perfeição. Resulta-se disso, uma insatisfação avassaladora com o próprio corpo, em ação, o superego sádico primitivo.

Esta sociedade narcisista, com enorme respaldo a estes tipos de manifestações, que desvalorizam a cultura do passado, refletem na pobreza tanto de ideologias, como também da vida interior do narcisista (Lasch, 1983). Simulado por imagens, intensificado e embelezado, não o ser, mas a aparência, o real é sujeito “(...) em uma sociedade do espetáculo, em que o que se valorizam são os efeitos especiais” (Minerbo, et al., 1997).

Segundo Oliveira (2006) “(...) o externo assumiu uma posição muito importante para a vida interna do indivíduo” (p.36). Há, na cultura da estetização, uma preocupação com a imagem, se valendo o indivíduo, pelo que parece ser.

Isto está cada vez mais visível na atualidade, que cobra da mulher lutar contra a natureza para se manter bela, excluindo o mutável e a própria realidade humana. Os valores éticos cederam lugar às valores estéticos (Minerbo, et al., 1997).

A sociedade impõe o desejo ao sujeito. Este, amplamente preocupado em exercer admiração nos outros, exhibe uma roupagem para fascinar a sociedade, como se o mais importante fosse o ter e não o ser.

Birman (1999) faz citação a dois autores que contribuíram com conceitos que esclarecem bem as características da sociedade pós-moderna: *cultura do narcisismo* de Larsch (1979) e a *sociedade espetáculo* de Debord (1992). O primeiro revela uma cultura centrada no eu da individualidade e o segundo, a encenação como reguladora fundamental do laço social.

A ciência é a nova forma de criar vínculos socioculturais e o meio que legitima informações. No discurso dos especialistas fica subentendido a fama, o sucesso, o poder e a cultura narcísea e individualista da pós-modernidade (Serra & Santos, 2003).

Seguindo este raciocínio, Giddens (1991) nos remete a pensar no que ele chama de “transformações na intimidade”. Como sociólogo e acompanhando as transformações no mundo, ele nos fala das novas formas de relações na atualidade. Numa sociedade que prega que o outro é objeto e este tem que se submeter. Vale o desejo próprio e, acima de qualquer coisa, a realização deste. É a sociedade do imediatismo, da não frustração, da fantasia de possibilidade da realização de todos os desejos.

Rosa (2007) diz que “(...) trabalho e consumo se articulam na modernidade para produzir um efeito que será tomado como traço característico da vida moderna: a solidão” (p. 59). O mal-estar na atualidade é instaurado pelo desamparo e suportar essa dor. Esta condição que fundamenta o sujeito é o grande desafio do sujeito, cujas “cultura do ‘narcisismo’ e do ‘espetáculo’ construíram um modelo de subjetividade que parece silenciar as possibilidades de recriar o sujeito” (Oliveira, 2006, p. 37).

Seria a partir do desejo de transformação do sujeito e do mundo, da desconstrução do eu, que se faria a reinvenção do sujeito. Foi tal crença, que se desfez na pós-modernidade (Birman,1999). Reinvenção de um Eu construído num desejo que não tem relação com suas dimensões internas. Fruto de uma sociedade que impõe normas, sonhos, como receitas de felicidade, perdendo-se o sujeito em sua essência, em sua singularidade. A cada dia esta desconstrução se distancia mais, diante das manifestações das subjetividades narcísicas e perversas altamente reforçadas pela cultura contemporânea.

Enfim, a dimensão crítica da psicanálise se perde quando o desejo sucumbe frente à exaltação dos emblemas narcísicos do eu, na demanda de autocentramento e de espetáculo (Birman, 1999). Desta forma, a cultura participa da formação do sujeito e ele busca sua constituição através das simbolizações que se faz da falta fundante. Ao represá-la, movimenta-se pelo desejo de realizá-lo e assim, simbolizar.

2.2. Cultura Contemporânea e a Imagem do Corpo

Segundo Oliveira (2006), a mídia tem papel fundamental para essa cultura da imagem e do espetáculo. Existe uma preocupação desmedida em aparentar-se e não em ser. O indivíduo vale pelo que consome, esvaziando-se o campo das relações, da intersubjetividade. Inseridos numa cultura narcísica, que agora passa a ditar os desejos, não sendo mais ditados a partir das histórias de vidas, das relações afetivas, aliena o sujeito a encontrar a felicidade no mundo de consumo. Ou seja, cria um espaço favorável às manifestações estereotipadas do desejo.

São investidos em cuidados estéticos, significativa dose de energia psíquica e tempo. Há tanto consumo e cuidados coma beleza atualmente no mundo feminino, que sugere-se um “sutil deslizamento para a patologia” (Minerbo, et al.,1997, p. 810). Algo que pode ser análogo à bulimia ou à anorexia nervosa, no que tange a excessiva preocupação com a beleza.

Com as idéias capitalistas difundidas pela mídia, busca-se de forma incessante atingir os modelos instituídos, surge no sujeito o desejo de se enquadrar (Wagner & Mendonça, 2005).

“O jogo de aparências tem efeito fulminante” (p. 815). A ilusão criada da completude alcançável, da beleza perfeita, leva à parafernália que dispomos atualmente: avanços na medicina, imunologia, cibernética, cirurgia plástica, academias de aperfeiçoamento físico... Esta imposição de um modelo de beleza inatingível, mesmo que prometido sob pena de esforço cria uma relação de persecutoriedade da mulher em relação ao seu corpo (Minerbo, et al.,1997).

Com base no que foi citado acima, uma das funções da beleza feminina é a de seduzir o parceiro, atraindo para si o desejo do homem, tornando possível uma relação sexual com o objeto. “(...) tal categoria da beleza está em acordo com os projetos identificatórios que são necessários para satisfação do narcisismo primário, e para emergência do desejo” (Minerbo, et al., 1997, p. 813).

Assim podemos pensar, tomando as diversas roupagens que assume o narcisismo em nossa época, qual o impacto da pós-modernidade sobre a subjetividade contemporânea.

Nesta alienação o sujeito não é domínio do próprio sujeito, o que o domina está fora e não se alcança. A verdade do sujeito sai do sujeito e se coloca no consumo, que nunca cessa, não se satisfaz. Ao seguir os ditames da moda, busca-se a realização de desejos que nem se sabe quais são e, deste modo, o sujeito não mais se reconhece em suas escolhas.

“(…) não se trata mais de dotes individuais de alguma mulher linda, mas sim de um dogma que se impõe como argumentação irrefutável” (Minerbo, et al., 1997, p. 815). A exigência de ser magra, tem resultado em um erotismo de fachada que se sobrepõe à sexualidade, desvitalizada na sua origem. A beleza da imagem ao objeto, a cópia ao original, o simulacro ao real. Nas palavras de Baudrillard (1991, citado por

Minerbo et al., 1997, p. 814) isto se expressa: “o signo não tem relação com nenhuma realidade, ele é seu próprio simulacro puro”.

Este padrão de beleza exigido na atualidade impõe pesos e medidas cada vez menores. O que antes era considerado peso adequado, hoje não é mais. O padrão estético de corpo ideal buscado está próximo ao esquelético e elege como principal alvo as mulheres.

Fischler (1989) relata que: “(...) era preciso sem dúvida, no passado, ser mais gordo do que hoje para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro” (p. 79). Desta maneira a cultura que determina a forma para a subjetividade, e exclui, de fato, feiúra, gordura e velhice (Minerbo, et al., 1997).

Na cultura atual, arraigada a valores de liberdade e igualdade, homens e mulheres lutam na busca do corpo perfeito, do padrão estético, convencionalmente chamado de “boa forma”. Em roupas que expõe muito mais o corpo do que se via no Brasil a menos de um século, há uma aparente liberação sexual e física. É um grande paradoxo, uma suposta ‘liberdade’: “apesar de aparentemente mais livre por seu maior desnudamento e exposição pública, é na verdade, muito mais constrangido por regras sociais interiorizadas por seus portadores” (Goldemberg, 2002:38, citado por Gonçalves, 2004).

Segundo Gortmaker (1993, citado por Fernandes, 2007): “evidências claramente indicam que os obesos, particularmente as mulheres, são altamente estigmatizados, o que dificulta seu desenvolvimento sócio-psíquico-econômico” (p. 20).

Neste sentido, Melo (2001) ressalta que “nos países em que a exclusão social da obesidade aparece com maior destaque, o índice de prevalência desse distúrbio é maior” (p.36). Porém, o que encontramos nesta afirmativa é uma correlação entre os

dois fatos, obesidade e exclusão social, o que não nos remete pensar em uma relação de causalidade.

Sem dúvida, a obesidade tem implicações sociais sobre a vida dos obesos, que passam a buscar cada vez mais o tratamento cirúrgico da obesidade. Na PUCRS houve um aumento de 100% na procura por cirurgia em relação a março de 2001 a março de 2002, sendo que 74% são de mulheres. Esta enorme diferença não se justifica se compararmos a quantidade de obesos em relação ao número/gênero, pois a diferença de mulheres consideradas obesas mórbidas é de 7%, pouco superior aos homens, 5%.

Elas são as vítimas mais afetadas, numa sociedade em que o gordo é visto como uma pessoa feia, e, no entanto, para serem 'sexy', têm de ser magras (James, 2002). Isso mostra que a questão da estética em nossa cultura tem maior peso para as mulheres que buscam se enquadrar num padrão de peso ideal de aceitação social, muitas vezes penoso de se alcançar. Segundo várias enquetes realizadas periodicamente, entre um quarto e um quinto da população está em regime. Na Itália, 42% dos homens contra 47% das mulheres queriam emagrecer (Fischler, 1989).

A partir da data em que foram realizadas estas pesquisas, poder-se ter uma noção, haja visto o grande aumento da preocupação com o corpo nos dias atuais, quais seriam hoje estas porcentagens. Pode-se presumir, então, que a maioria das mulheres, está em desconforto e preocupada com a aparência física.

Respaldo científico foi dado ao tema, considerando que as mulheres estão eternamente insatisfeitas com o próprio corpo, começando pelo peso, estando ou não adequado. Pesquisa feita na USP mostrou que o descontentamento com o físico é geral, tanto estando acima do peso, quanto estando com peso adequado. Diz

pesquisadora que: “pode ser da cultura atual, que impõe o modelo magro como modelo de beleza” (Almeida, 2003, p. 01).

Segundo Serra e Santos (2003), a construção dos hábitos e práticas alimentares têm bases em determinações socioculturais, contando, na contemporaneidade, com o papel incisivo da mídia na construção e desconstrução de procedimentos alimentares. Transvestido do discurso científico, que funciona como representação de poder e de controle social, o discurso midiático toma conta das aspirações em massa na sociedade. “O fato de ser informativo não significa que seja adequado, científico, saudável” (p. 701).

O corpo magro, veiculado pela mídia na maior parte das vezes, contudo, não possui relação com a saúde. Este ideal, não levando em conta diferenças genéticas, torna o sobrepeso, um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram o corpo perfeito (Ades & Kerbauy, 2002).

As indústrias ligadas ao corpo divulgam um padrão estético corporal determinado que é ‘quase imposição’, nas matérias de práticas de emagrecimento. O profissional de saúde e nutrição precisa então, contextualizar as recomendações alimentares saudáveis à forte influência da mídia, para não cair em descrédito e afastamento da clientela que atende (Serra & Santos, 2003). A obsessão com a imagem e superfície, para manterem o corpo e a beleza, as mulheres usam a moda, a descontração e o esporte (Minerbo et al., 1997).

No movimento social atual, o desejo é ditado pela mídia e o produto vale pelo que aparece, o corpo torna-se um objeto de mercado fugindo da sua originalidade e assumindo um vazio, um desamparo cheio de angústias e inseguranças (Melo, 2001). Estes fatores de idealização, tanto internos quanto externos, e imposições de dietas e

tratamentos estéticos parecem ser novas fontes de sofrimento emocional em funções das restrições impostas (Almeida, Loureiro & Santos, 2002).

Enquanto, por um lado, os meios de comunicação estimulam o uso de produtos dietéticos e práticas alimentares saudáveis visando o corpo magro e esbelto, por outro instigam o consumo em fast-foods. “(...) o corpo é um campo de luta que envolve diferentes saberes, práticas e imaginário” (Serra & Santos, 2003, p. 692), de forma a contribuir para a construção do senso comum inserido num espaço midiático estigmatizante. O corpo, vestimenta, e não sede pulsional da vida biológica, “se transformou num ‘campo de batalha’, terreno de conflitos e resistências” (Malisse, 2002, p. 98, citado por Wagner & Mendonça, 2005, p. 73).

Participam da obesidade tanto fatores psíquicos quanto sociais, ou seja, sociedade e cultura nos exercem influências tanto psíquicas, quanto corpóreas. Através do consumismo promovido pela mídia, dois pontos se permeiam: de um lado o excesso de prazer, de outro o excesso de preocupação estética e busca pelo padrão esguio de beleza (Serra & Santos, 2003).

Atualmente “o efeito negativo da obesidade na sensação de bem-estar geral se potencializa com as cobranças de um modelo de beleza magro ditado pelo modismo e as implicações estéticas são freqüentemente, o motivador maior na procura de tratamento” (Loli, 2000, p. 20).

Desta forma Brusset (1999, p. 92, citado por Melo, 2001, p. 48) relata que a obesidade é uma “patologia do excesso”, mostrando que a busca do gozo é diferente e oposta da felicidade e mesmo do prazer. Nesta sociedade do consumo, consumir é colocar o sujeito na ordem do possível. Assim, o sujeito passa a viver em extremos, por um lado o excesso de comida, por outro o excesso de preocupação por manter-se

dentro do padrão estético atual. Tudo que excede, adoce e fixa, assim, fixado na obesidade, fixado na magreza.

De acordo com Novaes e Vilhena (2002) os discursos da medicina, da saúde, do erotismo camuflam o real que apavora: “o mal-estar e a finitude” (p.10). As pessoas então são gratas às ilusões da Ciência.

“A mulher quer ser desejada e há uma função objetalizante na conquista do bom resultado estético” (Minerbo, et al., 1997, p. 812). Raquel Goldstein (1994, citada por Minerbo et. al., 1997), nos diz que no jogo de sedução, a dimensão beleza feminina é uma das dimensões do jogo de atração dos sexos. A luta incessante para não envelhecer, para não engordar leva ao desregrado consumo destes produtos, que além de ser um segmento caro, estão dispostos a comprometer a saúde e até a vida em prol da beleza para se manter no padrão de uma cultura que não permite sair da juventude e da boa forma.

A historicidade de se ter um corpo desejado vem permeado por peculiaridades de cada época. Numa sociedade em que a beleza dita a felicidade, o gozo que a comida traz, é destruído pela forma opulenta refletida no espelho da sociedade que discrimina e exclui.

De outra forma, Ballone (2003) refere-se à supervalorização cultural da estética e, à conseqüente rejeição social sofrida pelo obeso, ocasionando a entrada deste em estados de depressão emocional.

Assim, mesmo tentasse a medicina, contextualizar a obesidade em termos técnicos e padrões meramente estéticos, baseando-se somente no excesso de gordura corpórea, a psicologia vai além revelando a impossibilidade de não se estudar os aspectos que estão intrínsecos, nas múltiplas dimensões do corpo e na subjetividade que encobre este fenômeno.

Desta forma, contextualizando-se obesidade, cultura e padrão estético de beleza, pretende-se com este estudo, apreender qual o impacto da cirurgia bariátrica na relação de casal.

CAPÍTULO 3

Da Identificação à Escolha Objetal

3.1. Relação de Objeto

Freud considera que a constituição do indivíduo se dá por questões de razão interna, porém também considera o sujeito da cultura e tudo que o cerca. Nas relações amorosas estas fronteiras do interno e do externo às vezes se confundem ao considerar o objeto amado como parte sua.

Como é sabido, a primeira relação de amor é estabelecida pelo vínculo da criança com a mãe. Freud (1914) situa duas formas de prazer na relação do eu com seus objetos: anaclítica e narcísica. Desta forma o amor será uma reedição das primeiras experiências. Na forma narcísica, há um investimento do sujeito no próprio eu. É marcada pela projeção no outro do que se é, do que se foi, do que se gostaria de ser. Segundo Násio (1997), a escolha objetal narcísica seria o mesmo que amar a si mesmo através de um semelhante.

A verdadeira escolha amorosa seria, portanto, a forma anaclítica, buscando-se simbolicamente a mãe cuidadora, o pai protetor ou aquelas pessoas que os substituíram. No entanto, o que ocorre é uma repetição da forma que foi introjetada a relação de amor com as imagens parentais, havendo sempre uma busca por estas condições infantis de amar (Freud, 1914). “Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro” (Freud, 1905, p. 209).

É a partir do narcisismo primário, inerente ao ego, que se permitem as identificações, esta, é indispensável para a relação de objeto. O narcisismo representa um modo particular da relação com a sexualidade e um estágio normal da evolução da libido. Segundo Násio (1997), Freud distinguiu dois tipos de narcisismo, primário e secundário. No narcisismo primário investe-se a pulsão nas próprias partes do corpo, o eu ainda não se encontra constituído. Há uma reprodução do narcisismo dos pais que contribuem e projetam no filho seus sonhos e ideais renunciados.

No narcisismo secundário, ou narcisismo do eu, é necessário que os investimentos nos objetos retornem para o eu, situa-se entre o estágio auto-erótico e o vínculo com o objeto. Esta passagem do narcisismo primário para o secundário ocorre quando a criança se compara com um ideal fora dela, imposto pelas exigências do mundo que a cerca. Exigências estas, traduzidas simbolicamente através da linguagem. A criança percebe que há outras pessoas a quem mãe se dirige e não somente ela: ferida infligida ao narcisismo primário. Assim, o objetivo da criança consistirá em fazer-se amar pelo outro, agradá-lo reconquistando seu amor (Násio, 1997).

Segundo Freud, o eu se desenvolve na medida em que vai se distanciando do narcisismo primário. Na realidade, o eu quer reencontrá-lo para recuperar o amor e a perfeição narcísica: o imediatismo do amor. O complexo de castração opera no reconhecimento da incompletude, e assim, o desejo da perfeição narcísica. Freud afirma que todo amor objetual possui sua parcela de narcisismo. Na identificação narcísica, o eu identifica-se com a imagem de um objeto desejado e perdido. Desta forma a identificação representa uma regressão no qual o eu encontra-se incorporado ao objeto. (Násio, 1997).

O narcisismo secundário, ou do ego, pode ser definido como o investimento libidinal da imagem do eu. Esta, constituída pelas identificações do eu com a imagem dos objetos (Násio, 1997). Assim, para que haja uma relação com o objeto é necessário que haja uma relação narcísica do eu com o outro. Esta relação libidinal com os objetos se mantém por intermédio das fantasias.

As fantasias originárias apontadas por Freud estão presentes em todos os seres humanos e relacionam-se com as secundárias. São as fantasias originárias: fantasia de retorno ao seio, fantasia de sedução, cena originária e fantasia de castração. Elas são elaborações dos problemas cruciais humanos, acerca das origens, questões universais sem respostas categóricas: origem do ser humano, origem do sexo, origem da família, e origem do Universo. São modelos que se organizam e formam o inconsciente originário de cada um, permitindo evidenciar as estruturas fundamentais da vida pulsional estabelecida nos primeiros anos de vida (Martins, 2002).

Nas expressões das fantasias mais regressivas sugere-se um ideal de fusão naturalística, reviver o universo maternal desde a concepção até os cuidados com o bebê, sendo comum a referência a um paraíso perdido, sonhado e desejado, nem que seja por via artificial. Realiza em fantasia o ideal de completude, em que não exista lugar para a descontinuidade nem a falha, somente o fluxo contínuo do prazer. Assim, a ruptura da fantasia de integração completa à mãe, primeira paixão infantil, por melhor que seja, denunciará a falta. Na experiência da separação, compreende-se a importância da dimensão do contato (Martins, 2002).

Para se compreender a distinção entre o real, o imaginário e o simbólico, faz-se necessário remetermos-nos à Lacan (1956-1957). O exemplo que ele sugere demonstra o sentimento de falta em três categorias: privação, frustração e castração. Ele designa que “(...) a privação, em sua natureza de falta, é essencialmente uma falta

real”, ao passo que a frustração, é sempre um dano imaginário, e por fim, “a castração só pode se classificar na categoria da dívida simbólica” (p.36).

A castração, segundo Martins (2002), estrutura o Eu e as instâncias psíquicas, da mesma forma que explicita a problemática fundamental de viver em sociedade. Função importante é exercida pelo pai, quando este interdita o desejo edipiano. Esta lei do pai que priva a mãe dá origem ao superego da criança. Este sentimento de ser desejante e em falta, abre caminho para a entrada do outro (Freud, 1924). A constituição do sujeito ocorre na pequena infância a partir da disposição psíquica essencial. Com a elaboração do Complexo de Édipo se determina a especificidade acerca do pathos de cada um. Assim, para estudar o Complexo de Édipo, necessita-se que o sujeito recontar sua história, entrando em contato com a constituição de sua subjetividade. São fatos, contados de períodos pré-simbólicos, dominado pelo imaginário. As lembranças são, antecedidas e ordenadas por imagens, em uma cena sobre a qual ele não controla nem sabe a lógica que a constituiu. Assim só é possível entender o imaginário por meio do simbólico, mais especificamente, da linguagem. Fruto de um produto intersubjetivo, necessário, neste sentido, qualificar a linguagem, meio pelo qual o sujeito se efetiva. Por meio da linguagem, temos acesso às fantasias do sujeito sobre si mesmo e sobre as pessoas que o cercam, reorganizando as dimensões psíquicas do sentir e perceber, mover-se e agir, desejar e querer. O sujeito ao falar de si mesmo, se remete a seu imaginário, às fantasias secundárias que podem ser pensadas como sendo sonhos diurnos, relatos de recordações encobridoras, relatos de assuntos diversos. Assim, a linguagem funciona como grande criadora de ilusões (Martins, 2002).

Seguindo este raciocínio pode-se pensar que o amor está condenado a uma ilusão. Ilusão que incita o desejo de encontrar o objeto perdido e inalcançável que o

faça reviver as condições de prazer. A ilusão mantém o desejo, e este, é sempre desejo de um objeto perdido. São, portanto, o amor e o desejo, os meios que o psiquismo encontra para aplacar a dor da falta. Por isso o sujeito é eternamente desejante, ao afastar com o desejo o desamparo da falta, a ilusão de reencontrar o objeto perdido e com o amor a ilusão da completude. Como a satisfação não é plena, considera-se que esta é sempre parcial, pois um objeto nunca satisfaz o desejo. A noção inconsciente de algo insubstituível encontra-se muitas vezes subdividida em uma série infundável, pelo fato de que cada substituto deixa de proporcionar a satisfação desejada (Freud, 1910).

A busca da própria imagem no outro, atravessada pelas imagens parentais e de outras pessoas que serviram como modelos de identificação do sujeito apreendem-se as formas simbólicas de desejar e amar. Desta forma, o eu não existe desde o início, ele vai se formando na relação com o outro, na presença ou na imagem do outro, através dos processos de identificação, ou seja, na construção da identidade. Podemos pensar na constituição da subjetividade do sujeito como uma aquisição própria e singular na relação triangular, primordial para o desenvolvimento da criança.

Para Freud (1933) a escolha de objeto é resultado dos processos de identificação na resolução do Complexo de Édipo. É um processo de assimilação e internalização do outro. Remete-nos a uma experiência emocional com um objeto, ao afã de conquistar o outro. Processo inconsciente, em que a libido é investida de forma narcísica no outro, que é idealizado e ao qual se pretende fundir de modo a tentar suprir a falta. As identificações na infância têm fundamental repercussão na constituição da subjetividade e nas relações posteriores.

Sendo assim, a constituição do desejo forma-se de maneira alienada, em que o sujeito não reconhece seu próprio corpo. Ao ser nomeado pelo outro e consciente de si pela relação de alteridade, a formação da subjetividade se dá pela via do significante, o corpo, presente em todas as dimensões humanas. Com a elaboração do luto dos pais da infância e as aquisições destes períodos, a libido está pronta para investimento em novos objetos externos.

A manifestação inconsciente “determina a escolha de um objeto feita pelas pessoas e a maneira pela qual elas conduzem as exigências de sua imaginação em harmonia com a realidade” (Freud, 1910, p. 149). São quatro os tipos de escolhas de objeto feitas pelos homens: o amor à mulher desimpedida; o amor à prostituta; o amor a mulher pura e casta e a paixão por ‘salvar a donzela’.

No primeiro caso, trata-se de um complexo paterno. A precondição necessária para que ocorra o envolvimento é de que exista uma terceira pessoa injuriada, prejudicada. A escolha é sempre de uma mulher comprometida, que passa a ser ignorada caso não pertença a outro homem, porém é alvo de sentimentos apaixonados quando estabelece um outro relacionamento (Freud 1910).

No segundo exemplo, a mulher pura e casta nunca exercerá atração que a leve à condição de objeto amoroso. Neste caso a precondição necessária é de uma mulher “sexualmente de má reputação, cuja fidelidade e integridade estão expostas a alguma dúvida” (Freud, 1910, p. 150). Está relacionada ao complexo materno, de forma a reviver a situação primária de ciúme doentio pela mãe. Haja visto, na primeira precondição, é fornecido a oportunidade para gratificar impulsos de rivalidade e hostilidade em relação ao homem de quem a mulher é tomada. Na segunda, ao assemelhar-se a uma prostituta, relaciona-se à experiência do ciúme, fundamental para este tipo de amantes. “Sua paixão só atinge o apogeu e a mulher só adquire

pleno valor quando, apenas, conseguem sentir ciúmes e eles nunca deixam de aproveitar a ocasião que lhes permita experimentar essas emoções tão poderosas” (p. 150). Assim, o amante não faz objeção por não possuir a posse exclusiva da mulher, sentindo confortável na relação triangular.

O amor à mulher casta e pura na escolha de objeto amoroso é considerada santa. Existe uma recusa total ao fato de que ‘minha mãe faz sexo’. Elas são consideradas insubstituíveis, únicas pessoas a quem é possível amar e a exigência de fidelidade que é feita a si mesmo, repete-se, sempre e sempre, não obstante quantas vezes, a realidade, seja transgredida (Freud, 1910).

A paixão por ‘salvar a donzela’ faz o homem acreditar que ela precisa dele e que sem ele perderá seu controle moral. Salva-a, portanto, por não abandoná-la. A idéia de salvação faz alusão à sua inconstância sexual desta mulher ou aos perigos de sua posição social, podendo isto ter ou não fundamento. Ele luta por mantê-la no caminho da virtude. O anseio de salvar a mulher amada explica-se por motivos conscientes, com fixação em fantasias formadas pelo menino na puberdade e que irão permear o amor do homem na vida real (Freud, 1910).

Estes tipos de escolhas, contudo não derivam da mesma fonte, porém tem a mesma origem psíquica encontrada nos amores das pessoas normais. “Derivam da fixação infantil de seus sentimentos de ternura pela mãe e representam uma das conseqüências dessa fixação” (p. 152). No amor normal, isto pode ser evidenciado de maneira inconfundível na escolha de homens jovens por mulheres maduras. Nestes casos, a ligação da libido à mãe, perdurou por tanto tempo, durante inclusive a fase da puberdade, que as características maternas permanecem impressas nos objetos amorosos que são escolhidos posteriormente, substitutos facilmente reconhecíveis da mãe (Freud, 1910).

A importância fundante dos modelos identificatórios que se estabelece na relação triangular, permeará todas as relações objetais subseqüentes, sejam elas amorosas, de amizades e trabalho.

3.2. Relações Amorosas na Atualidade

Organizar diferentes momentos na estruturação do Édipo, o sujeito experimenta a triangularidade tal como foi descrita por Freud; os diferentes posicionamentos do sujeito quanto às suas possibilidades identificatórias e seu modelo de escolha objetal. O primeiro tempo do Édipo para Lacan seria marcado pela fusão narcísica da mãe com seu bebê. Diante da violenta incidência do desejo materno em busca da própria completude narcísica, resta ao bebê, identificar-se com o objeto fálico. O que a criança busca como desejo de desejo, é satisfazer o desejo da mãe, ser o objeto de desejo dela (Lacan, 1958).

Outro fator deste momento é a inclusão do pai como figura real na relação mãe-bebê, como aquele a quem se dirige o desejo da mãe. Ingressa-se no segundo tempo do Édipo com constatação da ausência do pênis na mãe e atribuição fálica paterna. O terceiro tempo do Édipo baseia-se no pressuposto de que o pai pode dar à mãe o que ela deseja, porque o possui. Aqui intervém a potência no sentido genital da palavra (Lacan, 1958). Ocorre uma mudança em relação ao falo ao encontrar, a partir do direcionamento do pai e pela constatação de que a mãe é castrada, a identificação com esse pai que é suposto ter o que a mãe precisa e deseja, o falo (Garcia, 2002).

Segundo Jorge (2002), num primeiro momento, tanto o menino quanto a menina crêem na universalidade do pênis: todos possuem pênis, mas as experiências psíquicas acontecem de formas diferentes. O menino acredita que todos têm pênis, nessa época está muito interessado em manipular o órgão e sofre ameaça verbal de perdê-lo diante da proibição dos adultos. Quando vê os órgãos genitais de uma menina, ele recusa a falta e pensa: 'é pequeno, mas vai crescer', acredita que as mulheres mais velhas o possuam. Ao descobrir que sua mãe também não possui pênis é que sentirá a ameaça de castração. A fantasia originária de castração é provida de fontes pulsionais ligadas ao corpo, bem como este, passível de sofrimento psíquico. De acordo com Násio (1995), o conceito de castração designa uma experiência psíquica completa, que a criança vivencia inconscientemente, de forma decisiva para a assunção de sua futura identidade sexual.

Freud (1924) diz que a ameaça da castração, vinculada à resolução do complexo de Édipo, é exclusiva dos meninos. A menina teria que lidar com a castração como fato consumado e o menino com o medo da sua concretização, por isso a castração encerra para o menino o Édipo, enquanto que para a menina, marca seu início. A castração simbólica, segundo Martins (2002), "tem o valor de sublinhar a organização intersubjetiva já presente na família da criança. Ela se faz na mente humana como um prolongamento da atividade ligada à elaboração do complexo de castração" (p. 77). Resulta na elaboração simbólica do Complexo de Édipo, extinguindo-o.

A angústia da castração leva o menino a aceitar a lei da proibição, e este opta por salvar seu pênis, mesmo tendo de renunciar a mãe como parceira sexual. Neste momento encerra-se a fase do amor edípiano, tornando-se possível a afirmação da identidade sexual masculina. Para a menina, que quando lactente deseja a mãe,

separa-se dela sucessivamente no desmame e quando descobre a castração materna, deseja o pênis dirigindo-se ao pai, sob forma de um desejo infantil. A feminilidade é definida por uma “multiplicidade de trocas, todas destinadas a encontrar para o pênis o melhor equivalente” (Násio, 1995, p. 21).

Para Freud (1924), existem três possibilidades de saída do Édipo para a mulher: a não-aceitação da castração, ela acredita que tem o pênis; ou abre mão, abdica da procura de ter um pênis; ou opta por ter um filho.

Na puberdade as zonas genitais estão preparados para exercer o objetivo sexual, assim como se consuma no lado psíquico o encontro com o objeto, preparado desde a infância. Desde a época mais primitiva de vinculação da satisfação sexual à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. A pulsão sexual, geralmente, torna-se auto-erótica, e somente depois do período de latência que novamente, volta-se para o outro (Freud, 1905).

Como afirma Rappaport (1981), com a repressão do Édipo, a energia da libido fica temporariamente deslocada de seus objetivos sexuais e canalizada para o desenvolvimento intelectual e social da criança, através do mecanismo de sublimação. É o característico período de latência, intermediário entre a genitalidade infantil e a adulta.

Neste período, a criança aprende a amar outras pessoas, de acordo com o modelo de sua relação com a mãe, dando continuidade. A ternura bem sucedida dos pais pelo filho, evita que a pulsão seja prematuramente despertada nele e tende a cumprir sua tarefa de orientar esse filho, na maturidade, em sua escolha do objeto sexual. (Freud, 1901-1905).

Segundo Freud (1901-1905), “o homem, sobretudo, busca a imagem mnêmica da mãe, tal como essa imagem o dominou desde os primórdios da infância”

(p. 215). A escolha do objeto tem seus caminhos abertos nos vestígios da afeição infantil pelos pais, revividos na puberdade. Assim, Martins (2002) afirma que o Complexo de Édipo terá papel decisivo na escolha de objeto, na escolha profissional, no entendimento da família, bem como será decisivo em todas as atividades mediadas pela relação humana.

Acontece de fato uma repetição de protótipos infantis, vivida com um sentimento de atualidade acentuada. Este fenômeno, denominado transferência, designa em psicanálise “(...) o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de certo tipo de relação estabelecida com eles” (Laplanche & Pontalis, 1994, p. 514).

Segundo Freud (1910) “indivíduos adoecem quando, por obstáculos exteriores ou ausência de adaptação interna, lhes falta na realidade satisfação das necessidades sexuais” (p.46). Assim sendo, a moléstia torna-se um refúgio e auxilia o sujeito a encontrar uma satisfação substitutiva. Pelas aspirações da cultura e sob pressão da repressão, o sujeito encontra-se insatisfeito e por isso mantém uma vida de fantasias, onde compensa as deficiências da realidade, realiza desejos, cujo conteúdo no caso de moléstia, transforma em sintoma.

Os sintomas contêm parcela da atividade sexual do sujeito ou sua vida sexual inteira. A fuga da realidade insatisfatória conduz ao prazer imediato e se dá pelo caminho da regressão às primeiras fases da vida sexual a que na época própria não lhe faltou satisfação e com isso, o recurso a ser vivido é a neurose. A regressão apresenta dois aspectos, ambos orientados para a infância ao restabelecer um estado infantil da vida sexual: “temporal: porque a libido na necessidade erótica volta a fixar-se aos mais remotos estados evolutivos, e formal: porque emprega os meios psíquicos originários para manifestação da mesma necessidade” (p.46). O sujeito

precisa superar o princípio do prazer e voltar-se à realidade, este caminho pode ser feito através da sublimação, pela qual “a energia dos desejos infantis não se anula, mas ao contrário permanece utilizável”. O instinto sexual não desvia totalmente de sua finalidade. (Freud, 1910, p.50).

Segundo Lacan (1956-1957) “a identificação com o objeto está no fundo de toda relação com este” (p. 26). Assim, toda relação atual seria uma forma de reedição de relações vividas anteriormente. Reviver é relacionar com os objetos, é dizer de alguma forma sobre a identificação, portanto, aos objetos introjetados na relação com o Outro, aos quais se aprende a idealizar e amar.

A transferência, neste sentido, pode ser pensada como sendo a possibilidade de reconstituir o modo de se relacionar com o outro, o modo de refazer a economia libidinal. Pode-se dizer que “há um ‘arco’ que mantém aceso o processo de ida e vinda, seja temporalmente, entre o passado e a atualidade, seja geograficamente, entre o longe e o perto, ou de uma pessoa a outra” (p.412). A plasticidade e reversibilidade no alemão, *Übertragung* significa “transferência”, remete-nos à idéia daquilo que se busca, traz e deposita, pode ser levado de novo embora para outro lugar em outro tempo. No texto freudiano, tais conotações lingüísticas são psicanaliticamente muito utilizadas (Hanns, 1996).

É a repetição das relações primárias, sendo tanto boas quanto más, que são atualizadas nas relações com outras pessoas. Reflete as relações entre mãe e bebê, fase em que estes possuíam um único aparelho fonador. A linguagem materna com seu significado próprio, o qual fora transmitido para o bebê, que nomeia desejos, expectativas, expressão de seus conteúdos e sentimentos.

Na verdade, transferência não passa de um caso particular de deslocamento do afeto de uma representação para outra. Freud mostra que ela está ligada a

protótipos, a imagos parentais, fraternas e insere o outro numa das séries psíquicas que o paciente já formou, isto é, a relação parental do paciente é revivida na situação transferencial (Laplanche & Pontalis, 1994). Assim sendo, a transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas.

Freud (1911-1913) relata que o método específico próprio do indivíduo conduzir-se na vida erótica é estabelecido por uma disposição inata e influências sofridas durante os primeiros anos. “Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com idéias libidinais antecipadas” (p. 134). Ou melhor, na eminência de um relacionamento amoroso se revive o modelo de amar infantil. A transferência, portanto é formada tanto por idéias antecipadas conscientes, quanto por idéias retidas inconscientes.

A partir destes pressupostos, pode-se pensar que as relações amorosas na atualidade estão configuradas na busca pelo amor idealizado, pelo casamento perfeito, pelas informações da cultura e da mídia que ditam a moda a ser seguida, como agir e fazer as escolhas. As relações amorosas podem perder sua essência quando são fortemente influenciadas por uma sociedade em que o consumo é quem dita a lei: quem consumir mais é feliz. Este conhecido dito é paradoxal, por exemplo, ao obeso, pois numa sociedade de excessos ele responde a uma ordem de consumo, e, por outro lado, o exagero, o discrimina, o exclui, como se o obeso fosse um transgressor da ordem vigente.

CAPÍTULO 4

Percurso de Pesquisa: sobre o Dispositivo Clínico

4.1. Considerações Sobre o Objeto

Este estudo teve um caráter exploratório e buscou estudar as escolhas objetais e o impacto da cirurgia bariátrica na relação de casal sob a perspectiva dos cônjuges masculinos, correlacionando aspectos da vida conjugal antes e depois da submissão da esposa à cirurgia. Os sujeitos foram escolhidos de forma aleatória, estando estas mulheres acima ou não do peso antes do casamento.

Segundo Freud as escolhas objetais estão fundadas nas identificações estabelecidas com a elaboração do Complexo de Édipo, pautado nas fantasias originárias do sujeito e no estágio infantil da vida. Assim, as escolhas amorosas só acontecem quando o sujeito localiza no objeto alguma semelhança ao ideal identificatório destas imagens parentais introjetadas. Para Lacan (1956-1957) “a identificação com o objeto está no fundo de toda relação com este” (p. 26).

Entendendo *pathos*, do grego, *paixão*, como a disposição afetiva fundamental, o Complexo de Édipo seria o determinante da estrutura do sujeito e definidor essencial das disposições para a vida, bem como, organizador das fantasias e da história particular de cada um. Assim, todas as escolhas são feitas pela mediação humana, seja ela amorosa, profissional, etc. (Martins, 2002).

A propósito desse estudo, sob a dimensão da influência da cultura e da mídia na atualidade, investigou-se a manifestação da subjetividade de três sujeitos cujas esposas se submetem à cirurgia de redução de estômago. Com redução drástica do peso corpóreo, investiga-se como se restabelece a relação do casal.

4.2. Considerações Sobre o Método

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, em que se realizaram três entrevistas do tipo clínico. Os sujeitos deveriam ser do sexo masculino, casados com esposas submetidas à cirurgia de redução de estômago. As idades dos sujeitos, tempo de casamento e tipo de relacionamento (casado ou morando junto) eram indiferentes. Foi realizada uma única entrevista com cada sujeito, sendo que uma delas ocorreu em dois momentos.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e as indicações desses sujeitos foram feitas por um membro do grupo de pesquisa de obesidade da Universidade Católica de Goiás, por uma psicóloga também do mestrado e por outra psicóloga de uma clínica particular responsável pela avaliação de pacientes destinados à cirurgia. Os contatos com esses sujeitos foram feitos por telefone, primeiramente com as esposas operadas e, com o consentimento dessas, com os maridos. Uma entrevista foi realizada na própria residência do sujeito, e as outras duas, em um laboratório particular de Estudos e Pesquisa em Psicanálise. No entanto, conservou-se um ambiente tranqüilo e propício para a realização das entrevistas. Os nomes foram trocados a fim de resguardar a identidade dos sujeitos entrevistados, bem como de suas parceiras.

Buscou-se, a partir do dispositivo da escuta clínica, compreender o impacto da cirurgia bariátrica sob a percepção destes cônjuges e como ficou para eles lidar com esta nova experiência. No primeiro caso a esposa não era obesa quando eles se casaram, nos outros dois, as esposas já eram obesas antes do casamento.

Pôde-se notar nestes casos, que os parceiros não eram consultados e suas opiniões não eram levadas em conta para a decisão de fazer a cirurgia. Dentro da

proposta, os sujeitos eram solicitados a contar sobre seu relacionamento conjugal, a história de sua vida de casal, da relação amorosa. Nesse sentido, aspectos que aparecem são histórias sobre namoro, casamento, filhos, vida social, decisão para submissão à cirurgia bariátrica, expectativas e o convívio com esta nova realidade. O sujeito utilizou alguns destes eixos como condutores do campo da fala e da linguagem, denunciando aspectos inerentes à cirurgia para a relação do casal.

Dispositivo de escuta clínica utilizado por Del Volgo (1998), a linguagem e os significantes tornam-se, em psicanálise, a apreensão mais perfeita de restaurar o que se desconhece. Assim como diz René Char (citado por Del Volgo, 1998) “as palavras que vão surgir, sabem de nós o que ignoramos delas” (p.11).

Desta forma o sujeito reordena os significantes de sua própria história, fazendo uma reconstrução imaginária e espontânea para explicar a si próprio e as manifestações à sua volta. Neste aspecto, se faz necessário escutar e fazer escutar o inconsciente no que tange à percepção dos sujeitos em questão, que ao falarem de suas percepções acerca do processo cirúrgico de suas parceiras, narram sua subjetividade frente a esta nova realidade de casal.

Segundo Martins (2002), as fantasias são transmitidas e podem ser compreendidas por intermédio da fala. “Afinal, a linguagem é mais que a morada do Ser. Ela é o meio pelo qual o Ser se efetiva” (p. 28). Pois, a partir do relato efetivado pela linguagem que se permite ao sujeito contar e realizar sua própria história, bem como acender aos seus conteúdos inconscientes. Processo este, que se dá por meio da relação de transferência e contratransferência.

O termo transferência designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos em certo tipo de relação estabelecida com eles (Laplanche & Pontalis, 1994). Desta forma, seriam os

sentimentos do sujeito em relação ao analista ou, no caso da pesquisa, ao entrevistador que possibilitariam a fala. Por outro lado, os sentimentos do entrevistador em relação ao entrevistando, bem como suas percepções de alguém que se endereça a fala, também influenciam e interferem diretamente no decurso do processo, a conhecida relação contratransferencial.

Na situação de pesquisa clínica, a relação de contratransferência impossibilita a neutralidade do pesquisador, visto que quem fala, fala para alguém. A pesquisa clínica não se reduz à busca neutra pela representação adequada de um objeto concebido, independente do observador, ao contrário, pauta-se na relação estabelecida entre entrevistador / entrevistado para se manifestar.

Segundo Laplanche e Pontalis (1994) a transferência deve ser tratada como um sintoma, que a mantenha ou restaure uma relação terapêutica fundada numa cooperação confiante. É neste sentido, no estabelecimento desta situação propícia, que o outro é incitado a falar. A espontaneidade com que surge a transferência em todas as relações humanas, mostra que é neste contexto que o sujeito achará espaço para se mostrar, reconstruir sua história de vida, atualizada pela fala.

As entrevistas não foram gravadas a fim de proporcionar uma abertura maior ao sujeito de falar, de se expressar. Por assim dizer, garantindo a situação de escuta orientada por uma perspectiva analítica, enquanto estratégia de pesquisa. As entrevistas foram anotadas posteriormente à realização das mesmas, de forma a manter e conservar as impressões do sujeito. A análise, portanto, é da situação de pesquisa, “realidade de pesquisa”, propiciada pelo dispositivo e não da realidade do sujeito. São notas interpretativas que não passam pela validação, pois a pesquisa somente permitirá uma validação a posteriori.

O falar, pautado pelo dispositivo de escuta clínico, possibilita a manifestação das formações inconscientes no discurso dos sujeitos, como os desejos, as fantasias. A verdade do sujeito, construída pelo seu discurso, neste sentido não é a causa, nem o exato, apenas expressão de sua subjetividade. Este caminho metodológico pretende a abertura para o campo da fala permeado pela intersubjetividade a produzir efeitos no sujeito ao falar com o outro.

Assim, Del Volgo (1998) também afirma que o “instante de dizer” é um momento propício que permite o sujeito falar. Fio condutor utilizado, a submissão das esposas à cirurgia bariátrica, abre espaço para emergir conteúdos inconscientes, recalcados na fala do sujeito. A representação, função simbólica é mediada pela linguagem e através da fala, da percepção destes sujeitos, que reconstróem suas histórias através de seus discursos.

CAPÍTULO 5

Análise das Entrevistas

5.1. Entrevista: Arnaldo

Arnaldo é profissional liberal, idade entre 30 e 40 anos e tem um filho de 16 anos do primeiro casamento. Quando se separou da primeira esposa, o filho estava com 4 anos de idade. Sua esposa Lúcia realizou a cirurgia de redução de estômago há sete meses. Quando a conheceu ela pesava cerca de 60 kg. Antes da realização da cirurgia, ela havia engordado e estava com peso mais ou menos de 115 kg, conseguindo perder 40 kg com a cirurgia. No início do casamento, moraram na casa dos pais dela em outro Estado. Durante o namoro, os sogros já cuidavam do filho dele, que tinha cinco, seis anos de idade. Hoje moram em Goiânia na expectativa de que os pais da esposa venham morar aqui também.

A entrevista foi realizada em seu apartamento e ele pareceu-me um pouco nervoso e retraído no início. Esfregava uma mão na outra e estava muito sério. Iniciei a conversa reafirmando os propósitos da entrevista, o sigilo e as finalidades científicas. Conta que ele e a esposa se conheceram trabalhando em um mesmo prédio. Ele fazia direito e trabalhava num escritório de advocacia. Diz ele: “(...) *no mesmo andar trabalhava essa moça que hoje é minha esposa. Ela era secretária da Assistência Jurídica, mulher alta, esbelta, tinha um belo sorriso, era muito alegre e extrovertida, conversava muito e foi isso que me atraiu*”.

Relata que namoro e noivado durou um ano. Nesta época seu filho estava com quatro anos. Fala que a família dela foi muito receptiva: “(...) *eles adotaram*

meu filho e me adotaram também”. Com esta frase, logo ao início da entrevista, me interessei a investigar o que levaria este homem a querer uma família adotiva, alguém que cuidasse não somente do filho, mas dele também. As situações intersubjetivas falhas relacionadas à posteriori com a elaboração do Complexo de Édipo são principalmente o desmame e a experiência de separação. O trauma do desmame consiste em romper a fantasia de integração completa à mãe. A experiência de separação ressalta a importância crucial do contato.

Após a separação do primeiro casamento, ficou com a guarda da criança. Conta que foi muito bom, nunca se separou do filho. Foi ele quem deu a primeira papinha, trocou as fraldas, nunca se separou da criança e gostou muito de ter ficado com o filho. Conta que quando se casaram, o menino estava com cinco, seis anos de idade e por isso sempre chamou Lúcia de mãe e relata: “(...) *os dois são mesmo como mãe e filho*”. Escutando este sujeito falar, incitou-me a pensar numa possível fixação deste homem numa posição infantil de demanda de afeto. Ao falar que ‘nunca se separou do filho’, ‘nunca se separou da criança’ referindo-se a seu próprio filho, o escuto dizer de si mesmo. Sozinho, abandonado a espera desta família adotiva.

Aos 17 anos saiu de casa, quando os pais se separaram. Eram sete irmãos, sendo ele o segundo mais velho. Sua mãe foi embora para Fortaleza com outro homem levando duas de suas irmãs. Ele ficou com o pai e uma irmã que já estava casada: “(...) *eu não tinha moradia fixa, revezava na casa dos dois*”. Na fala dele, minhas impressões são de que ele ora ficava com a mãe, ora ficava com o pai, não tinha um lugar, deixam-no para trás sem um ponto de referência, sem moradia própria, sem um lar.

Este pai que se refere era seu padrasto, o pai biológico morrera quando ele tinha quatro anos. Ao perguntá-lo sem tem lembranças deste pai diz seguramente que

sim: “(...) *mas não consigo fazer a distinção entre os dois. Foi o pai que me criou que me ensinou as coisas*”. Percebo neste momento que a falta de lugar se repete na relação com o padrasto.

Notei que ao falar da separação dos pais ficou bastante nervoso, esfregou as mãos uma na outra, prendeu o choro, ora ou outra caía uma lágrima. Só conseguia ver diante de mim, um menino inseguro e desconfiado. Pareceu-me haver uma repetição dos modelos de identificação, o pai morre quando estava com quatro anos de idade, idade do filho quando se separa da primeira esposa. Revive-se inconscientemente o conflito que se atualiza na fala do sujeito. Então, o sujeito revive o trauma da separação e da perda do pai.

Começou a trabalhar cedo, com sete anos de idade. Ajudava o pai que era encanador. Do seu primeiro emprego conta: “(...) *meu primeiro emprego foi em um supermercado, mas acabava que eu não recebia nada. Eram retiradas compras para casa e anotadas numa caderneta. No final do mês descontava e eu só recebia uns R\$ 50,00. Parei quatro anos de estudar, foi minha bobeira*”. Bobeira por ficar parado no tempo, estagnado, penso eu, em posição de demanda, na espera. Novamente aparece o fator significativo dos quatro anos em sua vida, a experiência marcada e carregada dos quatro anos de idade: idade que o filho tinha quando se separou da esposa, sua idade quando o pai morreu e seus quatro anos ‘de bobeira’ sem estudar. Repete o modelo aprendido da imago parental.

Conta que aos quinze anos presenciou a mãe traindo o pai e que isso ficou marcado em sua vida: “(...) *a vi com outro homem e nunca a perdoei. Tenho um pouco de raiva da minha mãe, mas mãe é mãe*”. Conta que a partir disso ficou ainda mais próximo ao pai. Ele foi traído, castrado. Não por uma castração somente simbólica, mas expressa no real. A castração simbólica, segundo Martins (2002),

“tem o valor de sublinhar a organização intersubjetiva já presente na família da criança. Ela se faz na mente humana como um prolongamento da atividade ligada à elaboração do complexo de castração” (p. 77). Resulta na elaboração simbólica do Complexo de Édipo, extinguindo-o. Freud (1910) ao falar em processos de identificação e escolha de objeto derivado diretamente do complexo materno. Há uma fixação das fantasias formadas pelo menino na puberdade e que, encontram mais tarde, vazão na vida real.

Nasceu em São Paulo e trabalhando com vendas começou a viajar muito. Foi morar em Minas Gerais: “(...) *quem trabalha com vendas tem que trabalhar muito e numa dessas viagens eu acabei ficando*”. Assim, como afirma Martins (2002) o Complexo de Édipo terá papel decisivo na escolha de objeto, na escolha da profissão. Será decisivo em todas as atividades mediadas pela relação humana. Ele é um sujeito que se caracteriza por estar sempre na falta, sempre na espera, na demanda de cuidado e de afeto, assim como quem se ocupa pelo trabalho com vendas cujo lema ‘conquistar o cliente’ nos remete a pensar numa posição de sedução, de conquista, sempre na demanda.

Arnaldo e Lúcia casaram-se em outro Estado, onde moram os pais dela. Um ano depois vieram para Goiânia. Foi quando a esposa começou a engordar: “*Nunca me preocupei com isso, mas uma vez quando fui buscá-la na faculdade e a vi caminhando para o carro, pensei: ‘nossa eu preciso ajudar essa moça!’*”. Fiquei me indagando: ‘moça como sinônimo de virgem?’. Ao demonstrar salvar a mulher amada, o homem se convence de que ela precisa dele, e que não sendo assim, perderá todo seu controle moral, “salva-a por não a abandonar” (Freud, 1910, p. 152). A idéia de salvação faz alusão à sua inconstância sexual desta mulher ou aos perigos de sua

posição social, podendo isto ter ou não fundamento. Salva-a por evitar que esta repita a história da mãe, que ao traí-lo, perdeu seu controle moral.

Ele diz: *“quando nos casamos ela pesava 66 kg, e em nove anos seu peso foi para 118 kg. Sinto-me culpado por ela ter engordado tanto, culpado por não ter incentivado, por não ter dito que precisava emagrecer, que estava ficando gordinha, nunca ter pagado academia”*. Diante desta fala, ele assume mais uma vez que precisa salvá-la. Parece que ele sempre pagou as contas alheias e até hoje está preso em contas que não são suas. Revive na fala os ideais identificatórios, modulares em suas relações objetais.

Quando questiono como era a relação de casal antes da cirurgia, ele responde: *“tem pessoas que ficam querendo atenção, querendo exclusividade, querendo o outro só pra elas, mas não dá”*. Penso na relação de exclusividade que gostaria de ter vivido com a mãe, ao invés disso, o sentimento de abandono, de não ser exclusivo, não ser aceito, a falta, o desejo sempre a esperar pelo lugar que nunca ocupou. E continua: *“(...) eu tenho outras coisas para fazer, tenho que me dedicar ao trabalho e chego em casa cansado. Tem famílias, mas a minha não é assim, mas tem famílias que chega final de semana e é mais cansativo que a semana inteira de trabalho. Quando ela chamava para sair, eu sempre dava uma desculpa para não ir, ou que o carro estava sem gasolina, ou que eu estava cansado. Eu tinha vergonha de sair com ela na rua porque as pessoas ficavam me olhando, eu lá de mãos dadas com ela no shopping andando de lá pra cá. Parece bobagem, mas eu queria que as pessoas elogiassem a pessoa que está comigo, e não é assim. Eu vou ao shopping e todo mundo olha. Eu acho que a discriminação é com ela, mas é comigo também por estar com uma pessoa que é gorda”*. Nesta fala parece que ele faz uma projeção para a sociedade do que ele pensa e acha sobre a pessoa obesa. Parece-me nítido o quanto

ele acha feio e vergonhoso o corpo opulento, e como este não faz referência a seu modelo identificatório de escolha de objeto de amor. Como defesa, utiliza a sociedade que não tolera o obeso, para expressar uma vergonha que é sua de estar ao lado de uma pessoa ‘fora do padrão de beleza’ exigido na atualidade pelos meios de comunicação e pela cultura.

Prossegue dizendo: “(...) *ela engordou depois que já estávamos casados. Sempre a procurei para sexo, mas quando ela estava gorda, ela sempre estava indisposta. Ela nunca queria e não entendia que eu precisava disso até para aliviar as tensões. Muitas vezes fiz muito mais por este motivo que por me sentir atraído por ela. Depois passei a não insistir e quando ela não queria, eu a deixava dormir. Ela não teve uma educação sexual para isso, ou melhor, ninguém é educada para ser uma amante sexual e, às vezes, eu fazia mesmo para aliviar a tensão. Homem tem mais necessidade que a mulher, eu acho*”. Novamente parece aludir ao contraste mãe/prostituta, sagrado/profano. Sugere o medo de reviver a traição da mãe por um lado, e de outro a imagem fixada da prostituta como objeto de uso e prazer.

Sobre as expectativas após a cirurgia ele conta que: “(...) *ela sempre quis ter um filho, mas antes ela não tinha se formado, agora está terminando a pós-graduação. Não tínhamos casa própria, agora estamos mudando para um condomínio e esta casa ficará mobiliada a espera que os pais dela venham morar aqui em Goiânia. Ela precisava emagrecer para ter esse filho. Até para ir para esse condomínio eu queria ter uma mulher que os outros comentassem que é bonita, eu me sentiria bem com isso*”. Há a idealização do modelo de beleza feminina introjetada por influência da mídia e da cultura. Um modelo estereotipado do belo que todos desejam seguir. Sua fala é de demanda de filho, não de marido, que espera a vinda dos sogros/pais, de proteção, acolhimento. Pergunto com que frequência eles

vêm? Relata que *“eles vieram em janeiro, fevereiro, em março ainda não, mas devem estar chegando”*. E sua família? Responde: *“eles vêm a cada ano, mas ficamos até dois anos sem nos vermos. Estão esparramados, estão todos separados”*.

Pergunto como está agora a relação com sua esposa, ele relata: *“achei muito bom ela ter emagrecido, estou tendo mais estímulo sexual. Agora a vida ficou mais leve, mais fácil. A pessoa também quer se arrumar, cuidar do cabelo, da pele, dos dentes e eu achei tudo isso muito bom. Ela emagreceu 40 kg e agora tenho mais ânimo de sair com ela, de ir ao shopping, ao clube. Minha disposição com ela magra é outra”*. Remete às lembranças da moça que ele conheceu, aos ideais identificatórios de modelo de beleza que tem consigo introjetado. Ele tem medo que a traição se repita

Prossegue a fala dizendo: *“(...) meu ciúmes aumentou, porque eu já era ciumento”*. Segundo Freud (1910) neste tipo de escolha de objeto, ele luta por mantê-la no caminho da virtude. O anseio de salvar a mulher amada explica-se por motivos conscientes, com fixação em fantasias formadas pelo menino na puberdade e que irão permear o amor do homem na vida real.

Comenta que: *“homem com dez minutos de conversa com uma mulher não respeita mais nada”*. Questiono se com ele é assim, e me responde: *“Não, não estou falando de mim. Eu tenho medo de que eles um dia dêem em cima da minha esposa porque eu não sei que reação eu teria. Não estou falando de agressividade não, mas eu não sei que reação eu teria”*. Reação hoje? Como adulto? Chego a pensar no que queria ter feito ao presenciar a traição da mãe. Na agressividade que sentiu ao ser traído, por não ser exclusivo, não ter seu lugar nominado. Ao verbalizar atualizando a fala, ele revive inconscientemente a traição da mãe, traição não ao pai, mas a ele próprio.

E conclui: “(...) eu não sei qual seria minha reação, porque felizmente nunca aconteceu, mas eu não sei”. Escuto isso como se ele me dissesse: “como gostaria que isso acontecesse, que fosse bonita, que a cobiçassem”.

Pergunto o que é para ele separação: *“é uma coisa muito difícil, um choque, ter que aprender as coisas tão rápido e se acostumar com aquilo. Tem que amadurecer. Eu nunca pensei que fosse me casar tão rápido, saí de um casamento e em um ano e pouco já estava casado de novo. E com uma família que deu tão certo, porque a gente não se casa só com a pessoa, mas com toda a família”*.

Penso que para amadurecer necessita entender a separação. Separação dos ideais identificatórios parentais e construção de ideais próprios. Há necessidade de separação e para ele separação é sinônimo de abandono, traição.

E completa dizendo: *“se eu não desse certo com o pai ou a mãe fosse contra, não daria certo o casamento”*. Demonstra a dificuldade de se separar, quer a proteção dos sogros. Sair dessa relação, ele deixa de ser filho para ser pai, adulto, o que segundo ele *“é uma coisa muito difícil”*.

E casamento, pergunto, o que é para você? Reponde que: *“segundo o jurídico existem três tipos de casamento, com separação de bens, comunhão de bens e comunhão universal de bens e que estão estudando para um quarto tipo de casamento”*. Ao responder isto ele resiste ao conflito que está explícito, separar x comungar, unir. Para tornar-se adulto ele precisará fazer suas próprias escolhas, separar-se dos idéias parentais para assumir sua escolhas objetais. Segundo Freud a resistência pode se manifestar de uma maneira intelectualizada, a fim de evitar o contato com o trauma.

E continua: *“(...) para mim o casamento é necessário. A pessoa tem que ter um lugar para chegar, para ela voltar no final do dia. Mesmo que chegue, o filho e a*

esposa já tenham jantado, tomado banho, estejam esperando por ele". Lugar que ele ainda não conquistou. *"(...) há uns quatro, cinco anos eu gostava quando minha esposa viajava e eu ficava sozinho, gostava também de ir para o sítio no interior para ficar sozinho. Agora só vou se levar alguns amigos. Gostava muito de ficar sozinho, hoje, se ficar sozinho em casa começo a pensar besteira. Tipo que minha esposa pudesse estar fazendo alguma coisa de errado, mesmo eu sabendo que não está acontecendo nada, que está tudo certinho. Não da pra ficar muito tempo longe, eu começo a me sentir sozinho. Agora, eu gosto de viajar, só se formos nós três*".

Reviver o inconsciente, o faz reviver o abandono.

Termina dizendo: *"(...) aconselho quem quiser, a fazer a cirurgia"*. Penso: a verdadeira cirurgia do amadurecimento.

5.2. Entrevista: Osvaldo

Osvaldo é casado há oito anos com Márcia. Ela tem de 30 a 35 anos e ele é um ano mais velho que a esposa. Eles têm uma única filha deste casamento que está com quase três anos de idade. Quando Osvaldo a conheceu, Márcia pesava cerca de 120, 130 kg e altura em torno de 1,70m. Ele pesava cerca de 60 kg. Márcia fez a cirurgia bariátrica há um ano e está aproximadamente com 95 kg. Moram no mesmo lote que os pais da esposa.

Inicialmente, confirmei o sigilo e as propostas científicas da pesquisa. Ao indagá-lo sobre como se conheceram, ele diz: *"eu era muito namorador, tinha três namoradas e falava que nunca ia arrumar mulher para casar, que não me casaria tão cedo. Mas com ela foi diferente, larguei das três namoradas que tinha na época e*

quis me casar. Namoramos três anos nos casamos". Isso me levou a pensar, logo no início da entrevista, o que ele viu nela? O que viu nela que o fez reviver os objetos de identificação parentais? Haja visto, que as identificações na infância têm fundamental repercussão na constituição da subjetividade e nas relações posteriores.

"Ela sempre foi forte", dizia ele, "(...) desde pequena dá pra ver nas fotos que ela já era fortinha. Quando eu a conheci, ela era uma mulher alta, tinha os cabelos cacheados no ombro, uma pele que fica linda quando ela pega sol. Era uma gordinha que tinha cintura, ela sempre teve o corpo bonito. Ela era muito carinhosa, uma morena muito bonita". Remetendo a Freud (1901-1905) pode-se pensar que a escolha de objeto tem seus caminhos abertos nos vestígios da afeição infantil pelos pais, revividos na puberdade, na "(...) busca da imagem mnêmica da mãe, tal como essa imagem o dominou desde os primórdios da infância" (p. 215).

Continua dizendo: *"(...) ela sempre teve os seios pequenos, eu não gosto de mulher com seio grande. E ela sempre teve muita cintura, mesmo agora que emagreceu, os ossos dela são largos, ela tem quadril, um bumbumzão, um bumbum bem grande que eu gostei*".

Ele diz: *"(...) ela sempre foi muito carinhosa comigo, acho que era isso*". Vinha de uma família grande, eram seis irmãos, sendo ele o quinto. Penso que a relação do casal o faz reviver as identificações com esses pais da infância, porém na perspectiva de que hoje ele não precisa ficar esperando os carinhos de uma mãe de seis filhos. Ele conseguiu uma mulher carinhosa e uma família acolhedora e receptiva.

Oswaldo trabalha com venda de encomendas que traz do Paraguai: *"viajo muito, não gosto de ficar em hotéis, quero voltar para casa*". Para onde ele quer voltar? Segundo Martins (2002) "é comum a referência a um paraíso perdido,

sonhado e desejado, nem que seja por via artificial” (p. 44). Instaura-se as fantasias mais regressivas de fusão e completude materna, cuidado e proteção do bebê, necessários à sobrevivência física e psíquica. Busca-se um equilíbrio às custas do meio, dos objetos, dos outros.

Moram na casa ele, a esposa e a filha. Na parte superior do sobrado, o sogro e a sogra. A esposa é formada em biomedicina e matemática e dá aulas em uma escola e particulares em casa. *“Minha família está em Tocantins, meus pais e um irmão. Somos do Paraná. Ao todo somos seis irmãos e eu sou o quinto. O mais novo está no exterior e os outros em Mato-Grosso. Minha mãe é muito carinhosa e gosta muito de Márcia, meu pai também, mas é um pouco mais reservado. Uma época queria ter ido para o Tocantins, lá está bom para ganhar dinheiro, mas Márcia é filha única e não quis sair de perto dos pais dela”*.

“Tem um ano meio que Márcia fez a cirurgia. Eu não era a favor e até hoje não seria. Acho que ela poderia emagrecer de outras formas, fazendo regime, eu tinha muito medo. Medo de ela não conseguir seguir as recomendações depois da cirurgia, de manter. Porque ela nunca conseguia seguir as recomendações das dietas que ela fazia, não tomava os remédios direito, comia demais”. Pensei: qual seu verdadeiro medo? Seria o medo do abandono? De não conseguir manter a relação de casal? Este sujeito parece funcionar numa posição regressiva de demanda diante do amor da esposa, cujo sofrimento se instala frente a qualquer ameaça de quebra da fantasia de completude e saciedade narcísicas. Para Freud (1933) a escolha de objeto é resultado dos processos de identificação na resolução do Complexo de Édipo. Sua teoria nos fala de identificação como sendo um processo de assimilação, internalização do outro. Remete-nos a uma experiência emocional com um objeto, em que se busca o outro. Processo inconsciente, na identificação a libido é investida

de forma narcísica no outro, que é idealizado e ao qual se pretende fusionar de modo a tentar suprir a falta.

Ele conta: “(...) *depois que ela fez esta cirurgia, ela ficou muito nervosa. Ela era uma pessoa calma, agora está nervosa até com a nossa filha. (...) o humor dela mudou muito, antes ela era mais carinhosa. Quando eu chegava de viagem ela vinha, queria abraçar, beijar. Agora passa e diz ‘oi’. Ela esfriou muito, não me procura mais para sexo, se eu não procurar, ficamos um mês sem*”. “(...) *não, isso eu não imaginei que fosse acontecer, mas ela fala que não está tendo vontade*”. Percebe-se, a partir desta exposição de falas, que depois da cirurgia ele se sentiu rejeitado, preterido.

E relembra: “(...) *ah, antes ela preparava alguma coisa para mim, alguma comida diferente. Hoje não tem mais nada disso. Acho que pode ser porque ela não consegue mais comer. Às vezes, ela fala que tem vontade de comer um prato cheio de comida, mas que ela não dá conta. Quando vamos almoçar, você vê o tantinho que ela põe no prato, o tantinho que ela consegue comer... e tem que comer devagarzinho senão entala e tem que vomitar. E vomita só um líquido, a comida desce. Acho que por causa dessas coisas também que ela fica nervosa, porque ela fala que dói muito e quando vomita passa*”. Noto neste momento, que o sujeito se expressa de uma maneira muito ilustrativa. Ele expressa sua vontade de sentir-se saciado com um “*prato*”. Agora, tendo o objeto idealizado interdito, modificado, somente restou-lhe a saudade de sentir-se suprido, do desejo de gozo que não está sendo saciado.

Freud em sua teoria nos fala que o amor está condenado a uma ilusão. Ilusão que incita o desejo de encontrar o objeto perdido e inalcançável que o faça reviver as condições de prazer. A ilusão mantém o desejo. O desejo é sempre desejo de um

objeto perdido. São, portanto, o amor e o desejo, os meios que o psiquismo encontra para aplacar a dor da falta. Por isso o indivíduo é eternamente desejanter, afastado com o desejo o desprazer da falta, a ilusão de reencontrar o objeto perdido e com o amor a ilusão da completude. Como a satisfação não é plena, considera-se que esta é sempre parcial, pois um desejo nunca se satisfaz se o objeto que se busca não existe.

De acordo com Freud (1910) a noção inconsciente de algo insubstituível encontra-se muitas vezes subdividida em uma série infindável, pelo fato de que cada substituto deixa de proporcionar a satisfação desejada. A busca da própria imagem no outro, atravessada pelas imagens parentais e de outras pessoas que serviram como modelos de identificação do sujeito, constituem-se as formas simbólicas que o sujeito aprende então a desejar e amar.

Ele diz: “(...) *hoje ela está muito nervosa, qualquer coisa ela grita, briga e ela não tem mais vontade de ter relação sexual. Eu a procuro, ela fica nervosa, ela não quer. Ela fala que não sente mais vontade. Ela fala que fica com ódio, com raiva de mim quando eu a procuro. Mas eu imagino que é igual quando você oferece comida para uma pessoa e ela está com a barriga cheia, ela não quer comer, eu acho que é mais ou menos a mesma coisa*”. A comparação que ele faz é pertinente. Muda a comida, muda a relação dos dois. Ela não engole a comida e ele não engole a cirurgia, portanto, não engole a relação. Ao optar por submeter-se a cirurgia, ela provoca no cônjuge, uma desacomodação, ou seja, retira ele da posição de demanda, de comodidade, de amparo e o coloca numa posição insegura.

E conta: “(...) *antes ela tinha vergonha do corpo, só tinha relação com a luz apagada, mas sempre queria e me procurava*”. Ele fica esperando que ela o procure, sempre na demanda. Não pensa relação de casal, que para ela não estava boa.

Oswaldo relata: “(...) *ela tinha muita vergonha de ir visitar minha família no Tocantins, porque lá tinha muita praia e ela sentia muita vergonha do corpo. Eu falava: ‘mas todo lugar tem gordinha, toda praia tem gordinha!’.* Ela era uma mulher muito bonita, tinha quadril, cintura, não era daquelas gordas... pra mim ela era uma mulher bonita. (...) *Hoje ela está muito bonita, está com mais cintura ainda, barriga ela nunca teve, os braços que emagreceram e ficou sobrando muita pele*”. Como ilustra Eco (citado por Ferraz, 2007), o belo é algo subjetivo e individual enquanto a beleza é comum a todos. Desta forma, beleza dela está na fantasia dele. Ele permanece na fantasia de um corpo ideal, de um relacionamento ideal, sendo assim o seu discurso enaltece a posição de demanda narcísica.

“A mulher quer ser desejada e há uma função objetalizante na conquista do bom resultado estético” (Minerbo, et al., 1997, p. 812). Raquel Goldstein (1994, citada por Minerbo et. al., 1997), nos diz que no jogo de sedução, a dimensão beleza feminina é uma das dimensões do jogo de atração dos sexos. Porém, “(...) não se trata mais de dotes individuais de alguma mulher linda, mas sim de um dogma que se impõe como argumentação irrefutável” (Minerbo et al., 1997, p. 815). A exigência de ser magra tem resultado em um erotismo de fachada que se sobrepõe à sexualidade, desvitalizada na sua origem. A beleza da imagem ao objeto, a cópia ao original, o simulacro ao real. Nas palavras de Baudrillard (1991, citado por Minerbo et al., 1997, p. 814) isto se expressa: “o signo não tem relação com nenhuma realidade, ele é seu próprio simulacro puro”.

Ele conta que: “(...) *toda vez que eu viajo, eu já fico morrendo de saudades da minha filha, de voltar para casa logo para ficar com ela. A gente brinca, eu rolo no chão com ela. Eu estou com a minha mulher hoje, eu posso te dizer, até hoje, por causa da minha filha, porque eu não quero me afastar dela. Porque o*

relacionamento está péssimo. (...) mas o médico falou que depois da cirurgia, o tempo de adaptação era de dois anos e eu estou esperando esses dois anos, que eu acho que ela vai melhorar". Nesta fala, ele conta muito de si mesmo, de como está se sentindo depois que o objeto idealizado modificou-se. Parece que agora ele se encontra numa relação excludente ao negar o prazer, ao desconfirmar sua sexualidade. Ela emagreceu e, portanto, o objeto idealizado e amado não existe mais para ele, que agora se acha 'sobrando', desamparado. Neste sentido, percebo que ela o está fazendo reviver, inconscientemente, a relação materna: não liga pra ele, não cuida dele. Uma mãe que não foi suficientemente boa, vivenciou o descuido e a falta material.

"(...) se não fosse a minha filha, eu te falo, eu não estava mais com ela não. Porque eu sei que se eu me separar dela, eu vou ficar longe da minha filha, eu não vou ter o mesmo contato com ela. Então eu estou segurando até hoje por causa da minha filha. Eu gosto muito dela, mas do jeito que está não dá pra ficar. (...) eu nunca fui a favor da cirurgia e ainda não sou. Toda cirurgia tem riscos, até de falecer". A eminência de falecimento remete o sujeito à fantasia de perder para sempre o objeto de amor.

5.3. Entrevista: Roberto

Roberto tem entre 20 e 30 anos de idade. Trabalha como autônomo e tem somente um filho, que é do primeiro casamento. Está casado com Joana, que não tem filhos, há um ano e meio. Quando se conheceram, ela pesava em torno de 70 kg e tinha altura média de 1,50m. Antes da cirurgia estava pesando cerca de 100kg e

conseguiu emagrecer 30 kg. Noivado e casamento moraram na casa dos pais dela, saindo de lá logo após a submissão à cirurgia. Realizou a cirurgia bariátrica há nove meses.

Eles se conheceram em uma boate e ele conta desse primeiro encontro: “(...) *ela era muito extrovertida, uma pessoa muito agradável e a gente acabou ficando junto. No outro dia liguei pra ela e a gente combinou de sair de novo. Começamos a namorar. Eu falo que a gente começou a namorar nesse dia, sete de maio, porque nunca mais a gente deixou de ficar junto. Dia dezesseis de dezembro nos casamos. Ela era muito extrovertida, conversava muito. Gostei do jeito dela, ela tinha um rosto muito bonito. Nem reparei no corpo dela, não deu tempo de reparar nisso, mas deu pra perceber que tinha mais carne, porque eu só namorei mulheres magrinhas*”.

Joana é dez anos mais velha que Roberto. Freud (1910) aponta que o tipo de escolha objetal, “(...) derivam da fixação infantil de seus sentimentos de ternura pela mãe e representam uma das conseqüências dessa fixação” (Freud, 1910, p. 152). Maneira inconfundível de ser evidenciado na escolha de homens jovens por mulheres maduras. Nestes casos, a ligação da libido à mãe, perdurou por tanto tempo, durante inclusive a fase da puberdade, que as características maternas permanecem impressas nos objetos amorosos que são escolhidos posteriormente, substitutos facilmente reconhecíveis da mãe.

Através do olhar buscado na mãe a criança vai desenvolver a percepção das coisas do mundo e de si mesmo. Ao se identificar com as afeições físicas da parceira, ele se enamora e se casa. Segundo Freud (1914) a verdadeira escolha amorosa seria então a forma de relação anaclítica de prazer com o objeto, buscando-se simbolicamente a mãe cuidadora, o pai protetor ou aquelas pessoas que os substituíram. No entanto, o que corre é uma repetição da forma que foi introjetada a

relação de amor com as imagos parentais, havendo sempre uma busca por estas condições infantis de amar.

Ele relata: “(...) *ela sempre foi muito mandona e autoritária. Ela também é dez anos mais velha que eu. A outra também era mais velha e parece que eu sempre gostei de mulher mandona. Ela manda e eu obedeço*”. Neste sentido, conforme Freud (1911-1913) relata, o indivíduo encontrará um método específico para conduzir sua vida erótica, estabelecido por uma disposição de buscar o afeto e por influências sofridas durante os primeiros anos. “Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com idéias libidinais antecipadas” (p. 134). Ou melhor, na eminência de um relacionamento amoroso se revive o modelo de amar infantil. A transferência se faz tanto por idéias antecipadas conscientes, quanto por idéias retidas inconscientes. Assim, ele repete o modelo.

Ele conta como ficou: “(...) *eu falava para a psicóloga que se ela operasse, eu iria me separar dela. A psicóloga pediu que eu esperasse trinta dias do pós-cirúrgico para eu tomar minha decisão. Eu sempre fui contra a cirurgia e sempre tive muito medo. Medo de que ela ficasse feia, que sobrasse aquelas pelancas que ficam mesmo. Eu preferia com era antes, eu achava que ela ia ficar feia com a cirurgia, que ia cair tudo, mas ela não ficou feia, ela ficou foi mais bonita*”. Ao colocar-se nesta fala, ele revela o medo da separação, medo de que o objeto identificatório modificasse a ponto dele perder o desejo. Porém, as mudanças foram bruscas, a eminência de perda está presente na relação, assim, é interessante perceber como o corpo se inscreve em todas as identificações humanas. Para Freud o ego é corporal, se torna consciente na experiência com o corpo materno.

Ele diz: *“ela fala muito que era pela saúde, mas eu não acredito que era por saúde não, para mim era por vaidade, ela queria se sentir melhor. Hoje ela fica uma hora, se deixar, aprontando em frente ao espelho. Para ela foi muito bom, para a auto-estima dela e acaba que foi muito bom para mim, porque ganhei uma mulher mais bonita. Tem hora que eu sinto saudade, agora ela está bonita, mas antes eu gostava mais, eu achava melhor antes. Não sei te explicar, eu a achava mais atraente. Não no peso que ela ficou depois que ela engordou, mas no peso que eu a conheci”*. A impressão que fica para mim, é que o tempo todo na entrevista ele tenta se convencer que a cirurgia também foi boa para ele. Mesmo ela mudando fisicamente, em seu psiquismo, ele parece sentir saudade do que era seu ideal, que o fez enamora-se dela.

Ele conta das mudanças na vida de casal: *“(…) sempre foi boa a nossa vida sexual, agora esta melhor, porque agora ela está melhor com ela mesma. Agora ela sai, compra umas calcinhas fio-dental, uns lingerie bonitos e todo dia sete e dia dezesseis de todo mês a gente comemora. Ela compra um vinho ou uma champagne e põe pra gelar e a gente sempre comemora. Hoje, ela está mais vergonhosa, ela fala que antes tinha vontade de fazer algumas posições e não dava conta, e que hoje ela tem vergonha de fazer. Mas ela sempre está criando alguma coisa pra gente comemorar, sempre lembra das nossas datas e a gente comemora. Ela cobra muito é da minha parte, de eu estar fazendo alguma coisa, mas eu não faço. (...) Eu acho que mudou muito, foi o ciúme que eu fiquei dela. Eu tinha muito medo que ela ficasse feia, eu conheci uma mulher que pesava cento e tantos quilos e que hoje está com quarenta. Agora se ela fizesse uma academia ela melhorava a rigidez da pele, mas eu não a deixo fazer”*.

A identificação ocorre ao buscar no outro a própria imagem. Atravessada pelas imagens parentais e de outras pessoas que servem como modelos de identificação do sujeito, constituem-se as formas simbólicas que o sujeito aprende, então, a desejar e amar. Para Lacan (1956-1957) “a identificação com o objeto está no fundo de toda relação com este” (p. 26). Formado na presença ou imagem do Outro, o Eu constrói sua identidade e sua maneira de escolha amorosa pautada nesses processos de identificação.

E completa dizendo: “(...) *tenho ciúme de ela ficar mais bonita ainda, daí eu falo que ela vai fazer academia só se eu fizer também, só se for comigo. (...) agora ela falou que vai fazer plástica nos seios, falei que se ela fizer, eu me separo dela. (...) porque não precisa, pra que ela quer fazer a cirurgia? Ela fala que é pra mim, mas pra mim está ótimo, não precisa de mais nada, não precisa disso tudo que ela quer fazer*”. Isso revela como as idéias capitalistas difundidas pela mídia, a busca de forma incessante por atingir os modelos instituídos, surge no sujeito como desejo de se enquadrar (Wagner e Mendonça, 2005). Assim, os modelos midiáticos de beleza feminina estabelecidos, passam a afetar a relação de casal, lidando com a dificuldade de conviver com o novo, com o desconhecido cuja ameaça gerada é a fantasia de perder o objeto de amor.

Ele conta que: “(...) *ela passa muito mal quando ela fica nervosa e quando ela come alguma coisa assim que ela sabe que ela não pode. Assim uma carne muito seca, ela sabe que não pode, mas ela come. Então assim, se ela faz uma coisa que ela sabe que não podia fazer, se ela começa a passar mal eu saio de perto, e ela reclama dizendo: ‘porque quando eu passo mal você não fica comigo’! Mas assim, é uma coisa que ela sabe que não pode fazer e faz, então eu não fico perto mesmo. Porque a nutricionista falou que já passou o risco da cirurgia, sessenta dias depois*

da cirurgia a pessoa não morre mais pela cirurgia. Pode morrer do coração, da cabeça, mas da cirurgia não morre. Então se ela faz alguma coisa que ela sabe que não pode fazer, eu não fico mesmo não, eu saio de perto e deixo ela lá passando mal. Ela fica assim com ansia, pode acontecer de entalar alguma coisa, de quebrar o anel. Mas o médico falou que nesses casos faz uma endoscopia, desentope, ou troca o anel. Porque o estômago dela ficou desse tamanhozinho aqui, então cabe só isso, se ela comer mais vai passar mal. Ela tem que saber disso, se ela passar mal eu saio de perto e deixo ela lá passando mal”.

Nesta fala percebo a utilização de duas metáforas que se conectam de forma exata a sintetizar o medo da separação: ‘*morrer do coração*’ e ‘*quebrar o anel*’. Simbolicamente a separação pode designar uma castração, ambas são sinônimas de perda, de falta, do desconhecido que ameaça romper com a fantasia do corpo que se idealizou. Castrar é quebrar a aliança mãe-bebê, romper a jura de amor entre a mãe e a criança. Ele demonstra medo ao pensar que o objeto que ele se identificou possa ‘quebrar’, acarretando sérios problemas de ‘coração’, ou seja, de amor não correspondido.

CAPÍTULO 6

Considerações Finais

A partir da análise das entrevistas notam-se pontos comuns que se repetem como característicos nos três casais. Ao falar da relação marido e mulher, cujo ápice da escolha de objeto amoroso é a identificação, percebe-se nos três casos uma fixação narcísica de lidar com as relações, existem sentimentos que colocam os maridos em posição de demanda, ou seja, na espera de serem suprido pelo amor das esposas. A dedicação da esposa se torna alvo da perfeição ou na fantasia de que os casamentos estavam por um fio. Trata-se de sujeitos fragilizados, desamparados, com intensa busca de carinho, atenção e acolhimento. Há uma repetição dos modelos parentais das imagos maternas, imagos paternas e/ou imagos fraternas na maneira de lidar com a perda, e fixados de maneira primitiva, no entanto, regressiva.

No caso de Arnaldo, trata-se de um sujeito marcado pelo trauma da traição materna. Fato que permeia sua identificação com os objetos de amor, bem como o coloca numa posição de desconfiança e na possibilidade de recorrência da traição materna, repetido na relação com a esposa. Criado pelo padrasto, deixado pela mãe aos 17 anos sem residência fixa, sente até hoje as marcas deste desamparo ao procurar os cuidados de filho na esposa e adoção dos pais dela. Sua primeira profissão de vendedor denuncia o seu caráter sedutor, por conquistar o Outro, na demanda de ser aceito, ser cuidado, ser amado. Esta posição infantil, que nunca deixou de ocupar, permeia toda sua fala durante a entrevista. Ao presenciar o aumento de peso corporal da esposa, incitou a salvá-la, como não pôde fazer à sua mãe. Na transferência da entrevista atualiza a raiva e a agressividade que teve ao

conter a traição materna. Assim, fala da imensa dificuldade que é para ele separar, pois a separação é significado de traição, abandono, falta de proteção, os quais atualiza na busca de uma esposa cuidadora e de sogros que substituam a ausência dos pais. Quando ela engorda, seu ideal identificatório se desfaz. Ele tem uma ideal introjetado que aprendeu a amar, que se desfaz na presença do corpo obeso. Ao emagrecer, ele tem de volta a esposa neste corpo que se identificou, e ao mesmo tempo, revive a sensação de perda que a cirurgia o proporciona, fantasia de separação que teme acontecer, separar o filho do adulto, pai e marido. Dolorosa cirurgia do amadurecimento. A dificuldade reside na resistência de separar, de crescer, ascendendo da posição infantil de filho, de demanda, para posição de adulto, marido, provedor. Revive a separação dos pais, separação do irmão e fantasia de eminência da separação da mulher. Assim, apreende-se qual fundamental é o papel das relações primárias, dos modelos identificatórios infantis, os quais permearão toda a vida, as escolhas objetais fornecendo parâmetro e sustentação às demais relações do sujeito.

No segundo caso, Osvaldo se apaixona por uma mulher cujo corpo obeso, mesclado ao carinho e atenção da esposa, o leva rumo à completude narcísica de satisfação e amparo. Ela o supre, lhe espera chegar das viagens, o alimenta. Responsável por sua felicidade, casamento perfeito, ele depende dela, espera por ela, sempre na demanda de seus cuidados maternos. A imagem cuidadora da mãe também se revela neste caso e se atualiza na esposa para suprir esta ausência, esta falta. A família da esposa também o recebe e o acolhe, da qual ele também não mais se afasta. Regredido a um narcisismo primário, ele espera que a esposa faça por ele, cuide dele, supra suas necessidades e será ela a única culpada pelos aborrecimentos conjugais. Não consegue ver a relação de casal, só consegue ver a si mesmo, o casamento “precisa melhorar”, mas para ficar bom para ele. Numa posição

infantilizada, ele a responsabiliza pelos desentendimentos e culpa a cirurgia. Começam as fantasias de separação, o medo de não conseguir manter a relação e assim, a ameaça de perder este lugar que conquistou, de um gozo que não mais é saciado. A instabilidade de humor da esposa, a indisposição para o sexo, o faz reviver inconscientemente as relações primárias parentais, o exclui, nega prazer, o desconfirma em sua sexualidade, assim, perde as referências do objeto idealizado de amor. Ele somente consegue ver beleza ao conhecê-la, termina com três namoradas para casar-se com ela. Pesando 124 kg, é interessante entender o fator subjetivo e individual de enxergar a beleza. O que se observa, divulgado pela mídia, são buscas pelo modelo de beleza magro e esguio. Refutando esta visão simplista, na verdade o modelo precisa fazer sentido com instancias internas, ter sido introjetado nas primeiras relações com as imagos parentais, pois são estes modelos que passam a permear a vida e as buscas posteriores do sujeito. A partir da cirurgia, as modificações e a separação o faz reviver fantasias muito primarias, segundo as quais pode, novamente, perder para sempre o objeto de amor.

Roberto idealiza o amor materno ao escolher uma mulher madura que supre o seu desamparo. A escolha objetal é feita por identificações, aquelas estabelecidas nos primórdios da infância. Alega que sempre gostou de mulheres mandonas e autoritárias, desta forma revive o modelo de amar infantil, ou seja, a demanda. O desejo pelo objeto não se desfaz com a cirurgia, porém existe o medo que a esposa idealizada mude ao ponto de colocá-lo em desamparo e na impossibilidade de reviver o amor que o fez enamorar-se dela.

A importância de se entender as identificações está para além da cirurgia, na percepção de que a separação magro-obeso implicará não somente mudanças do corpo, mas também mudanças na relação do sujeito com ele e com o mundo.

Compreender a relação de objeto é remontar as escolhas do sujeito. Apreende-se que não há sequer objeto amoroso “*escolhido*”, não se tem liberdade para escolher, nem mesmo adaptar as escolhas amorosas, visto que elas são fruto das identificações feitas a partir da resolução do Complexo de Édipo, quando se faz a escolha sexual. Por isso as fases primitivas são tão importantes no desenvolvimento humano, elas se tornam modelares de todas as relações posteriores.

Notou-se que a cirurgia para eles remetia a experiências relacionadas a fantasias de perda, tais como: separação mãe-bebê, separação criança-adulto, separação magro-obeso, separação marido-mulher. Separar não é fácil, é fazer uma cirurgia, neste caso, uma cirurgia a dois, em que perder é ganhar. Nas entrevistas realizadas, os sujeitos vivem intensamente o conflito de perder o corpo de criança para ganhar o corpo adulto. Não aceitam crescer, assumir papel que o menino tem que virar adulto, pai, marido. Na eminência da perda ou separação, os sujeitos deixam claro a posição de demanda, ao transferir para as esposas toda a responsabilidade da relação. Reviver a separação é muito difícil, é doloroso, do ponto de vista da separação para eles, em todos os casos, com significados que vão do desamparo à traição.

A exigência da mídia pelo corpo magro não se observa nestes casais diretamente, visto que as escolhas estão pautadas nas identificações infantis primárias, não na beleza que se vê, mas na beleza introjetada pelos modelos amorosos. São modelos padrões, mas não modelos de escolha objetal. A linguagem que a mídia introduz, incita o desejo por estes modelos, que estão fora e não respondem os anseios internos.

Desta forma, não se trata somente da perda do corpo, que é explícita, mas também de aspectos implícitos desta separação. Muda a posição destes sujeitos

perante a vida, perante a eles mesmos. A grande cirurgia do humano é o crescer. Eles têm que refazer a relação de casal, a relação com o objeto amado. Pouco nos interessa a partir disso, a cirurgia em si, interessa-nos a vida do sujeito, as implicações desta em sua vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACESSA (2008). *Vida Saudável: cirurgia de redução de estômago*. Retirado do site webmail.acesa.com, em 01/01/08.
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: Realidade e indagações. *Psicologia USP*, 13 (1), 197-216.
- Almeida, G. (2003). *Eterna insatisfação*. FAPESP. Ed. 88, 06/2003.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2). Porto Alegre. Scielo Brazil.
- Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção do tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), jan-abr. Maringá. Scientific Electronic Library Online.
- Araújo, M. G. C. de (2002). Subjetividade, crise e narratividade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 2 (1), 79-91.
- Ballone, G. J. (2003). *Obesidade*. Retirado do site www.psiqweb.med.br/infantil/obesid. em 05/06/2006.
- BBC Brasil (2006). *Gordinhos vivem mais do que muitos magros*. Retirado do site www11.estadao.com.br/ciência/noticias/2005 em 26/03/2006.
- Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.

Campos, D. T. F. & Campos, P. H. F. (2004) *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.

Carreiro, D. (2007). Saúde e Beleza / Bem-estar. *Cirurgia Bariátrica e Obesidade*. Retirado do site www.weshow.com/br/p/3712ycirurgiabariatricaeobesidade, em 01/01/08.

Colunistas do Brasil (2006). *A obesidade afeta a vida sexual*. Retirado do site www.bonde.com.br/colunistas/ficha em 26/03/2006.

Coppini, L. Z., & Waitzberg, D. L. (1990). *Nutrição enteral e parenteral na prática clínica*. São Paulo, SP: Atheneu

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.

Dolto, F. (2004). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo, SP: Perspectiva.

Fandiño, J., Benchimol, A. K.; Coutinho, W. F. & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria*, 26 (1): 47-51.

FAPESP (2003). *A eterna insatisfação*. Retirado do site www11.estadao.com.br/ciencia/noticias em 26/03/2006.

Fernandes, I. C. (2007). *Obesidade e suas múltiplas conseqüências*. Goiânia, GO: Ed, da UCG.

- Ferraz, G. G. (2007). *Beleza e feiúra, histórias com muitas caras. Revista Cultura 10 anos. 10*, (120), (12/2007) ano 10.
- Ferreira, V. A., & Magalhães, R. (2006). O corpo cúmplice da moda: considerações a partir do depoimento dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. *Ciência e saúde coletiva*, 11 (2). Rio de Janeiro: Scientific Eletronic Library Online.
- Fischler, C. (1989). Obeso benigno, obeso maligno. D. B. de Sant'Anna (Org.). (1995) *Políticas do corpo*. São Paulo, SP: Estação Liberdade. (pp. 69 - 80).
- Folha de São Paulo (2004). Entrevista com João Batista Natali (17/12/2004). Visitado em 05/06/2006.
- Freud, S. (1905/1986). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (pp. 119 - 228, vol.VII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1910). Cinco Lições de Psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (pp. 3-51, vol. XI). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1910). Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (pp. 149 - 157, vol. XI). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911-1913). A dinâmica da Transferência. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (pp. 131-143, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1911-1913). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 207-223, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 85-119, vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1916-1917). Transferência. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp.503-521, vol. XVI.). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923). O Ego e o Id. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 13-89, vol. XIX). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1924). A dissolução do Complexo de Édipo. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (pp.215-224, vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1927). O Futuro de uma ilusão. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 13-71, vol. XXI). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1930 [1929]). O Mal-estar na civilização. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp.75-171, vol. XXI). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Freud, S. (1933). A dissecção da personalidade psíquica. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 75-102, vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia, J. C. (2002). *Problemáticas da Identidade Sexual*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Giddens, A. (1991). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Gonçalves, C. A. (2004). *O peso de ser gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero*. *Mneme, Revista Virtual de Humanidades*. 11, (5).
- Halpern, A. (1994). *Entenda a obesidade e emagreça*. São Paulo, SP: MG Editores Associados.
- Hanns, L. (1996). *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Jorge, M. A. C., & Ferreira, N. P. (2002). *Freud criador da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1956-1957). *A relação de objeto*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958). *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Laplanche & Pontalis (1994). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lasch, C. (1983). *A Cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Loli, M. S. (2000). *Obesidade como sintoma*. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Mancini, M. C. (2004). Diagnóstico e Classificação da Obesidade. Em A. B. G. Júnior (Ed.). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Martins, F. (2002). *O Complexo de Édipo*. Brasília: UnB.
- Mattos, P.; Monteiro, C.; Costa, Z.; Santos, A. P.; & Costa, C. (1998). Aspectos psicológicos na obesidade. *Publicado em cadernos do CEG – I Seminário de Pesquisa e Extensão: algumas trajetórias psi*. Rio de Janeiro: EDUFF.
- Melo, A. L. C. C. (2001). *Uma expressão do corpo em tempos de fast-food: elementos depressivos e maníacos na obesidade*. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Goiás. Goiânia: Goiás.
- Minerbo, M.; Khouri, M. G.; Ajzenberg, R.; & Grunberg (1997). Beleza Feminina: Um tema da clínica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 3, (31), pp. 809-819.
- Násio, J. D. (1995). *Lições para os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Novaes, J. V. *O dever de ser bela: Feiúra e exclusão social*. Retirado do site www.abihpec.com, em 01/01/08.
- Novaes, J. V., & Vilhena, J. (2003). De Cinderela à Moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. *Interações*, 8 (15), 9 -36.

- Oliveira, G. A. R. (2006). *Escolhas narcísicas de objeto e relações amorosas na atualidade*. Tese de Mestrado da Universidade Católica de Goiás. Goiânia: Goiás.
- Rappaport, C.R.; Fiori, W. R.; & Davis, C. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento: Conceitos fundamentais*. São Paulo, SP: EPU.
- Rosa, T. V. (2007). *Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução do estômago*. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Goiás. Goiânia: Goiás.
- Serra, G. M. A., & Santos, E. M. dos (2003). Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3): 691 – 701, 2003.
- Veja (2002). Um Bilhão de Gordos. *Revista Veja*, 1766, Entrevista com Phillippe James. Agosto, 2002.
- Vernier, E. Plástica e Beleza. *Cirurgia da Obesidade: O começo de uma nova vida*
Retirado do site www.saúde.com.br/plásticaebeleza, em 31/12/2007.
- Veríssimo R. (2007). *Obesos submetidos à redução de estomago estão voltando a engordar*. (pp. 1-3). Retirado do site www.usp.com.br/notícias em 31/12/2007.
- Wagner, D.; & Mendonça, H. L. (2005). *De quem é este corpo? Reflexões sobre o corpo na cultura contemporânea*. Artigo extraído da monografia de conclusão do Curso de Psicologia do CES - Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Vol. 19. p. 70-80.