

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

**A obesidade e o singular do sofrimento: um estudo de
caso na relação mãe-filha**

Viviane Costa Barbosa

Goiânia

Março de 2010

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

**A obesidade e o singular do sofrimento: um estudo de
caso na relação mãe-filha**

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

Goiânia

Março de 2010

VIVIANE COSTA BARBOSA

**A obesidade e o singular do sofrimento: um estudo de
caso na relação mãe-filha**

Dissertação do Mestrado em Psicologia defendida em 15 de março de 2010,
pela banca examinadora constituída pelos professores:

Professora Dra. Denise Teles Freire Campos/UCG (Presidente)

Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos / UCG (Membro)

Prof. Dr. Rodolfo Petrelli/ (Membro)

Goiânia,

Março de 2010

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho: ao meu avô e a
minha avó, que são exemplos de pessoas
e sinônimos de dedicação.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, por me dar sabedoria para superar as dificuldades, por me mostrar o percurso nas horas incertas e por suprir a todas as minhas necessidades.

À minha orientadora e amiga a professora Dr.^a Denise Teles Freire Campos, por ter acreditado em mim, por me mostrar o caminho da ciência, por fazer parte da minha história nos momentos bons e ruins, por ser um exemplo de profissional e de mulher. Agradeço pelo apoio constante e amizade.

Ao professor e amigo Dr. Pedro Humberto Faria Campos por sua ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar no futuro deste projeto e contribuir para o meu crescimento profissional e por ser também um exemplo a ser seguido. Sua participação foi fundamental para realização deste trabalho.

Ao professor Fábio Jesus Miranda pelas considerações na qualificação muito importantes para este trabalho.

Ao professor Rodolfo Petrelli pelos ensinamentos e por aceitar participar da banca e pelas considerações importantes a respeito do trabalho.

A minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

SUMÁRIO

Resumo.....	VII
Abstract.....	VIII
Introdução.....	9
Apresentação.....	11
CAPÍTULO 1	
SOFRIMENTO PSÍQUICO E OBESIDADE.....	19
1.1. Obesidade como fenômeno médico.....	19
1.2. Obesidade: corpo, norma social e os fatores psicológicos.....	27
1.3. A perspectiva da psicopatologia fundamental.....	34
CAPÍTULO 2	
PERCURSO DE PESQUISA E O DISPOSITIVO CLÍNICO.....	41
2.1. Considerações sobre o objeto.....	41
2.2. Considerações sobre a Intersubjetividade e a “leitura” de Entrevistas.....	43
2.3. Considerações sobre o método.....	45
2.4. Material Clínico e as Primeiras Interpretações.....	49
CAPÍTULO 3	
DISCUSSÃO: IDENTIFICAÇÃO NA RELAÇÃO MÃE E FILHA: IDENTIFICAÇÃO E SOFRIMENTO.....	85
3.1. Identificação mãe e filha.....	85
CONCLUSÃO.....	98
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	102

RESUMO

O presente trabalho buscou compreender a constituição da subjetividade e do sofrimento psíquico associado à obesidade. O eixo principal da entrevista foi sobre a obesidade, mas para Ruth o eixo central da sua história foi a sua relação com mãe que se inscreve na cena psicopatológica. Nesse sentido tentou-se resgatar a função pathica do termo obesidade, através da perspectiva clínica tendo como referencial a psicanálise e a psicopatologia fundamental, em que se tentou resgatar a paixão, a passividade e o sofrimento do sujeito. A pesquisa foi do tipo clínico, que inspirada no método de Freud, no qual se buscou compreender a demanda subjetiva da entrevistada. Esse sofrimento permanece na fase adulta, pois Ruth identifica-se com a mãe para se tornar mulher, e então o corpo reaparece como palco da dor, e a “obesidade” parece ser uma forma de fazer espelho do corpo materno, que não é sentido como respondendo à demanda de amor. A experiência humana de Ruth é fecundada em torno da falta de amor, falta de cuidado que gera sofrimento e que remete ao desejo de ter sido filha, amada e cuidada por essa mãe. Pois, para ser mulher é necessário ter sido filha, ter tido uma referência, pois não se pode ser aquilo, que não sabe o que é, ou que nunca se teve. A falta de referência de amor e de feminilidade parecem marcadas no corpo; pode-se pensar no “feminino barrado” e na dificuldade em se fazer mulher (Campos, 2000).

Palavras Chaves: Subjetividade, Obesidade, Psicanálise, Psicopatologia Fundamental, Entrevista do tipo clínico.

ABSTRACT

This study aimed to understand the constitution of subjectivity and psychological distress associated with obesity. The main axis of the interview was on obesity, but for Ruth at the core of his story was his relationship with mother which forms the scene of psychopathology. To this end we attempted to rescue the function of the term pathic obesity through clinical perspective taking in consideration the fundamental psychopathology and psychoanalysis, in which he tried to rescue the passion, suffering and passivity of the subject. The research has been the clinical trial, which inspired Freud's method, which sought to understand the subjective demand of the interviewee. This suffering remains in adulthood, as Ruth identifies with her mother to become a woman, and then the body reappears as a stage of pain, and "obesity" appears to be a way to mirror the mother's body, which is not felt as responding to the demand of love. The human experience of Ruth is impregnated on a lack of love, neglect and causing suffering which refers to the desire of being the daughter, loved and cared for by the mother. For to be a woman must have been her daughter, had a reference, because you can not be it, who does not know what it is, or who never had. The lack of reference of love and femininity appear to be characterized in the body, we can think of "female barred" and the difficulty in doing woman (Campos, 2000).

Keywords: Subjectivity, Obesity, Psychoanalysis, Psychopathology
Fundamental, Clinical type interview.

INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema público e é conhecida por ser uma doença que favorece o aparecimento de outras doenças. Além de ocasionar problemas de saúde, ela parece que provoca nos ditadores da moda uma aversão ao corpo mais opulento, já que o modelo “ideal” seria o corpo magro. A sociedade parece cobrar respostas e soluções mágicas para o problema, e as novas e recentes técnicas da medicina são apresentadas como soluções rápidas, eficazes, cientificamente comprovadas e se vendem até como “indolores” ou sem riscos; as novas técnicas, tanto cirúrgicas quanto medicamentosas se apresentam como soluções seguras e sem conseqüências negativas. Contudo, a epidemia não parece ceder diante destas novas tecnologias de ficar magro e belo, ao inverso a Organização Mundial de Saúde (2010) relatou recentemente um resultado crescente de mortes relacionadas à obesidade.

O nosso objetivo não é negar os aspectos médicos e biológicos da obesidade, já que a gênese da obesidade é de origens diversas. E por adotar a perspectiva da obesidade como fenômeno multidimensional e multicausal que a nossa pesquisa procura inscrevê-la em uma perspectiva clínica que procura resgatar a paixão, a passividade e o sofrimento do sujeito, compreendendo -se as diferentes formas de subjetividade associadas à obesidade.

A psicopatologia fundamental e a psicanálise entram nesse cenário, pois se dispõem em escutar o discurso do sujeito que narra o seu sofrimento. A obesidade tem um valor significativo, tem o valor da fala na qual a expressão do sofrimento do sujeito se organiza (Campos & Campos, 2004).

Nesse sentido o objetivo da presente pesquisa foi de tentar resgatar a função fálica do termo obesidade, através do dispositivo de escuta da Del Volgo (1998), em que a obesidade era o eixo inicial, no entanto constatou-se que a obesidade nunca foi o eixo central da entrevista. A obesidade serviu de fio condutor, que viabilizou o sujeito ao expressar os seus conteúdos recalçados e ressignificá-los. Volta-se o assim o sujeito à cena principal.

A composição dos eventos psíquicos se dá através da fala, pela qual o sujeito expressa a sua subjetividade e se organiza. Cada sujeito, a sua maneira, construirá um mito individual sobre si. Esse mito individual tem um valor simbólico que faz parte da sua própria experiência originária de aquisição da linguagem, o que seria partir da própria gênese do sujeito (Gori, 1998a e Campos, 2006).

O material da pesquisa foi entrevista do tipo clínico, inspirada no método clássico de Freud, e buscou-se compreender a demanda subjetiva do indivíduo. A partir do referencial psicanalítico e da psicopatologia fundamental, nosso estudo buscou resgatar a subjetividade na constituição do sofrimento psíquico implicado no termo “obesidade”.

APRESENTAÇÃO

A obesidade é um fenômeno reconhecido mundialmente, alcançando proporções epidêmicas no mundo. A noção de “epidemia” é aplicada com toda razão, não só pelo crescimento do quadro, mas por sua rapidez vertiginosa e por sua abrangência: em países ricos e pobres, sem discriminar classe social, gênero ou idade. Há registros que pelo menos 2,6 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado da obesidade. Uma vez associado a países de alta renda, a obesidade é agora também predominante em países de baixa e média renda. Os governos, os parceiros internacionais, a sociedade civil, as organizações não-governamentais e os setores privados têm um papel vital a desempenhar para contribuir para a prevenção da obesidade (OMS, 2010). As instituições governamentais estão em alerta com a evolução do problema “obesidade”, pois o aumento da população obesa gera também o aumento dos gastos públicos, de modo descontrolado, uma vez que as co-morbidades podem variar, exigindo em certos estágios da “doença” cuidados especializados e de alto custo. A visão médica e biologicista é apenas uma dentre as várias que recobrem o fenômeno. Nossa perspectiva não é de negar os aspectos médicos e biológicos da obesidade, porém ressaltar que, em muitos casos, outros fatores têm de ser investigados. Assim, o objetivo da presente pesquisa foi de realizar um estudo de caso, no qual a “obesidade” aparece inicialmente como principal problema para o sujeito e é visto como a fonte do sofrimento, contudo, a escuta da subjetividade vai apontar outra direção na gênese e, provavelmente, no “tratamento da obesidade”.

Embora não seja propriamente uma doença, a obesidade adquire, ao final do século XX, o *status* de epidemia. Estudos recentes (Williams, 2003) apresentam um modelo de análise segundo o qual o indivíduo “portador” de problemas pré-existentes ou de “vulnerabilidades” vai entrar em um tipo de ciclo que finda por alimentar o chamado “desejo de emagrecer”, que, por sua vez, torna-se uma compulsão. Este ciclo do “desejo de emagrecer é composto de cinco etapas: 1) o “portador de vulnerabilidades” vai sofrer a influência de frustrações e cobranças sociais, as quais acionam os mecanismos que levam à bulimia, à anorexia; 2) o indivíduo adota uma solução, o emagrecimento, perder peso continuamente é significado como ter aceitação social e como “tornar-se belo” associado à felicidade; 3) mídia e moda compõem o par (perverso, no nosso entender) que veicula as múltiplas soluções para ter acesso rápido ao objetivo (dietas mágicas e científicas, cirurgias, exercícios, roupas adaptadas); 4) perda de peso de efeito fugaz, sem que as “vulnerabilidades anteriores” sejam solucionadas, ou seja, insatisfações e frustrações não desaparecem com a gordura perdida; e 5) os esforços são percebidos como inúteis, levando à vergonha e à culpa, enfim retoma-se a compulsão para emagrecer como “solução”.

Estudos recentes apontam que, nos transtornos mentais alimentares (especialmente a bulimia e a anorexia), os indivíduos sustentam seus processos de subjetivação com relação ao alimento e ao corpo e manifestam seu sofrimento nestes termos: obesidade, excesso de peso, medo de engordar etc.; mas não são somente sujeitos, sofrendo de transtornos alimentares diagnosticados, que sofrem nesta situação (para evitar o termo

“vulnerabilidade”) na relação com o alimento e com o corpo. Se os meios de comunicação reforçam o ideal de beleza-magro-, nutrindo os transtornos, não se pode descartar uma relação entre o imaginário social/mídia e as pressões exercidas sobre o sujeito, para emagrecer, que tenham como efeito inverso, o engordar. Aqui faz sentido a tese (Rosa & Campos, 2009) segundo a qual a nossa sociedade fez do corpo lugar de injunção pelo excesso de prazer (no consumo e na comida), e pelo excesso de controle (na estética ditada pela mídia).

De fato, o tema dos aspectos psicológicos, no campo da obesidade, é sempre tratado com grande reserva, quando o campo deveria sempre ser tratado no plural, reconhecendo que se está lidando com uma relação de causalidade em que vários fatores interferem. Vários autores afirmam a pré-existência de características “psicológicas” (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2003; Cataneo, Carvalho & Galindo, 2003; Vasques, Martins & Azevedo, 2004). Outros preferem a reserva, a afirmar a interveniência de fatores psicológicos, sem assegurar sua pré-existência ou não (Halpern, 1995; Sena & Santos, 2003), além dos aspectos chamados de modo impreciso de sociais, psicossociais ou culturais. De todo modo, tanto no campo da medicina, quanto no da psicologia, aparece, explícita ou implicitamente, a visão de traços psicológicos suscetíveis de favorecer e, até, produzir a obesidade.

A idéia da vulnerabilidade tem ganhado espaço na literatura médica sobre a obesidade, especialmente aquela associada à cirurgia bariátrica e suas conseqüências (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Apolinário, 2004; Leal & Baldin, 2007). Uma vantagem em trazer o termo “vulnerabilidade” para o

campo da obesidade, na medicina e na epidemiologia, é de integrar as ações de saúde pública em obesidade na mesma orientação dada a epidemias cujo comportamento das pessoas é um elemento determinante e não-controlável da difusão, como a exemplo da AIDS. Neste sentido, e de modo legítimo, não se pode falar de “grupos de risco”, mas de condutas que as pessoas adotam ou não e que resultam em prevenção ou em “risco”, vulnerabilidade.

Uma segunda “vantagem” para epidemiologistas e médicos é que dá mais veracidade à noção de transtorno como equivalente à doença, uma vez que o agente de predisposição está no indivíduo: as assistências médicas, nutricionais, cirúrgicas, podem continuar centradas no controle do peso e da gordura, relegando a atenção para com a vulnerabilidade à esfera das decisões privadas do indivíduo.

Ainda um cuidado necessário, ao se considerar este tipo de “modelo” explicativo, constitui em conceber que, se há uma “vulnerabilidade” que entra em relação com a cultura, esta relação é sempre mediada por um *outro*. O palco de embate entre o imaginário social e a formação do sintoma é a própria relação com alteridade e; sobretudo, na sua formação na relação básica com o representante da função materna (Enriquez, 1991).

Um cuidado necessário está no rigor em estabelecer a fronteira entre a noção de “transtornos alimentares”, regulada pela psiquiatria e referenciada atualmente no DSM-IV (APA, 2005), e a noção de “obesidade” (Vasquez, Martins & Azevedo, 2004; Halpern, 1995). O próprio campo da psiquiatria atesta dificuldades notórias em estabelecer relações claras entre a presença de transtornos psiquiátricos bem delimitados e a obesidade. Alguns autores

(Olsson, Ryden, Danielsson & Nilsson - Ehle, 1984) estimam que a prevalência de alterações psiquiátricas em obesos mórbidos chega a 50% desta população específica. Por outro lado, estudos recentes vêm buscando identificar a existência de relações constantes no caso de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, e encontram dificuldades em estabelecer a fronteira entre “dificuldades de ordem psicológica” e “transtornos psiquiátricos” bem definidos. Por exemplo, (Rand, Kuldau & Robbins, 1982) indicam que 1/3 dos casais apresentam “problemas conjugais graves” após a realização da cirurgia. O que estamos explicitamente apontando é a existência de estudos no campo da psiquiatria que acabam por adotar como eixos de análises e noções pouco delimitadas, de ordem “psicológica”, do tipo “impacto emocional” ou “relacionamentos interpessoais”, se afastando do campo axiomático dos chamados “transtornos” (Leal & Baldin, 2007).

A partir da modernidade e da instalação da “medicina moderna”, criou-se um dilema face à obesidade. A grande maioria dos estudiosos médicos (biólogos e nutricionistas incluídos) reconhece o fenômeno como sendo multidimensional, ou seja, reconhecem a interveniência de diversos fatores “causais”, mas finalmente, o que se preconiza é uma intervenção sobre a *gordura* e/ou sobre os hábitos. Se tomarmos com rigor a ação médica dominante, a obesidade é um problema de quantidade de tecido adiposo e de maus-hábitos. Estes “hábitos” são concebidos de uma maneira rasa, uma vez que as especialidades médicas (nutricionista. Endocrinologista etc.) se debruçam, segundo o próprio relato dos pacientes obesos, sobre a “mudança de hábitos” (dietas e prática de exercícios) como alvo da vontade do paciente

“reforçada ou sustentada” pela vontade (sob a forma de orientação e/ou cobranças) do médico.

Esta forma de olhar a obesidade, ancorada no mito da ciência moderna, trata a obesidade como doença, falta, disfunção, distúrbio, anomalia, sintoma. Quando o sujeito obeso é aprisionado pela medicina anátomo-técnica, ele torna-se gordura. Porém, do ponto de vista psicopatológico, pode-se pensar que a medicina finda por operar por um desconhecimento metodológico, que desconhece o paciente como um ser que fala, dotado de uma subjetividade que se expressa e constrói significados para alojar sua verdade no mundo.

A “obesidade” corresponde também ao visível do corpo, a uma expressão, a uma manifestação da verdade do sujeito no mundo, que é lida pelos dispositivos de controle institucional como uma conseqüência (relativa a uma causa, da qual o sujeito obeso é acusado: fraqueza, frustração, histeria, desilusão e, até, “gula”), como um sintoma. Aqui se reencontra a noção, bastante vaga em nosso entender, de *vulnerabilidades*. Implicitamente parece que, ao se definir as “vulnerabilidades” de modo vago, sem rigor, abre-se um espaço para julgar o sujeito: vulnerabilidade é tida como fraqueza, no caso do obeso, se induz a idéia simples, presente no senso-comum: o indivíduo não tem controle sobre si, sobre o tanto que come, “ele é um fraco”.

Neste contexto também parece útil retomar a distinção entre desejo, demanda e necessidade (Campos, 2003; Tort, 1992), inicialmente proposta dentro do campo da reprodução humana artificial. A *necessidade* pode ser biológica, como necessidade de emagrecer por questões de saúde física, ou ainda necessidade social, quando o imperativo cultural e/ou religioso exige a

maternidade ou ainda a gestação de um filho o sexo masculino. No caso da obesidade a intervenção médica ou biológica se justifica; sobretudo nos casos de obesidade mórbida ou obesidade acompanhada de co-morbidades crônicas e agudas. A falar de modo restrito, exato, estas seriam as condições de indicação médica para a cirurgia. No entanto, a *demanda* é lida, sobretudo nos serviços médico-hospitalares particulares, por médicos e por algumas abordagens da psicologia como referente à *necessidade*. Esta legitimação da demanda, por critérios ditos “de saúde” ou estéticos (como se, ao emagrecer, o sujeito se tornasse ou atingisse o estado de beleza), opera um achatamento do *desejo* no querer. Para a psicanálise, querer e desejar são eventos estruturalmente diferentes (Campos, 2003).

Aqui, aparece o problema da quantidade de tecido adiposo a partir da qual se consideraria uma doença ou uma “gordura normal”, não é nada fácil se estabelecer, ou se sustentar uma posição como clara e objetiva. Além do que esta perspectiva se funda, mais do que em uma naturalização abusiva do homem, em uma naturalização de um ideal, de um valor. Afinal, o que seria o homem “*ideal*”, o homem “*normal*”, ou, melhor, “*a mulher ideal, o corpo, normalidade e beleza*”? Deve-se lembrar que, face as comparações interculturais e inter-raciais, o próprio Índice de Massa Corpórea (IMC) nos coloca em insistente embaraço.

As *obesidades* podem ser entendidas como expressão de diferentes formas de subjetivação. A “obesidade” pode ter valor de significante. Melhor seria dizer que ela toma valor de *fala*, quando a expressão do sofrimento se organiza (e se manifesta no interior dos dispositivos de escuta ou dos serviços

de saúde) em torno do corpo visível e seu grande volume, em torno da imposição de sua visibilidade ao mundo ou em torno da relação com a comida. Do ponto de vista clínico, constitui-se uma forma de resistência confundir estas modalidades de sofrimento com aquele sofrimento imposto pelo imaginário social dominante acerca dos padrões estéticos do dito “corpo saudável”. Este último supostamente não comporta gorduras e mesmo se pode dizer do dito “corpo modelo”, que é em essência magro, no caso do modelo feminino, *perigosamente magro*.

Pode-se afirmar então que o objetivo da presente pesquisa foi de tentar, através do dispositivo de escuta da Del Volgo (1998) a forma como a pessoa pode expressar os conteúdos recalçados e ressignificá-los, fundado em entrevista do tipo clínico, trazer o sujeito de volta ao centro da cena psicopatológica, escutando um sujeito “obeso crônico” e buscando compreender as formas e conteúdos pelos quais ele organiza o seu sofrimento, neste caso, sofrimento de ordem psíquica com implicações para o corpo.

CAPÍTULO 1 - SOFRIMENTO PSÍQUICO E OBESIDADE

1.1. Obesidade como fenômeno médico

De início é importante dizer que, embora o fator médico tenha se tornado, nas últimas décadas, o campo dominante na discussão e no tratamento da obesidade, ele – como fator – é apenas um dentre os vários que afetam e produzem o que se chama genericamente de “obesidade”. O sobrepeso e a obesidade são definidos como anormal ou excessivo acúmulo de gordura que apresenta um risco para a saúde. De acordo com OMS, o critério para o diagnóstico da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), peso de uma pessoa (em quilogramas) dividido pelo quadrado da sua altura (em metros). Uma pessoa com um IMC de 30 ou mais é geralmente considerada obesa. Uma pessoa com IMC igual ou superior a 25 é considerada sobrepeso. O sobrepeso e a obesidade são importantes fatores de risco para uma série de doenças crônicas, como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer.

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

condutividade elétrica, tomografia computadorizada, ativação de nêutrons e entre outros.

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

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

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

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

Na concepção moderna a obesidade é tratada como causas de enfermidades cardiovasculares, metabólicas e endócrinas. Os aspectos que provocam obesidade são: os fatores genéticos, fatores ambientais e maus-

hábitos alimentares. Sob este paradigma foram realizadas campanhas para uma alimentação saudável, realização de atividades físicas. E trabalhos de prevenção com as crianças de idade pré – escolares. Mesmo com todo este trabalho de prevenção e orientação os resultados globais não são promissores, posto que, a cada vez há mais obesos (Cordella, 2008; Geloneze, Mancini & Coutinho, 2009).

A obesidade é definida como uma alteração do bom estado nutricional (Santoro, 1996, citado por Günter, 2000). Já para os autores que possuem uma visão psiquiátrica (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002) “a obesidade é basicamente, um transtorno do comportamento que reflete o excesso de consumo de comida comparado com o dispêndio de energia” (p. 64). Nesta perspectiva os comportamentos que geram obesidade são explicados por modelos biológicos / ambientais; excluindo, de algum modo outros modelos psicológicos. Deste modo, implícita ou explicitamente o conceito de obesidade aparece associado à falta de capacidade volitiva do indivíduo ou de uma alteração fisiológica.

Contudo, apesar das “explicações” propostas pelos modelos biológicos e ambientais, a epidemia é crescente, a bem da verdade galopante, e, por isso a necessidade do aprofundamento do estudo interdisciplinar. De acordo com (Vasques, Martins & Azevedo, 2004) a obesidade é conhecida por sua natureza e gênese multifatorial, por isso, a atenção e pesquisas de diferentes áreas da saúde.

De acordo com Cordella (2008) se a obesidade for tratada como causa de outras patologias, então a solução seria remover o “excesso de gordura,

através da retirada de alimentos e fazer atividades físicas com frequência, ou mesmo recorrer à cirurgia de redução de estômago, quando se faz necessário. Porém o estado emocional parece que atua conjuntamente com o aumento de peso.

A causa fundamental da obesidade e o sobrepeso é um desequilíbrio energético, entre as calorias consumidas e as calorias gastas (Halpern, 1994; WHO, 2006). A mudança global na dieta para o aumento da ingestão de alimentos altamente energéticos, que são ricos em gorduras e açúcares, mas pobres em vitaminas, minerais e outros micronutrientes; uma tendência para diminuição da atividade física, devido às formas sedentárias de trabalho, mudança nos modos de transporte, e a urbanização crescente contribuem para o aumento de peso (WHO, 2006).

Segundo (Halpern, 1994; WHO, 2006) a obesidade pode levar conseqüências sérias para a saúde e o risco aumenta progressivamente à medida que aumenta o IMC. Índice de massa corpórea alto revela um fator de riscos para as doenças crônicas. Porém, se estes pontos de corte servem de referencial para uma avaliação individual, como explicar que nos seus achados há indícios de um aumento progressivo de doenças crônicas a partir de um IMC de 21, sendo que o IMC mais saudável situa-se entre 22 e 27 Kg/m² ?

Para Neves (2008) nos últimos trinta anos o cenário nutricional dos brasileiros tem contribuído para o aumento da prevalência de obesos. No grupo de doenças crônicas que não se transmitem, a obesidade se destaca por ser uma doença de risco para outras doenças em que há diversos fatores envolvidos nesta chamada epidemia. Um exemplo é o dos chamados “fatores

genéticos”, cujo mecanismo até hoje é pouco claro e demonstrado; entre outros fatores.

Almeida e Ferreira (2005) apontam que a prevalência e interpretação da obesidade no mundo têm variado ao longo do tempo, em razão de valores culturais e científicos presentes em cada sociedade. Segundo os autores a obesidade praticamente inexistiu nas sociedades antigas, sendo um fenômeno raro devido à intensa atividade física e à escassez de alimentos, que acompanharam os seres humanos durante muitos séculos. Neste sentido, a obesidade como problema de saúde é um produto da era industrial com suas profundas mudanças nos hábitos de vida e a instalação do estilo de vida ocidental (Felippe & Santos, 2004).

De acordo com a visão médica (Monteiro, 1999), a forma mais usual e objetiva para se reconhecer e definir a obesidade é através das medidas da composição corporal, ou seja, a quantidade de gordura existente e como ela se distribui no corpo. Também é inegável uma forte relação entre o excesso de peso, o aumento do risco de mortalidade e a ocorrência de co-morbidades (Coutinho, 1998; Halpern, 1998, Halpern & Mancini, 1999, 2000, 2002 e Paiva & Silva, 1994). Ao exemplo destas pesquisas, a manutenção do corpo obeso é associada a uma pluralidade de fatores, em que três elementos são mais relevantes, tais como: a) a adesão a um tipo de dieta nutricional rica em gorduras, b) o comportamento das pessoas (o estilo de vida, os hábitos alimentares) e, por último, c) a contribuição da genética (estudos baseados principalmente na comparação entre gêmeos e no histórico familiar).

Em certos aspectos a própria literatura médica é paradoxal: de um lado a literatura médica (Monteiro, Conde & Castro, 2003; Uehara & Mariosa, 2005; Halpern & Mancini, 1999) reconhece o peso de fatores não-biológicos, como os étnicos, sócio-econômicos e culturais. De outro lado, uma parte da medicina insiste na determinação genética (Rankinen, Pérusse, Weisnagel, Snyder, Chagnon & Bouchard, 2002), apontando para o postulado (ainda não demonstrado experimentalmente de modo satisfatório) que cada pessoa metaboliza a superalimentação de modo diferente. Deve-se, entretanto destacar que a “perspectiva genética” se escora em estudos de comparação entre gêmeos e de histórico familiar: crianças, com ambos os pais obesos, apresentam um risco de 80% de se tornarem obesas; se apenas um dos pais for obeso essa probabilidade cai para 40%, e se na família nenhum dos pais é obeso o risco cai para 10% (Salve, 2006; Mendes, Alves, Alves, Siqueira & Freire, 2006).

Contudo, como aponta Villares (1998) tratando-se de uma “doença multifatorial” (aspas do autor) não é possível discriminar e dominar o que é efeito do gene ou o que é efeito do ambiente. Ou seja, mesmo que a medicina aponte inequivocamente para o aporte nutricional superior ao gasto energético há uma multiplicidade de fatores para a manutenção do excesso de peso. Pode ser embaraçoso fazer tal asserção se se pensar que a obesidade é um problema muito recente, de mais ou menos trinta anos, e que as mutações genéticas acompanhariam a velocidade dessas transformações (Uehara & Mariosa, 2005).

Alguns autores apresentam uma visão mais ambiental, relativizando o papel do indivíduo, e buscando uma perspectiva mais interacionista indivíduo/ambiente. Assim, (Geloneze, Mancine & Coutinho, 2009) retratam a importância das pessoas de se educarem: nos seus hábitos alimentares saudáveis e em um estilo de vida mais ativo, mas mesmo tendo esta responsabilidade pessoal, não é a única e nem o principal motivo para o sucesso, considerando que as pessoas vivem num complexo social, que potencialmente podem limitar as suas escolhas, preocupações com a saúde em longo prazo não é o principal determinante alimentar. Mas, mesmo assim devem-se manter os esforços na prevenção primária, advogando o estilo de vida saudável e hábitos alimentares.

Borges, Borges e Santos (2006) retratam a importância das diversas terapêuticas para obesidade, e que contribuem no monitoramento logo após a intervenção cirúrgica. E, a cirurgia tem o papel de modificar o estilo de vida da pessoa obesa. Sendo, que essa mudança ocorre nos hábitos alimentares e estimula as práticas de atividades físicas.

Apesar dos estudos apontarem a influência negativa da obesidade nos estados de saúde e nas relações sociais das pessoas, não se pode delimitar de forma clara a queda na qualidade de vida nas pessoas que estão fora dos padrões vigentes por uma sociedade.

Há muitos estudos sobre obesidade, e estes artigos têm uma preocupação acentuada, de apresentar técnicas avançadas no tratamento da obesidade, tais como técnicas cirúrgicas cada vez mais eficazes e medicamentos mais potentes. Essas contribuições técnicas são valiosas na luta incessante no combate do peso e podem melhorar a saúde e a qualidade

de vida das pessoas, desde que aplicadas aos casos com indicação e diagnóstico pluridisciplinar. São diversos os olhares na luta contra a epidemia e suas conseqüências, porém parecem faltar, em complementaridade, os olhares para escutar e amparar o sujeito em seu sofrimento, o qual nem sempre tem como “causa” o excesso de peso.

Como podem ser analisados os resultados de alguns estudos, alguns autores estão preocupados apenas na intervenção no “tecido adiposo” devido às doenças que a obesidade pode desencadear e acelerar. Deixam de lado outros fatores importantes, tal como, afirma (Campos & Campos, 2004) esquecem de escutar os sujeitos obesos, esvaziando-se então as subjetividades destes indivíduos que sofrem, não pelo fato de ser obeso, mas porque a sua subjetividade, a sua experiência é construída em torno do corpo do indivíduo, e os fatores sociais de certa forma contribuem na formação do que é aceito ou não pela sociedade.

1.2. Obesidade: corpo, norma social e os fatores psicológicos

Um dos aspectos importantes que relaciona o corpo com a questão social é o da chamada “qualidade de vida”. Estudos recentes sobre a obesidade têm direcionado sua preocupação para os impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos. (Silva, Jorge, Domingues & Nobre, 2006). Os autores apontam que a beleza física é muito valorizada nas sociedades atuais e o ideal do corpo magro, firme e esbelto se estabelece nas subjetividades das

peessoas. E que, nos obesos acarreta uma pressão da sociedade a uma inadequação perante os padrões sociais estabelecidos. E essa falta de adequação causa sentimentos de menos valia e de fuga da sociedade, e que muitas vezes podem gerar sintomas depressivos e dificuldades relacionais no âmbito familiar e sócio-profissional (Silva *et al*, 2006).

As mudanças impostas recentemente pela globalização causaram profundas transformações nos comportamentos das pessoas, tanto na maneira de se alimentarem, quanto de se vestirem. Isto é parece ter um impacto direto no aumento significativo de pessoas obesas na população mundial, emergindo novas modalidades de subjetivação (Zambolim, 2007). Para autora:

a condição do obeso é a de um sujeito preso na entropia de si mesmo e cheio de sua própria subjetividade, refém de um mundo além de seu controle, um ser humano que utiliza o próprio corpo como armadura, como um outro que estará sempre à sua frente, para que não necessite enfrentar sua verdade (Zambolim, 2007, p. 14).

A obesidade deve ser avaliada para além da relação saúde-doença, podendo ser considerada um problema social. O fator social propriamente dito é relevante, por exemplo, no que se refere à relação entre obesidade e trabalho, e obesidade e escolaridade (Monteiro, Conde & Castro, 2003; Uehara & Mariosa, 2005). Até 1989 a obesidade era proporcional ao nível de escolaridade, quanto maior o nível de escolaridade maior o risco de obesidade. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1997 a situação mudou muito no Brasil (Monteiro, Conde & Castro, 2003). Seguindo

uma tendência comum, principalmente, nos países da América Latina, o aumento da obesidade apresentou uma relação inversamente proporcional ao nível de escolaridade. Ou seja, atualmente a população com baixa escolaridade e com uma condição sócio-econômica menos favorável está mais sujeita ao excesso de peso que a população mais abastada economicamente e com maior escolaridade.

Nessa mesma linha, com relação ao sexo, as mulheres que estão desempregadas formam um grupo mais propenso ao excesso de peso, segundo Ferreira e Magalhães (2005). O impacto da obesidade na população feminina e de baixa renda no Brasil é notório. De acordo com as autoras, dos 6,8 milhões de obesos no Brasil levantados pelo PNSN, 70% eram de mulheres pobres. E, de acordo com Filho (2005), com relação aos homens desempregados ou em situação sócio-econômica menos favorável, o efeito é inverso. E ainda, segundo o autor, mulheres que ocupam cargos de destaque no trabalho apresentam menores risco de obesidade. Com relação aos homens não há dados significativos dessa relação. Embora os dados do Third National Health and Nutrition Examination Survey Data (NHANES III/ 1989-1994), publicado no Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1996), apontem que o estilo de vida e o tipo de dieta nutricional, baseada num balanço energético positivo, sejam os principais responsáveis para o surgimento do excesso de peso.

De modo geral, os estudos apontam para três características importantes do predomínio da obesidade. Existe uma correlação entre o estrato sócio-econômico e a obesidade, as populações urbanas apresentam um maior risco

de excesso de peso em relação à população rural e, por último, que há uma prevalência da obesidade em minorias étnicas devido aos chamados hábitos de vida modernos e ao balanço energético positivo. (Almeida e Ferreira, 2005).

O valor que se dá à obesidade também é cultural. Em cada época o valor atribuído ao “corpo gordo”, com excesso de gordura é diferente (Foucault, 1982; Eco, XXX). Como afirma (Campos & Campos, 2004) a obesidade, no pensamento grego, tinha dois pontos de vista, um positivo e o outro negativo. O primeiro ponto de vista era que o corpo opulento era sinônimo de beleza e prosperidade. E o ponto de vista negativo era que o ato de comer em excesso, a entrega ao prazer era vista como gula, tornando-se um problema moral e político. Atualmente os padrões de beleza sofreram modificações dando-se importância ao “corpo magro”. Os sujeitos estão amarrados a elementos culturais que guiam a expressão das subjetividades. Seja na expressão de um sujeito que fracassa e evidencia toda inadequação a sua ordem, ou um sujeito integrado socialmente, que é aceito pela sociedade, por fazerem parte da ordem social. A formação da subjetividade não está ligada apenas aos fatores sociais, ou pela dimensão bio- psíquico é constituída também pela presença do campo pulsional, que está na base da disposição do indivíduo para expressão *pática* (Rosa & Campos, 2009).

Os parâmetros de beleza exigidos, impostos pela mídia no período mais recente, parecem se afastar do bio- tipo dos brasileiros. Comparando- as com as modelos que vivem em outra realidade. O corpo magro passou a ser símbolo de beleza. E as pessoas que não estão no mesmo ritmo, estão fora desse ideal. O corpo “gordo” passou a ser sinônimo de feiúra e as pessoas

com excesso de peso são vistas pela sociedade, como sem caráter, sem força de vontade e vistas como desleixadas (Vilhena, Novaes & Rocha, 2008).

De acordo com Novaes e Vilhena (2003) a beleza está associada à imagem da mulher, do feminino, nos quais os padrões sociais estão cada vez mais rígidos. A consequência é a exclusão das mulheres que estão fora do padrão estabelecido, ou seja, a grande maioria. A gordura é um desvio do padrão estabelecido pela sociedade. A autora estabelece um paralelo entre gordura e feiúra, tomando a gordura como um padrão de feiúra. E as pessoas se tornam atores nesse palco cultural. No qual o papel principal é seguir os códigos da sociedade, para ser aceito no seu grupo social (Novaes & Vilhena, 2003).

O corpo perfeito é sinal de felicidade, mas ao mesmo tempo é palco de conflitos, pois é através do corpo que a pessoa expressa a sua singularidade e é o mesmo que tenta negar a sua diferença social. Cada vez mais tentam transformar o corpo em obra de arte, com a finalidade de mascarar o mal-estar. De um lado, uma parte de medicina se esforça honestamente em controlar a epidemia e induzir hábitos e comportamentos que visem a saúde das pessoas. De outro lado, outra parte se esforça em produzir técnicas para produzir o “corpo perfeito” sem a necessidade de mudanças culturais quanto aos hábitos de alimentação e exercício, lucrando com a “obsessão” pelo corpo dito “saudável” (Vilhena & Medeiros, 2002, citado por, Novaes & Vilhena, 2003). A ciência cada vez mais contribui pela manutenção da ilusão de que tudo é perfeito. As fantasias de onipotência são sustentadas pelos progressos da

biotecnologia, com a expectativa de sanar as imperfeições, as carências, o sofrimento e até mesmo a morte (Novaes & Vilhena, 2003).

A obesidade é um problema público de saúde na modernidade, sobretudo pelas co-morbididades crônicas que ela gera. Porém há outras repercussões com peso social na constituição da subjetividade dos indivíduos: alterações da auto-estima, da auto-imagem, sentimentos de frustração, incapacidade, entre outros sentimentos negativos nas pessoas obesas. Felipe (2004), na sua pesquisa, buscou conhecer as representações sociais nos hábitos alimentares das pessoas obesas. Nos resultados colhidos e analisado, o que chamou a atenção foi o prazer e o sofrimento sentidos pelos obesos. Sendo que, o prazer acontece no momento das refeições e o sofrimento é caracterizado por um sentimento de culpa por não conseguir atender as demandas da sociedade. Os sujeitos sentem-se excluídos, discriminados, nas suas relações familiares e profissionais diminuindo a sua qualidade de vida (Felipe *et al*, 2004).

Rosa e Campos (2009) apresentam a cirurgia como uma tentativa de mudança na identidade da pessoa, mas essa mudança pode não se confirmar. Estes indivíduos tentam fazer um corte na sua própria história com a realização da cirurgia, porém a pessoa tem que se adaptar a sua mais nova condição, sendo que não se resume apenas na restrição alimentar.

Os autores Borges, Borges e Santos (2006) parecem considerar que os estilos de vida se resumem nas modificações da alimentação e na prática de atividades físicas. Pouco contribuindo na construção da subjetividade dos indivíduos, ou seja, agem como “policiais” do peso.

O preconceito e a discriminação aparecem em pesquisas sobre obesidade, sendo apontados, em algumas destas pesquisas como, quando não a principal, uma das maiores fontes do sofrimento (Segal, Cardeal & Cordás, 2002). Esta discriminação também é apresentada em programas de televisão, revistas e piadas. Afirmam, ainda, os autores que parte da literatura médica e as revistas de entretenimento descrevem os obesos como sendo pessoas com pouca força de vontade.

Apesar das normas da sociedade valorizar o corpo magro e acreditar que existe sofrimento, por parte dessas mulheres, por não estarem nos padrões sociais, Rosa e Campos (2009) apontam outros processos subjetivos que levam as pessoas a recorrer à cirurgia de redução de estômago, ou seja, “(...) movimento inconsciente de produção de um corte no real, que venha tornar um corte (uma falta) no simbólico. Pode-se se dizer, sem receio que a escolha pela cirurgia se inscreve em uma dinâmica subjetiva singular” (Rosa & Campos, 2009, p.109).

O corpo de formas mais arredondadas em alguns casos remete à inscrição e expressão do sofrimento do sujeito. A obesidade não deve ser associada a um sintoma seja por maus-hábitos alimentares, ou ainda por estilos de vida na modernidade entre outros fatores. O corpo é o lócus privilegiado da expressão do indivíduo obeso e constitui um sinal do seu mundo interno e privado (Rosa & Campos, 2009).

Para Campos e Campos (2004) a obesidade tem um valor significativo, tem o valor da fala, nos sujeitos cuja expressão do sofrimento se organiza. A segunda definição parece considerar as diferentes subjetividades e se coloca

na posição de escuta, escuta do sujeito que sofre, porém a primeira definição parece que age no “corte” sobre os maus – hábitos, pois corrige o que está inadequado. Cabe a pergunta o que é inadequado, “a gordura”, “os maus-hábitos” ou “o sofrimento do sujeito”.

A obesidade não pode ser tomada como um sintoma, pois é a própria expressão do indivíduo. A psicanálise e a psicopatologia fundamental resgatam a subjetividade na constituição do sofrimento psíquico, implicada no termo “obesidade”. Os profissionais da saúde vêm tratando o fenômeno “obesidade”, intervindo sobre os maus-hábitos e sobre a gordura, como se, a sua causa, fosse apenas de origem biológica, mesmo sabendo que existem outros fatores e que podem contribuir para o desenvolvimento da “obesidade” (Campos & Campos, 2004).

1.3. A perspectiva da psicopatologia fundamental

O olhar da família, o olhar dos médicos, o olhar dos governantes, o olhar discriminatório da sociedade e esses olhares parecem dificultar o próprio olhar do indivíduo sobre si mesmo. Este amplo processo pode induzir ou refletir no esvaziamento do discurso do sujeito, ou seja, o discurso é racionalizado, se expressa em termos e em torno da gordura, nas tentativas de dietas que não deram certo, ou por introjetar a idéia que ele é um sujeito sem força de vontade. Provoca-se então uma dificuldade de subjetivar o seu sofrimento. A psicanálise e a psicopatologia fundamental buscam resgatar a função *pática* do

termo obesidade, através dos discursos dos sujeitos sobre o seu sofrimento e o seu corpo, tendo como referência a fala do sujeito na composição dos eventos psíquicos.

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

A definição da palavra “psicopatologia” ou “*psicopathologia*” implica em tentar recombina os três termos que compõem a palavra. *Psyché*, *pathos* e *logos*. (Ceccarelli, 2005; Martins, 2005). A palavra é derivada do grego, em que *psyché* significa psique, psiquismo, psíquico; *pathos* significa paixão, excesso, catástrofe, passagem, passividade sofrimento, e assujeitamento, e *logos* significa lógica, discurso, narrativa. Psicopatologia então seria o discurso sobre o *pathos* que se manifesta no psiquismo, melhor dizendo, um discurso sobre o sofrimento psíquico. (Ceccarelli, 2005). É necessário fazer o resgate do significado da palavra para entender e diferenciar a psicopatologia fundamental da psicopatologia clássica. Além disto, o resgate deste sentido perdido é importante no campo da obesidade, repatriando aqueles casos onde o

sofrimento tem uma dimensão subjetiva na constituição do sujeito, que se manifesta como obeso.

Na verdade, *pathos* recobre três campos principais de significação. Em primeiro lugar, trata-se da passividade, no sentido de sofrer uma ação sobre a qual não se tem qualquer papel na determinação. “Paciente”, “passividade” “paciência” originam-se dessa palavra grega. De outra parte, *pathos* remete à esfera do sofrimento e do padecimento, tal como aparecerá, no português, em expressões como “a paixão de Cristo”. Finalmente temos o âmbito da paixão e do passional, enquanto potências afetivas arrebatadoras da vontade e insubmissas ao controle racional. (Pereira, 2000, p. 02-04).

Conforme Martins (2005) e Pereira (2000) a palavra *pathos*, no decorrer da história, foi sendo transformada num radical que se liga apenas ao conceito de doença. Essa dimensão passou a ser valorizada como se fosse o único sentido e que induziu a uma compreensão do senso-comum no homem moderno. Porém os sentidos que vão além da doença, relativos ao padecimento, e à construção subjetiva de toda dor e de toda percepção corporal foram anulados, anulando junto a responsabilidade do sujeito por aquilo que lhe acontece. É como se o sofrimento tivesse sido ejetado: o sujeito não tem nem culpa nem autoria. A categorização das doenças mentais em transtornos esvaziou o sentido da subjetividade do indivíduo e a necessidade dele se implicar neste sofrimento e impossibilitou a expressar do singular no sofrimento, daquilo que é pático (Martins, 2005).

Segundo Martins (2005) formam-se então dois campos um da psicopatologia clássica e o outro das teorias de personalidade. A persistência

da psicopatologia clássica em estudar o anormal e a persistência das teorias da personalidade em estudar o normal implica no entendimento parcial do conhecimento. O autor faz referência a contribuições de Freud cujos estudos foram feitos no dia-a-dia e não na excepcionalidade da doença ou de um destino cruel. É verdade que não se pode rejeitar o conhecimento adquirido no espaço asilar. Ele constitui o patrimônio da psicopatologia clássica, que precisa de forma crítica ser reincorporado ao campo psicopatológico que se procura delimitar.

“O homem são e o homem normal são critérios correlatos mais freqüentes numa psicopatologia que insiste em não qualificar o sujeito, mas avaliá-lo a partir desse projeto de homem. Esses dois conceitos são assimilados um ao outro, tornando-se quase sinônimos”. (Martins, 2005, p.103). O homem “são” se torna um modelo avaliativo e o outro critério utilizado é o que consiste na base estatística . Esses conceitos não são para serem afastados do campo psicopatológico, ao contrário, devem ser situados num conjunto de informações que o clínico tem a sua disposição. (Martins, 2005).

Kraepelin foi importante na constituição da psicopatologia geral por oferecer uma base racional fundada na experiência clínica e na observação dos fatos (Martins, 2005; Pereira, 1998). Kant citado por Martins (2005) dizia que a loucura é do ser humano, por isso o conhecimento no campo da psicopatologia não deve ficar restrito às síndromes e aos sintomas. Fédida e Widlöcher citado por Pereira “assinalam que o termo “psicopatologia” refere-se atualmente a uma grande encruzilhada epistemológica no qual entrecruzam -se

disciplinas científicas heterogêneas, que têm em comum a preocupação com o sofrimento psíquico” (Pereira,1998, p.61).

O destino que Penélope dá ao seu sofrimento, a sua paixão, a sua passividade (pathos), quando Ulisses seu marido fica ausente por um longo período. Penélope vê-se assediada por inúmeros pretendentes, resolve usar o tempo a seu favor, tece uma tela durante o dia e a noite a desmancha. Revela-se assim a construção do seu próprio destino. A heroína se diferencia por sua beleza moral fabulosa e se sua tela for reconhecida por um sintoma, substituto pela falta de decisão perde-se o necessário do drama sustentado por essa mulher. O que está por detrás do sintoma é o essencial para o entendimento, pois revela a construção do próprio destino vivido no dia- a - dia (Martins, 2005).

A palavra pathos faz parte da essência do ser humano, o sofrimento, o padecer, a doença são caminhos, possibilidades de subjetivação. Martins (2005) descreve as diversas possibilidades de caminhos, afirma que retomar o espaço da singularidade do sujeito sem reabrir a questão pática, sem passar pela construção subjetiva do sofrimento é impossível. A escuta do sofrimento é a possibilidade de descortinar outras vias , de ampliar os horizontes. O autor adota a metáfora da estrada “existiria um trilho principal bem demarcado e facilitador, mas acompanhado, como sabe o caboclo, de trilhas. Por isso, na vida, diz o adágio sertanejo, anda-se não só nos trilhos , mas também nas trilhas , onde o que importa é não perder o principal na (s) travessia (s)” (p.32).

Berlinck (2000) retrata dois tipos de posição: a do historiador e a do teatro. Essas posições apresentam maneiras diferentes, na apropriação da linguagem

falada. O historiador valoriza aquilo que foi testemunhado, aquilo que foi visto, aquilo que o outro falou ou aquilo que foi pesquisado (Gagnebin, 1997, citado por Berlinck, 2000). O teatro se interessa pelo discurso mito – poético que produza experiência. Os atores falavam para a platéia e juntos vivenciavam estas experiências.

A psicopatologia fundamental ocupa uma posição parecida com a do teatro da Grécia antiga, platéia e ator, o analista e paciente. O ator da tragédia é o paciente e a platéia é o psicopatólogo. O paciente discorre a sua tragédia, o seu sofrimento, a sua passividade e a sua paixão. E o psicopatólogo fica na posição de escuta e juntos vivenciam uma experiência a dois e que favorece um crescimento interno. A psicopatologia fundamental ocupa uma posição, que visita diferentes saberes, mas não pode perder de vista a sua função, pois é uma maneira de diferenciar da psicopatologia geral, rica em conhecimentos no âmbito das doenças. A psicopatologia fundamental está interessada no sujeito trágico, que coincide com o *pahtos*, pois as pessoas têm um modo singular de construir vivenciar o sofrimento (Berlinck, 2000).

A peça de *Agamenon* escrita pelo poeta Ésquilo emprega-se a expressão “*Patei-matos*” “... para designar o que é pático, o que é paixão, o que é vivido. Aquilo que se pode tornar experiência. Em alemão se empregam os verbos *erleben* (presenciar) – *erfahren* (experimental)” (Fédida, 1988, p. 29). O termo psicopatologia é definido como um sofrimento que possui a capacidade de ensinamento interno. A paixão por si só não traz nenhum ensinamento, a não ser, se for escutada por alguém (Fédida, 1988).

Fédida (1988) compara o termo psicopatologia, tal como Freud descobriu, pois, não há simplesmente o normal e o patológico. “Como vocês sabem, a descoberta da psicanálise consiste na possibilidade da experiência interna do que é psicopatológico, desde que essa experiência interna não psiquiatrize no sentido de se tornar patologia crônica e nada a ensinar àquele que a vive”. (p.29).

A psicopatologia fundamental procura inscrever o sofrimento psíquico dentro de uma perspectiva clínica para poder resgatar a paixão, o sofrimento, a passividade através do discurso trágico do sujeito. O pathos não é algo que surge do corpo, vem de fora e ocupa fazendo-o sofrer. Por isso, a psicopatologia fundamental se dispõe em escutar o sujeito que narra o seu sofrimento, fazendo com que o indivíduo possa pensar naquilo que não foi pensado, enriquecendo a sua experiência e reabrindo outros caminhos, quando o indivíduo simplesmente passa pelo sofrimento perde a capacidade gerar sabedoria (Berlinck, 2000; Fédida, 1988; Pereira, 1998). Esse capítulo se faz necessário para compreender a dimensão subjetiva na constituição do sofrimento psíquico em um estudo clínico com obesidade crônica.

CAPÍTULO 2:

PERCURSO DE PESQUISA e O DISPOSITIVO CÍNICO

2.1. Considerações sobre o objeto

Esse estudo teve um caráter exploratório e buscou estudar a expressão da subjetividade de uma pessoa obesa, na perspectiva de um estudo de caso. Como aponta Freud (1926[1925] /2006) em “Inibições, sintomas e ansiedade”, a experiência corporal, o corpo próprio, está, desde o início, intimamente relacionado à formação do psiquismo. Dentro dessa perspectiva, o ponto de partida do afeto é, antes de tudo, psíquico e não somático. Assim, o sujeito pode recorrer ao corpo, através da evocação do somático, para lidar com um excesso de excitação no Ego. Não se trata de um excesso de tensão física como poderia se pensar, mas de estados de excitação que se estabelecem entre a experiência do corpo vivido e sua representação psíquica.

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

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

Assim, reforça-se o objetivo desta pesquisa que teve um caráter exploratório e buscou compreender a dimensão subjetiva na constituição do sofrimento psíquico de pessoas com obesidade crônica. Trata-se de escutar o “obeso” e não a “obesidade”, e com isso tentar resgatar a função phática do termo.

Neste caso, em que se busca entender a demanda subjetiva do indivíduo, a psicanálise contribui, pois capta os aspectos subjetivos do sujeito em uma abordagem racional, no entanto singular cada caso é um caso.

O corpo é o local, onde se recepta a experiência que está diretamente ligada à formação do psiquismo, o mundo toma forma e consistência para

criança. E a passagem para o simbólico, acontece por meio da identificação da criança ao discurso da mãe (Vorcaro, Freire, Gama & Monteiro, 2008).

2.2. Considerações Sobre a Intersubjetividade e a “leitura” de Entrevistas

O "Romance com a Obesidade".

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

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

pode dizer de outro modo”, que não esse (citado por Del Volgo, 1998, p. 35). É por isso que a doença tem valor de significante.

O paciente que fala da sua doença e que se abre para a possibilidade de uma construção criadora. O valor dessa construção não está em sua verdade factual, na sua condição de acontecimento real, essa questão nem se coloca. Nas palavras de Del Volgo, o *romance do doente com a doença* tem valor de significante, serve de ponte, de “restos diurnos”, que se acham ali prontos a oferecer a oportunidade esperada de manifestação do inconsciente. Ou seja, para “adivir um verdadeiro que não se confunde com o exato” (1998, p. 42).

Ocorre que a realidade psíquica não se constitui como um realidade histórica, e isso tem importância. Cada sujeito, à sua maneira, construirá um mito individual sobre si. Esse fato parte da própria experiência originária de aquisição da linguagem, o que seria partir da própria gênese do sujeito (Gori, 1998a; Campos, 2006). Todas as construções e criações produzidas pelo sujeito, só assim o são, como reminiscências desse tempo mítico, postula Gori. Esse mito individual tem um valor simbólico.

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

tomam por sintoma; mas, o sintoma enquanto uma formação de compromisso, uma formação inconsciente.

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

2.3. Considerações sobre o método

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

Dentro dessa proposta, os sujeitos, ao falar de seu sintoma, produzem, constroem uma narrativa de sua subjetividade. Ou seja, o sujeito “*historiciza*” seu sofrimento de forma singular, busca um sentido para ele, constrói um “*romance com sua doença*”, como aponta Del Volgo (1998). A referência à questão do peso faz parte do eixo inicial da entrevista, no entanto foi constatado que a obesidade nunca foi eixo central da mesma. Salientando que esses eixos foram utilizados apenas com indutores.

Há um ponto de vista fundamental em nossa pesquisa. Trata-se muito mais da investigação do ser doente, do sujeito, à investigação do ponto de vista anônimo da doença. Nesse sentido, não se trata da doença em si, mas da “doença do doente”, de uma construção pelo sujeito de uma narrativa sobre sua doença que não se confunde com a causa, nem com o exato, mas a verdade do sujeito. Interessou a sua experiência particular, a expressão de sua subjetividade. Este estudo não tem pretensões de causalidade ou exatidão. Tal método não tem como premissa a retidão e a falsificação de hipóteses; mas a abertura para o campo da fala enquanto função intersubjetiva e produtora de efeitos no sujeito em diálogo com o outro.

Indo ao encontro de nosso objetivo, ou seja, permitir aos sujeitos uma narrativa de suas experiências de forma aberta e o mais livre possível, as entrevistas foram gravadas. A entrevista foi transcrita da maneira que a entrevistada fala, inclusive com sua própria linguagem. Os trechos escolhidos fazem referência ao estudo proposto, sendo que se poderia “estudar” o caso de vários outros pontos, dependendo do interesse da escuta do entrevistado e do leitor, assim como o caso é mais complexo do que foi apresentado. Não se

propõe em fazer um estudo de caso e sim mostrar através do Dispositivo da Del Volgo a forma como a pessoa pode expressar conteúdos recalçados e ressignificá-los.

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

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

A entrevista foi do tipo clínico com uma mulher de 34 anos, à qual se procurou dar voz ao discurso do sujeito, para tentar compreender e aprofundar, na dimensão subjetiva deste caso. A entrevista se realizou em um único momento, com duração de uma e meia hora. O sujeito foi contatado pelo telefone, por indicações feitas pelos membros do grupo de pesquisa do Laboratório de Psicopatologia e Psicologia da Saúde da PUC, Goiânia-GO. Após o consentimento do sujeito, ele próprio escolheu o local da entrevista. A

entrevista foi realizada na casa do sujeito. Contudo tomou-se o cuidado de se conseguir um ambiente adequado e tranquilo para a realização da entrevista. E para descrever a identidade da entrevistada será usado um nome fictício.

O método de investigação foi o método da Del Volgo (1998) “O instante de dizer”, a escuta psicanalítica propôs a associação livre, com a finalidade de ativar os conteúdos inconscientes. O corpo é o fio condutor, “o discurso sobre o corpo só adquire seu valor psíquico a partir da relação intersubjetiva em que ele aparece” (p. 19). O “instante de dizer”, mesmo que se limite a um único encontro, ele tem a função terapêutica. E que tanto a associação livre e quanto a historização acontecem, por nossa maneira de intervir. Ao encorajar o paciente a historizar a sua queixa, ele aprende a identificar a dimensão inconsciente do seu discurso. “É na rede associativa do discurso que a verdade do inconsciente se mostra, que o desejo inconsciente pode ser reconhecido” (p.182). As revelações inconscientes são como peças de um quebra-cabeça, cada expressão seja, por meio de palavras, frases, ou mesmo o efeito sonoro, encaixam-se revelando sentido ao inconsciente (Del Volgo, 1998).

Conforme Martins (2005) a função fálica originária faz pensar nas questões humanas e seus destinos. O homem precisa através de o seu discurso ter a oportunidade de ser escutado e se escutar, pois a palavra adquire sentido, podendo-se pensar naquilo que ainda não foi pensado.

A pesquisa tem a preocupação de contribuir com as práticas terapêuticas subordinadas ao campo da fala e se faz necessário, então, escutar o discurso do sujeito tendo como referencial a psicanálise e a psicopatologia fundamental.

Nessa pesquisa trata-se de escutar o discurso do sujeito “obeso”, considerando a sua subjetividade na constituição do seu sofrimento psíquico.

2.4. Material Clínico e Primeiras Interpretações

Ruth, ou a dor de ser mulher

Depois de ter explicado sobre a entrevista, o porquê, para quê, como seria e sobre o estudo da obesidade, e ela ter concordado, inicia-se a entrevista. Começa-se pedindo para que ela falasse um pouco sobre a vida atual, o que ela faz no momento. Ela pareceu tranqüila e curiosa. Ela indagou “se eu era nutricionista e se eu iria ajudá - la a emagrecer. Expliquei que era uma pesquisa sobre obesidade, mas que o objetivo era compreender as diferentes formas de subjetividade associadas à obesidade”. Que o interesse era de compreender a perspectiva dela de como era ser obesa. E que era interessante escutar o discurso dela a respeito da obesidade.

Ela ficou curiosa, pois todas as intervenções para o tratamento da obesidade eram através de dietas e remédios para emagrecer. Falou-se que a pesquisa era para contribuir no tratamento das pessoas através da fala, através do discurso. Ela concordou em participar da pesquisa, mas antes quis deixar claro o que pensa sobre os psicólogos. *“Olha, eu não vou com a cara de psicólogos, pois uma vez eu fui encaminhada, para ser atendida pelos psicólogos do SUS, ele me maltratou , cheguei dez minutos atrasada e ele me*

chamou a atenção. Até parece que eu que quis chegar atrasada, eu moro longe. Então eu falei para ele, que eu tinha problema demais e que eu estava indo lá para procurar ajuda e não para aumentar os meus problemas. Ele foi muito sem educação comigo. Nem esperou eu explicar, ele foi logo me dando bronca, e nem doutor ele é. Depois disso nunca mais voltei no psicólogo”.

Pedi autorização para gravar a entrevista, ela falou que não tinha problema nenhum. Ruth falou que a sua intenção era em ajudar e se pesquisa era com esse propósito, ajudar quem sofre, não tinha o porquê de não participar.

Foi interessante ela dizer que o propósito da pesquisa era “ajudar quem sofre” e não saber sobre a obesidade, já que se esclarecera que a pesquisa era sobre obesidade.

Então foi solicitado para ela relatar sobre o que estava acontecendo no momento atual de sua vida e que era para ela falar o que lhe era mais importante. Ela mostrou satisfação de ver uma pessoa interessada em escutar a sua história. Logo em seguida, começou a contar a sua história, um vizinho que estava capinando o lote da igreja pediu água para a “irmã Ruth”. Ela pediu desculpa por ter que interromper a entrevista. Fez uma fisionomia “tipo assim, tinha que *pedir água logo agora*”. Entregou a jarra para “o irmão” da igreja e falou para ele “*eu estou participando de uma pesquisa e não posso ser interrompida*”. Olhou para mim e justificou, “*aqui se agente não fizer isso não tem sossego e a entrevista não acaba hoje. É toda hora um me chamando*”. Voltando de imediato ao assunto, ela começou me dizendo:

Eu tô lecionando de manhã, no quarto, quinto e sexto ano, crianças né, e eu tô fazendo estágio à tarde, às terças e quintas e fazendo faculdade; final de semana eu congrego né, na igreja quase todos os dias. Essa é a minha rotina, *todos os dias, essa correria.*

Corre(r) ia, ou seja, a correia segundo o dicionário Aurélio é: cinta flexível que liga duas rodas, transmitindo um movimento de uma à outra. Nesse caso parece que é a ligação entre mãe e filha, fazendo com a filha tenha os mesmos movimentos da mãe.

Pesquisadora: E o que mais, além de trabalhar, lecionar e congregar na igreja?

Ruth: Marido né, meu esposo ele é guarda municipal. Graças a Deus ele tá trabalhando de dia também; aí agora eu tenho mais tempo, *porque marido em casa atrapalha* você a fazer tudo, aí trabalhando agora eu fico mais sossegada, mas sempre quando tô em casa, tô fazendo algum trabalho, fazendo alguma atividade, e também atendo no salão tenho um mini-salão, atendo minhas clientes, só que eu não abro ao público não, *eu não tenho tempo. Então passear, lazer ultimamente está descartado, só trabalhar mesmo*, a gente tem que arrumar a casa né, tanta coisa pra fazer, então *todo trabalho é pouco*, aí eu tô prestando uns concursos, *tô fazendo tudo*, tô atirando pra tudo quanto é lado.

Pode-se perceber que a entrevistada se apresenta como uma pessoa que trabalha muito e que não tem muito tempo. Penso: por que trabalhar tanto? Não ter tempo para o marido? E para ela? Ela tem tempo para ela mesma? Ela

tem tempo para cuidar de si? E principalmente, ela tem tempo “para se escutar”?

Este momento é um momento de convite, para falar e para se escutar. A entrevistada continua falando:

Prestei o concurso do estado, acho que eu não passei tem que olhar. Ali, tem o da Prefeitura de Aparecida, só que eu fiz pra secretária, tem que chamar antes que eu forme né e, tô fazendo metrobus também quando chamar tudo vou escolher o melhor e vou ficar. Tô pensando sério de deixar a educação, tô vendo que depois que fiz aquela prova do estado, tem muito funcionário.

Quando questionada sobre o que aconteceu ela responde:

Foi muito difícil, eles fizeram muito difícil a prova assim pra humilhar mesmo a gente, quem tá mais preparado, que tem uma estrada, tem curso especializado saiu melhor. A gente tem só o curso de licenciatura, muito difícil alguém ter passado, pra ganhar um salário assim que não exige nem curso superior né, paga bem menor, mas eu vou ver, quê que vai dar, vou tentando, o que tiver no meu alcance. Eu tinha uma casa aqui e vendi pra igreja, vendi pra pagar a faculdade, que eu tava desempregada, meu marido desempregado, trabalhei no estado, dois anos e meio, eles me devem cinco meses de serviço.

Parece que ela começa a falar um pouco sobre ela e seus sentimentos. A entrevistada passa do discurso de apresentação para um discurso onde pode pensar sobre suas atitudes, suas experiências. Ela continua dizendo:

E já tem dois anos, não me pagam de jeito nenhum, e eu fiquei desempregada o ano passado, porque em dezembro foi o último mês que

trabalhei pro estado e eu passei muito mal, fiquei muito doente sem saber por quê. Eu já tive uma gravidez tubária, em janeiro de 2006; aí em 2007, que foi justamente quando eu tava trabalhando no estado, eu comecei a sentir os sintomas de novo, só que mais agressivo, diferente, aí em janeiro eu tive que fazer outra cirurgia, tirei a outra trompa, o mesmo problema. Fiquei um mês sem trabalhar; trabalhava no salão. Mas eu vim trabalhar mesmo, assim contratada, agora, mês de agosto. Aí faculdade tem que tá pagando; parei duas vezes de estudar por falta de condição de pagamento. Aí tive que vender a casa. Vendi, peguei o dinheiro, quitei a faculdade, e o resto eu parcelei certinho pra me pagar a faculdade e *tô aí na correria*.

A palavra *correria* se repete, Ruth tenta correr do seu passado, mas parece que está presa em uma correia com a sua mãe. Identificando com a sua mãe o tempo todo, ou seja, “*to ai na correria*” ou *estou ai na correia*, está se formando para ser professora de matemática . Sua mãe passou boa parte da sua vida dando aulas para as crianças e Ruth está seguindo o mesmo caminho.

A entrevistada para por um momento. Me parece que ela se cansou. Percebo que ela se dá um momento para reorganizar tudo que tinha falado. É como se suas experiências tivessem acontecendo sem que ela percebesse, sem controle e sem uma organização interna. Ao falar sobre si, ao levantar seus dados e experiências ela “se escuta” e toma “consciência” da sua própria experiência, da sua própria vida. Me faço presente neste momento e pergunto o quê mais, e ela confirma a “*minha escuta*” dizendo:

E difícil falar da gente né, dos outros é fácil...

Ela mostra o quanto é difícil não só falar, mas principalmente se escutar quando continua o seu discurso fazendo um corte sobre sua experiência e fala da obesidade:

Assim, depois que eu tive a primeira cesariana né, depois que eu casei, antes que eu casei, eu pesava 56 kg , quando eu tive a primeira cesariana, eu fui notando que eu já tava engordando, e antes de fazer a cesariana eu fiz tratamento pra engravidar porque eu não tenho filhos né, e o médico sempre pegava no meu pé que eu tava engordando muito, aí eu tive essa primeira cesariana e eu engordei mais.

Noto o quanto a entrevistada fica confusa ao falar do primeiro aborto e da gravidez tubária (que ela se refere por cesariana). É difícil entender o seu discurso.

Aí eu tive a primeira cesariana, e no mesmo ano eu fiz a cirurgia e três meses depois eu tive um aborto espontâneo no início da gravidez.

Eu pergunto para conseguir entender: Essa cesariana que você fez foi pra quê?

Ela responde: Porque a gravidez tubária, é que fica na trompa, aí teve que tirar.

Pergunto: Isso em 2006?

Ela responde: Em 2006, no mesmo ano eu tive a gravidez tubária em outubro, tubária não, o aborto espontâneo, e em 2007, um ano certinho, eu tive outra gravidez tubária, na mesma época. Aí eu engordei muito sabe, e hoje eu

me sinto tão estranha. Tem gente que não me vê há muito tempo e agora me vê, me olha assim, quê isso? E eu não dou conta, já tomei remédio, eu tomo um mês depois não tomo mais; comprei um pote que tá aí na geladeira tem três anos e não tomo. E meu esposo também engordou, o que ele engordou foi barriga, ele ficou barrigudo.

Pesquisadora: E hoje você esta com quantos quilos?

Ruth: Devo tá com uns 82 aproximadamente porque tem tempo que eu não peso, devo tá por aí, de 40 que eu usava tô usando 46.

Pesquisadora: E a sua altura?

Ruth: Não chega a 1,60 não, 1,59, 1,58 por aí. E eu falo 1,60 porque é mais aproximado.

Percebo que a entrevistada se reorganiza, me parece menos confusa ao se apegar aos dados de realidade como peso e altura. Mas penso na sua capacidade de falar sobre si e de contar sua história; de tecer seu “fio condutor” e trazer à consciência a sua realidade interna. Respeito e confio neste momento e pergunto como foi a sua infância, e ela responde:

Minha infância? Bom, *eu não conheço meu pai*, minha mãe engravidou quando eu tinha 4 anos. Ela casou de novo e teve a minha irmã quando eu tinha 4 anos e, *nesse intervalo de tempo, eu ficava mais com a minha avó*, meus avôs né, materno. Aí ela foi e teve outro filho, seguido teve a Maria. Teve a Kassia primeiro depois teve a Maria. Durante o dia eu ficava com ela né; é que *ela sempre trabalhou fora né*, eu sempre *conheci ela trabalhando como professora*.

A profissão da filha é a da mãe, o “sempre trabalhou muito” me faz pensar em como a entrevistada “trabalha muito” e isto me faz pensar, um pouco rapidamente, na identificação que ela tem com a mãe. Mas fica algo na minha escuta, onde ficam os filhos? Começo, assim, a tecer o meu fio condutor da entrevista.

Ruth: Mas quando eu nasci ela trabalhava numa empresa de ônibus, e eu ficava mais com meus avôs mesmo. Quem cuidava mais de mim era eles, minhas tias. Minha mãe é a caçula então quando eu nasci né era o xodó da família; só que meu pai não vi ele não; só que ele me registrou quando casou com minha mãe, meu pai verdadeiro eu não conheci ele não. Então eu penso um dia em ir atrás dele. Aí meu pai, eu lembro que ele aprontava muito com a minha mãe; jogo, mulherada, ele vivia fazendo minha mãe chorar pelos cantos; ele dormia fora de casa. Minha avó, nós sempre íamos na casa dela e tinha uma certa época e quando a gente chegava lá a gente via móveis diferente lá guardado. A gente foi descobrir, meu pai montou uma casa pra outra mulher e abandonou a gente.

Pesquisadora: Avó, mãe da sua mãe?

Ruth: Mãe do meu pai, Deus me livre, se fosse da minha mãe seria demais né, foi muito difícil a situação de mãe e pai, minha mãe sei lá, *meu pai ele sempre foi ruim pra mim*, sempre me batia, sempre, minha mãe fala que eu exagero, mas sabe quem sente né?

Fico pensando na imagem paterna da entrevistada, qual seria o sentimento dela?

Pesquisadora: E o que você sentiu?

Ruth: Como eu tinha apenas catorze anos, e a gente morava no setor Pedro, e a gente morava num lote que morava minhas tias, meus primos, então assim ali era um bloqueio pra ele não fazer o que ele queria. E eu tenho uma *tia que ela é solteira e não tem filhos então assim ela me adotou*, até hoje nós duas somos muito apegadas. Então muitas vezes ele queria me bater e ela entrava na frente, ela cuidava de mim, tinha aquela proteção. Aí com catorze anos, nós mudamos, minha mãe comprou um lote e nós fomos pra lá. Ele não ajudou a construir, não ajudou em nada, e tanto que no dia de mudar ele decidiu com ela que ia no mesmo dia e foi, daquele jeito irresponsável, mulherengo e foi pra lá, só que ficou pior pra mim, não tinha mais minha tia pra me proteger. Eu ia pra escola, eu que levava meus irmãos. Tinha *meu primo* que morava com a gente e *minha mãe super protege* ele até hoje. Eu não tiro a razão não, *ele não tinha pai*, minha tia muito bruta, ignorante então ele teve o apoio da minha mãe, só que enquanto isso *eu ia pensando com meu pai* né, porque, assim, já teve caso deu estar deitada, nós éramos quatro e nós tínhamos beliche, nós deitada, meu pai sentado e tinha uma jarra de suco, e ele fazia eu levantar pra por suco no copo e levar pra ele. Então assim ele me acusava e eu pus na cabeça que ele não gostava de mim. Às vezes eu acordava e ele brincando com os meninos e eu escutava ele falando que ia sair com os meninos que não era pra eles falar pra mim que iria sair com eles, e aquilo eu chorava, e *ele me batia*. *Quando eu descobri que ele não era meu pai* eu apanhei de joelho pra mim não ouvir o que os outros comentam, *tipo assim ajoelha aí*, isso aqui é pra você aprender não ficar ouvindo o que os outros

conversam, as conversas dos outros; e eu fui em lugar nenhum, eu só ficava em casa, sabe conversa de menino, que escuta a mãe falando? E eu apanhei. Eu lembro disso direitinho, eu lembro direitinho da imagem quando eu era criança.

Ruth parece que cresceu em um ambiente hostil, onde tudo lhe era negado, o amor da mãe, o amor do pai que não era pai. Sua mãe a deixou à mercê, não foi mãe, não cuidou, não orientou, não deu amor, deixando Ruth sem carinho, sem amor próprio. Ruth tinha uma pessoa para chamar de mãe, mas era só o nome, pois mãe mesmo parece não ter tido. Fazendo a mesma coisa com o seu bebê. Ruth imagina como seria seu bebê. Hoje ele estaria com 17 anos, ela nomeia esse filho, mas ele não existe “igual” a sua mãe. Ruth fica imaginando como seria se a sua mãe a protegesse como protegeu o seu primo.

Pesquisadora: Quantos anos você tinha?

Ruth: Acho que eu tinha de uns nove pra dez anos. Eu lembro direitinho; criança a gente tem que ver bem o que a gente fala porque lembra, tem detalhes que a gente não esquece. Eu me lembro que eu ajoelhei e ele me batendo. Me fez jurar, prometer que eu não ia mais ouvir o que os outros estavam falando, e eu prometi, mas não tinha como, até os filhos dele, só que eu deixei pra lá, só que ficou aqui na minha mente.

Pesquisadora: Como foi pra você descobrir que não era filha do seu pai?

Ruth: Minha tia chegou em mim e me falou, essa minha tia, ela falou assim: Oh vou te falar porque sua mãe não tem coragem de te falar e eu acho tão errado isso, e você tem o direito de saber porque que ele é mal pra você; e

falou. Só que ela não sabe que minha mãe não fala pra ninguém. A pessoa tem desconfiança, eu não sei por que, minha *mãe* já tinha 20 anos de maior, não sei porque que ela não fala, se fosse de menor talvez teria vergonha né. Eu já perguntei pra ela uma vez e ela falou de uma forma assim que eu não entendi direito o que ela falou, aí falou o nome e contou assim, minha *mãe* sempre foi muito secona, nunca tive liberdade de falar com ela essa coisa não aí foi perguntar de novo e ela veio com outra história diferente, aí tô esperando o momento de chegar nela e contar, conversar mesmo sobre isso eu sei que isso é um assunto que deixa ela meio assim, ela não fica bem a vontade conversando isso, mas ela vai ter uma hora, eu já tô com 34 anos, já passou da idade dela ter me contado.

As mulheres a enganaram, sua mãe omite a verdade e deixa um homem que não é o seu pai a maltratar e sua tia desfaz sua história em poucos minutos revelando a sua verdadeira identidade. Então, qual era a sua verdadeira identidade? E a sua prima lhe dá um remédio abortivo.

Pesquisadora: Como você se sentiu quando você descobriu?

Ruth: Eu sentia no fundo, que, quando as meninas falavam nisso, eu já não o sentia como meu pai; ainda mais quando eu ouvia falando pras minhas irmãs que ia sair com elas e não era pra falar pra mim. E aquilo eu ia encaixando as coisas e ele era assim comigo. Ele falava comigo eu tinha que responder se era sim, sim ou não, não; e dependendo da resposta era aquele tapão nas costas e saia catando mamona pela casa, eu não sabia o que responder, mas sabia que ia levar uma porrada e aquilo ali eu ia guardando aqui dentro. E chegou a um ponto que eu chorava, batia nas paredes, dava murro na parede

e machucava; dava aquela dor de cabeça assim que parece que não ia parar mais, aí minha mãe me levou no médico pra criança, psicopediatra, não sei, médico de cabeça pra criança.

Pesquisadora: Neurologista?

Ruth: Ah acho que deve ser. Aí eu fui fiz o exame que eles põem trem na cabeça. Ai eu falei pro medico que eu ficava com raiva e eu não chorava; aí ele falou pra mim chorar: quando você ficar com raiva, chora pode botar pra fora; aí eu passei a fazer isso e me senti melhor mesmo. Só que não era todas as vezes, porque eu não queria chorar na frente dele.

Ele me passava raiva, me mandava fazer alguma coisa, eu tinha que fazer na hora, eu tinha que largar tudo que eu tava fazendo e *minha personalidade eu não tinha*, e eu não queria aceitar aquilo que ele tava fazendo comigo, eu queria impor a minha opinião, mas eu não podia falar, se eu falar daqui a pouco eu faço, ele falava: não, vai fazer agora eu tô mandando. Então assim eu vivia oprimida mesmo sabe, e *minha mãe foi promiscua nessa situação, sempre trabalhou demais, professora né, abandona os filhos dela, pra cuidar dos filhos dos outros*.

A imagem da mãe identificada é a de abandono. E, abandono me faz lembrar da cena do objeto existente (então presente) que não é tocado. É ter às mãos; mas, depois deixado, abandonado, abortado? Abortado como os abortos que ela teve; ao alcance como nas gravidezes (tubária) que não chegam à termo. Penso em uma equação: “vou ser ela, mas, não vou ser igual a ela, não terei filhos”. Percebo um ódio contido e ela continua:

Aí eu peguei e não queria chorar na frente dele, pra ele não ver, tipo assim eu não vou dar pra ele esse gostinho de me ver chorando; pra mim chorar tinha que ser escondido na hora de dormir, no banheiro, em algum lugar eu chorava. Aí eu lembro da ultima surra que ele me deu, ele me deu uma surra, eu já tava moçinha 16 anos, e ele me bateu com a fivela do cinto e no meu corpo ficou aquelas marcas de sangue parado nas pernas e eu peguei e vesti um short, mini-short, peguei uma blusinha e sai na rua e, fui jogar bola, (tanto que até hoje eu gosto de jogar futebol) e lá no campo onde todo mundo conhecia ele. Eu desfilei pra todo mundo ver que ele tinha me batido, porque eu falava e as pessoas não acreditavam, e saí, e ele veio bravo que não sei o que - por quê que eu fiz aquilo? pra todo mundo ver que você me bateu, porque todo mundo é seu amigo, e fala que você trata todo mundo bem e agora eles tem que ver o que você faz comigo, eu ainda fiquei de castigo um tempão por causa disso. Eu lembro que eu ia dormir, e eu ficava assim, eu ia conversar com Deus, eu lembro direitinho, eu tava numa tristeza naquela época, Senhor não deixa eu acordar mais não ,deixa eu dormir, deixa eu morrer dormindo, eu falava desse jeitinho.

Fico me perguntando onde estava a mãe dela para defendê-la? Se ela pensava em sua mãe defendê-la? O que ela pensava sobre esta ausência/abandono. Ela continua:

Ai eu apanhei dessa vez, eu pensei em *ir denunciar ele numa delegacia. Eu não fiz isso porque minha mãe gostava demais dele.* Aí eu falei assim: eu não vou fazer minha mãe sofrer de novo, vai ficar pior agora né e fui deixando. Aí eu já tava com 17 anos e eu fui deixando, e um dia ele veio me dar uma

ordem, nos tínhamos era bomba e ele tinha quebrado a perna, ele acidentou tava morando com uma mulher, e a mulher largou ele, e ele veio pra minha mãe porque foi minha mãe que ficou com ele no hospital. Ele pediu pra mim tirar a bomba da cisterna, eu falei: não pai, eu tô tão cansada. Tinha acabado de chegar da escola a tarde. Pede meu primo ou um dos menino pra tirar, meu primo tava aqui num barzinho mais uns colegas dele, na mesma rua e meu primo é mais velho que eu uns 4 anos, e minhas irmãs brincando lá fora. Aí ele: não eh? Tô mandando, é você e você vai é agora. E eu acho que eu tava era com cólica que eu tava deitada com as pernas pra cima, aí ele falou, você vai e é agora e não me responde não, você não tem que me perguntar nada não, você tem que ir, aí eu fui levantando né, saindo do quarto porque senão eu ia apanhar né. Aí ele falou assim: eh, eu devia ter colocado você num colégio interno mesmo, porque eu não pensei nisso antes né, devia ter colocado você num colégio interno porque hoje eu não taria passando raiva com uma menina desobediente igual você. Aí eu peguei, sai de perto dele pra perto da porta e falei, podia mesmo, porque às vezes no colégio interno eu não estaria vivendo o inferno que eu vivo dentro dessa casa, não teria você pra tá me espancando todo dia. Porque no dia que ele não me batia ele falava que no outro dia descontava, a palavra dele era essa. Ah hoje você não apanhou né, pode deixar ou então ontem você não apanhou, então hoje você apanha por ontem e hoje. Esse dia eu grilei com ele, fiquei com raiva e bati de frente com ele. Pensei assim, ele não vai correr atrás de mim, e não vai dar conta de me pegar, ele tá com a perna machucada, eu sumo daqui né. E fui pra fora e falei pra ele, você nem é meu pai e quer me bater! Falei desse jeito. Nossa! E ele é brancão, do olho meio verde e ele ficou vermelho o olho azulou na hora: o quê

que você tá falando? Isso mesmo que você ouviu, você não é meu pai. Isso assim, euforicamente. Eu já estava fora de mim, perdi o controle de mim. Eu falei não você não é meu pai, você só quer ficar me batendo, você não manda em mim, você nunca mais trisca a mão em mim, no dia que você triscar a mão em mim eu te denuncio na polícia, e você vai preso.

Isso era à noite, umas sete, oito horas da noite. E eu sai, e ele: volta aqui que eu vou te ensinar a responder. E eu oh, perna pra quê te quero. Fui parar lá no colégio da minha mãe, tava à noite, cheguei lá chorando. Porque ele só quer me bater e a senhora nem fala nada. Eu fui lá umas três vezes chorando, lá pro serviço da minha mãe porque ele queria me bater, aí essa foi a última vez que eu fui, depois que eu falei isso, ele deu uma parada, aí no outro dia minha mãe foi me acudir, o povo da escola já até sabia, aí no outro dia minha mãe chegou em mim e falou, quê que aconteceu ontem? Seu pai falou pra mim que você respondeu ele, eu falei, não mãe, tudo tem limite, cansei, só quer me bater, bater e minha mãe falou ahh, mas você não *deve ter feito nada, você é muito santinha*. Eu falei não, eu devo ser muito custosa, muito má, porque eu não saio de casa, só vivo aqui dentro, tudo que manda fazer eu tenho que ta fazendo, tem três meninos pra mim olhar e eu devo ser muito ruim, devo ser uma criança muito ruim mesmo. Aí de lá pra cá foi assim sabe, eu parei de estudar, eu ia pra minha prima lá no parque ateneu, ficava lá com ela, tudo pra sair de casa, perdi até minha virgindade lá no parque ateneu. Conheci até um cara lá, comecei a namorar com ele, amigo da família, eu não tinha costume de beber, bebi, quando acordei já não era moça mais.

Aí eu ficava muito lá, conheci um rapaz perto da minha mãe, ele *já era casado, tinha um monte de filho, mas aí a gente começou a namorar aí eu fui morar com ele*. Aí eu fiquei morando com ele e meu pai logo saiu de casa, arrumou outra mulher, aí eu voltei pra casa da minha mãe, junto com esse homem, só que aí a gente separou, montou um comércio, aí eu separei dele e fiquei longe da minha mãe e ele não tava mais, aí tudo começou a fragilizar, só que eu comecei a expor pra fora aquilo, comecei a fazer academia de dança com uns colegas lá do setor que eu nunca me desliguei, as pessoas que nós morávamos lá né, os amigos. E ficava lá, *do serviço* eu ia pra lá e ficava lá mesmo com a turma da dança. Só que meu negócio era dançar, ficar no meio da galera. Não era negócio de droga, meu negócio era dançar e ta junto dos meus colegas, eu tinha madrinha que morava lá e eu ficava lá e todo mundo ficava atrás de mim, e ela gostava muito de mim, todo mundo sempre me tratou muito bem eu fiquei lá e fiquei nessa vida aí, ficava mais lá quase não vinha em casa.

Aí com 21 anos parece, conheci a segunda pessoa que eu fui conviver com ele, morar junto com ele, aí fiquei com esse outro uns dois anos, nem lembro mais, só sei que eu fui pro Pará com ele, ele comprou uma terra lá, uma roça e fui pra lá. Só pra pegar Malária, oh vida, oh meu Deus! E o homem era tão ciumento, ele me seguia sabe, a gente começou a trabalhar com salgado, e eu saia pra vender o salgado na bicicleta, fiz ponto na cidade toda e eu *não tinha preguiça de trabalhar* não, eu vendia até picolé na rua no começo, pra gente começar a arrumar as coisas. E eu *pedalava* nessa bicicleta, eu também pesava *52, 51 quilos só tava a capa* do Batman mesmo. Aí a gente não deu

certo né, no custo, com muita oração mesmo, consegui vir embora, porque ele não quis deixar eu vir embora não, ele me ameaçava o tempo todo. Aí eu vim embora pra casa, pra minha mãe, ai eu já tava mais quieta.

Aí depois eu arrumei um namorado. Que mania que tinha de arrumar namorado e me apegar demais e gostar demais sabe, *parece que eu buscava a imagem de um pai em um marido que eu arrumava*. E eu ficava com aquele negócio de namorar sério. Depois que eu larguei desse segundo, eu arrumei um namorado, e a gente não namorou muito, e eu me apeguei demais nele, no começo ele fazia tudo que eu queria, tava na igreja, eu era evangélica, ele foi pra igreja, ficou lá na igreja comigo, *só que depois, assim, ele começou a querer mandar em mim e eu obedecia*. Não sai de casa que eu vou ligar, e eu não saía de casa. Nessas pouquinhas coisas sabe? Mas chegou a um ponto que ele começou a mandar completamente em mim, completamente e eu tava assim presa nele. Tanto que tinha uma colega minha que tava numa depressão profunda e eu ajudei ela, e eu pensava: gente como uma pessoa chega nesse ponto? E eu fiquei pior que ela, pior mesmo, eu não mandava mais em mim, e chegou num ponto que assim, *ele judiava de mim, me empurrava, falava sai de perto de mim*, não gosto mais de você, vai embora, ele me humilhava mesmo porque ele sabia que eu tava no pé, que eu dependia dele pra viver. Aí chegou a um ponto que eu falei assim: eu vou morrer, mas vou morrer aqui em casa, quietinha e não vou correr mais atrás desse homem. Meu negócio era deitar e pensar: vou morrer. Ficava só deitada e minha mãe ficava doida, pedia gente pra orar por mim, e conversava comigo, nada adiantava.

Assim é Deus mesmo que vem trabalhar no coração da gente. Eu não me lembro como ele falou assim: quê isso, olha no espelho. Se você não gosta nem de você como é capaz de gostar de uma pessoa? Olha o que você tá fazendo com você mesmo. E assim aquela palavra ficou dentro de mim, aí eu comecei realmente a me olhar no espelho. E eu vou morrer pra ele ficar vivo? Eu vou perder minha saúde pra pessoa ficar bem? Aí, e assim, aquilo ali foi uma sementinha e eu fui fortalecendo e pensava eu vou sair dessa, até parei de falar que eu ia morrer eu queria sair daquela. *Mas era uma tristeza infinita, o tempo todo aquelas lágrimas desciam, o tempo todo, aquela tristeza, uma tristeza sem sentido sabe.* Então aquilo que eu ouvi, que era pra mim olhar no espelho, então até hoje eu falo isso pras pessoas quando vejo que está chegando numa situação parecida. Aí eu saía com minhas amigas, mesmo que eu não ia divertir, que eu ia ser aquela pessoa desagradável eu ia, ia conversar, rir, elas me apresentavam rapazes, quando eu ia falar com um rapaz eu falava assim pro cidadão “ Ah porque...” aí ninguém agüenta né. Só que foi bom quanto mais você fala mais você vai desabafando. E isso foi um ano, o tempo pra mim recuperar disso.

Longa narrativa, repetição de histórias. Reorganização e tentativa de um sentido a partir de uma história mais primária. Os relacionamentos hoje fazem pensar na relação com o pai. A relação de dependência faz pensar na relação primária com a mãe. Uma demanda não saciada posto que foi abandonada aos “maus tratos” do pai/maridos. Demanda de amor onde o ódio ocupa lugar.

Minha mãe falava que eu tava doente, e eu tava mesmo doente, eu sentia dores que não existia, minha mãe corria comigo pro pronto socorro, chegava lá

o médico falava assim pra mim *Ih isso é dor do coração, não tem remédio não.* Aí eu tomava calmante, e onde eu entrei nos calmante, comecei a tomar calmante, aí eu acalmava só quando eu tomava calmante. Aí quando eu começava a ficar nervosa, que eu tinha aquelas crises, que começou a me dar crises de nervo, aí eu já tomava calmante. Era praticamente dependente mesmo de calmante , tava me dando aqueles nervo eu tomava calmante.

Eu fui no psiquiatra e ele me passou um remédio também que ia me ajudar a emagrecer, que aí eu já tinha engordado, eu tava com *56, 57 quilos*, porque meu peso normal sempre foi 54. E eu dançava né, eu mantinha, *mas eu sempre fui gordinha* porque eu *tenho o quadril largo*, mas hoje, hoje eu tô gorda mesmo, e tomando esse remédio o médico falou que ajudava a emagrecer, comecei a tomar esse remédio, quebrou meu cabelo aqui em cima. Uai que isso? Esse remédio ficou doido? E parei de tomar. Depois que eu parei aí ele me mandou pro psicólogo e falou que remédio assim não pode parar de uma vez não. Eu comecei a tomar de uma vez, então parei de tomar de uma vez, eu não quero depender de remédio, pra mim depender de remédio é a mesma coisa de depender de cigarro, eu não quero ser viciada nisso. Ele me passou pra essa psicóloga, mas *o meu stress é por causa dessa minha infância que eu ficava muito nervosa, nervosa, nervosa*, eu não agüentava pressão, qualquer coisa meus nervos afrouxava sabe, e tomar esses remédios, calmante...

Eu esqueci esse cara, deixei pra lá, tanto que eu até descontei dele uma vez, falei um monte de coisa pra ele, mas eu já não gostava dele mais não. Aí eu conheci esse que é meu esposo e já tem sete anos que estamos juntos, quando eu conheci ele, que a gente começou a namorar, eu vi que ele era um

cara assim diferente e eu precisava de uma pessoa igual a ele. Aí foi, a gente ficou um ano namorando, e eu tomando remédio, calmante. Sempre meu calmantezinho guardado, não fica sem de jeito nenhum, se eu ficasse sem eu já ficava desesperada pensando o quê que eu ia fazer se eu ficasse nervosa. Eu bebia demais na época que eu conheci esse meu marido, conheci uma galera que era só da cachaça de segunda a segunda, nem estudava, parei de estudar. Aí, quando conheci ele, eu fui assim mudando, que ele não gostava de bebida sabe. Saia assim pra bar, mas era quando tava de folga, uma vez ou outra; eu passei a seguir esse ritmo dele e a gente se apegou muito. Ele ficava muito tempo lá em casa, a gente ficava jogando baralho, e a gente foi indo, e foi aquele namoro assim, parece que a gente já se conhecia há muito tempo. Aí a gente resolveu morar junto antes de casar, sabe aquela paixão que acende, que não espera casar não, tinha que morar junto. Aí a gente foi morar junto. Aí *me deu uma crise uma vez*, só que antes de me dar uma crise eu já tomava o remédio, ele *viu eu com essa crise* uma vez, ele ficou horrorizado, ele ficou sem saber o que fazia, porque assim, começa aos poucos, de repente já não tenho o controle de mim.

Fico pensando na sua fala “Ih isso é dor do coração, não tem remédio não”. A dor não vem do coração, ela é do coração. É ele que dói. Penso: dói a dor de ser? E o que ela é, que dói tanto? A entrevistada me mostra a “teia” do seu “fio” na frase: “o meu stress é por causa dessa minha infância que eu ficava muito nervosa, nervosa, nervosa”. A criança nervosa procura o colo da mãe, onde pode se apaziguar, se sentir segura. Mas a mãe: “ela sempre trabalhou fora né, eu sempre conheci ela trabalhando como professora”. E a mágoa: “minha mãe

foi promiscua nessa situação, sempre trabalhou demais, professora né, abandona os filhos dela, pra cuidar dos filhos dos outros”.

Dói a dor de ser mulher. A identificação a faz abrir mão de ser mulher para não ser igual à mãe, para não abandonar. Ela não se realiza por ficar presa à condição de bebê da mãe, o que sempre demanda.

Como são essas crises?

Eu fico nervosa, e vai começando a dar uma pontinha de dor de cabeça, aí vai aumentando, aí eu já sinto meus nervos tremer, dói e eu tremendo, se eu não correr e tomar o analgésico, minha cabeça, parece até psicológico sabe, se eu não tomar aquele remédio eu não dou conta de tomar mais, então eu já tenho que tomar o remédio e tomar o calmante que aí eu vou ter a crise até o efeito do remédio fazer em mim. Quando começa a fazer o efeito eu durmo, sempre eu termino dormido. Aí vai dando aquela dor de cabeça, parece que minha cabeça vai crescendo, crescendo, aí eu já não tenho mais controle dos meus nervos sabe, parece que começa a esticar, começa a doer, aí eu tenho que deitar, aí começa a esticar e dói tudo. Eu nesse ponto já não dava murro na parede mais, igual eu fazia quando eu era menor, eu controlava, aí eu choro porque dói dentro da minha cabeça aquele sinalzinho de “pin” dentro da sua cabeça sabe, e parecia que ia explodir, aí eu tomava esse remédio, eu ia acalmando.

Acordei muitas vezes com minha mãe passando pano molhado na minha cabeça, coitada, e eu ficava dormindo, por causa desse calmante. Aí quando eu mudei pra cá pra esse setor aqui, tem uns cinco anos, eu voltei né pra

igreja, comecei a congregar. Aí eu peguei o remédio pela fé, e joguei fora. Eu falei: eu não vou tomar isso mais, em nome de Jesus eu não tomo isso mais, não vou ser dependente disso aqui mais, eu vou saber me controlar. E eu já lecionava e assim em sala de aula, você tem que ter controle total, senão você mata alguém ou alguém te mata. E eu fui aprendendo a me controlar mais na sala de aula, porque antes eu gritava muito quando eu substituía e não era professora, falava muito alto, tinha pouca paciência, depois que eu fui adquirindo experiência em sala de aula eu fui me controlando mais, ali eu fui tentando. Aí eu fui e joguei esse remédio fora, aí um tempo atrás, não tem muito tempo, começou de novo, me deu um nervosismo sabe, eu comecei e peguei uma bermuda dele e rasguei. Eu nunca fui violenta de pegar os trem, bater, brigar com a pessoa, eu sou de chorar. Assim, se a pessoa começar a discutir comigo eu não discuto com ela, eu vou ouvindo aquilo ali e vai me irritando, assim eu sou de pulso, mas nunca fui de violência de jogar os trem no chão, de quebrar, de chingar, de gritar, fazer escândalo. Aí eu me controlei esses dias aqui em casa e me deu uma crise brava e eu sozinha, aqui não tinha nada, não tenho um analgésico, não tenho um calmante, mas eu sei que o Senhor tá aqui comigo e Ele vai me ajudar sabe. E foi aquela guerra assim dentro de mim, aquela dor e eu controlando a minha respiração, e ajoelhava e orava, aí eu comecei a chorar, eu queria gritar e não dava conta, e comecei a chorar, chorar fiquei uns quarenta minutos chorando, não é brincadeira não, *era eu contra mim mesma*, aí eu acalmei, comecei a chorar aí eu acalmei. Aí hoje assim quando eu me sinto muito nervosa, que chego nesse extremo fico com muita raiva dentro de mim, aí eu começo a xingar por pensamento, fico com raiva, aí eu não converso com ninguém e a pessoa que eu tô com raiva eu

deixo pra lá porque eu não vou brigar mesmo né? Aí eu nem fico com raiva mais da pessoa, assim de lá pra cá sempre tive esses problemas, *veio essas gravidezes né*, esses problemas, escola. Eu trabalhei numa escola conveniada, a sala era muito cheia, não dei conta de trabalhar lá, foi na época do aborto espontâneo. Eu vivia chorando de tanto que a sala era cheia, a escola era muito rigorosa, a gente é funcionário dos alunos né, então assim foi uma experiência muito difícil.

Mas estamos aí, eu e meu esposo, a gente separou três vezes, e voltou, mas assim toda vez que a gente separou foi por ignorância minha e dele, aí hoje a gente acha que a gente já ta maduro, assim toda vez que um fica com raiva um do outro, eu acredito que Deus tem me dado muita sabedoria nesse ponto. antes eu era assim eu não vou me humilhar pra homem não, ele tem que ver que eu sou igual a ele, não sou pior, sempre tive isso na minha cabeça, hoje não às vezes a gente fica com raiva, emburrado um com o outro, aí eu falo assim “você me ama? eu te amo”. Aí fica aquele clima assim que não tem como brigar, então hoje eu levo mais pra esse lado, e as coisas de Deus é assim tão interessante que teve uma época que eu tava com tanta dificuldade com *meu esposo*, o meu primeiro resguardo, não o meu segundo resguardo eu fiquei na minha mãe na primeira semana pra tirar os pontos, e depois vim pra cá. Nossa, *ele me maltratou tanto*, mais tanto, ele falava que não gostava mais de mim, que eu tava gorda, que eu tava feia, que ele não gostava mais de mim, que não tinha mais como, que não me suportava, que tinha nojo de mim.

Eu lembro que eu chorei tanto nesse resguardo, que ele assustou comigo, eu chega suspirava, aí depois disso ele ficou mais calmo, mas vira e mexe ele

falava isso pra mim, nós dois não era casado no papel. Foi nessa ultima vez, então ele me humilhou muito e eu fui agüentando, ele falava assim pra mim, nossa você ta gorda, feia, nossa aquilo pra mim eu queria morrer, eu falava olha pra você, você ta barrigudo, e ele falava, mas eu sou homem, mulher não olha muito pra essas coisas não, mulher os homem olham . E é verdade, eu sabia que no fundo era verdade, chegou num ponto que eu falei assim vou embora tudo bem, você já venceu, você não gosta mais de mim, pra me tratar dessa forma. Foi aí que a gente se separou, que até então a segunda vez que a gente separou eu fiquei morando aqui, porque a casa era a minha e não tinha durado muito tempo essa separação acabou voltando mesmo, e essa ultima vez eu fui morar lá perto da minha mãe, aí ele foi atrás de mim pra voltar. A gente ficou uns três meses, mais ou menos, um longe do outro. Ele foi lá pra gente voltar, só que eu falei: a gente pode até voltar, mas dessa vez a gente vai ter que casar no papel. E, me respeita, a gente nem é casado, qualquer coisa você vai me mandar embora, tô te ajudando a construir e depois você fala que eu não tenho direito a nada, me manda embora como se eu fosse uma vagabunda que você pegou no meio da rua. Aí eu tô aí, continuo gorda, não consigo emagrecer e hoje até que ele não fala nada não, eu visto uma roupa eu pergunto ta bom, ele fala ta, ele gosta de ver, assim às vezes ele reclama porque eu não fiz a unha. Você é tão vaidosa e não fez a unha, aí quando eu faço, nossa, mas você é vaidosa você fez a unha. Ele repara tudo ele observa, quando ele ta de bem é assim, agora a gente ta meio brigado sabe.

Lembro-me que a entrevistada havia falado que para ela parecia que sempre buscava um pai no relacionamento. Questiono qual o relacionamento ela busca, e ela diz:

*É que é o meu vô, meu vô sempre foi meu pai, eu morei com ele até minha vó falecer. Minha vó faleceu eu tinha uns sete anos. Aí eu fiquei morando nesse lote ainda, que a minha mãe foi morar nesse mesmo lote. Eu morava junto com meu vô, a gente mudava muito, mas acaba que morava na mesma redondeza, não ia pra longe. Aí meu vô faleceu, eu tinha uns dezenove anos, vinte anos, não mais, eu já tava com esse rapaz que me deu depressão, já tinha terminado, não tava namorando com ele. Meu vô era meu pai, ele ficou doente, eu ficava doente junto com ele, quando ele ficava internado, eu ligava toda hora no hospital, só de imaginar que ele ia morrer eu já chorava e queria morrer também. Quando ele morreu eu não tive choro, travei, sabe quando você não quer acreditar numa coisa que ta acontecendo, *tanto que o organismos da gente move né*, eu tinha menstruado naqueles dias e minha menstruação desceu de novo, achei interessante porque eu sempre fui regulada, *nossa, mais foi interessante mesmo, o corpo reage*, quando meu vô faleceu.*

Parece que na entrevistada ela aprendeu o exercício da fala e da escuta, consegue associar algo interno a algo expresso pela fala e manifesto pelo corpo. A fala: “o corpo reage” ecoa e continuo a escutar a sua história.

Pesquisadora: E como? Você tava falando do seu avô que você queria morrer junto com ele, e do organismo...

Entrevistada: Foi difícil. Quando *meu vô* deu o primeiro derrame eu tava lá no Pará, então eu ficava pensando muito nele. Quando tava indo embora e vindo visitar ele, e me falaram que ele tinha paralisado um lado do rosto né, eu não entendia o que ele falava, e eu abraçava, eu chorava. Eu acho que ele ficava era mais triste tadinha, porque eu queria ter ele pra mim, eu queria ele. Eu ficava com medo dele morrer, aí eu sempre acordava à noite e vinha aquele pensamento: ele morreu acorda; acordava, eu ligava no hospital quando ele tava internado, ligava na casa dele. Eu não conseguia ficar no hospital com ele, porque às vezes precisava de alguém pra ficar com ele lá, e tinha que por sonda, eu pensava até hoje o cúmulo do absurdo eu ver meu vô nu, isso é uma falta de respeito, não dava conta não, então precisava de uma pessoa que cuidava dele, e eu não dava. Chegou ao ponto de precisar de alguém pra dar banho nele. Eu ver meu vô nu? Nossa, acho que eu nem ia pro céu se eu fizesse isso, não dava conta sabe? Mas eu ia lá pro meu vô; na hora de ir embora eu ia triste, ele me abraçava, ele sabia que eu tava sofrendo né, aí quando ele morreu eu fiquei assim parada no tempo, assim sem entender o quê que tinha acontecido, aí não chorei mais não. Só quando eu lembrava chorava, aí foi passando, hoje eu lembro do meu vô, dá muita saudade né. É o destino né, fazer o quê, uma coisa que eu não me conformo é com a morte mesmo.

Então assim cada namorado que eu arrumava, eu me apegava sabe, cuidava, dava aquela atenção, assim acho que eu sempre fui de obedecer, então eu tinha que obedecer também sabe, até eu cair na real disso, eu ia só sendo a boba dos homens, eles mandavam fica em casa, não sai. Eu ia sair,

eu tinha que ligar pro meu namorado, “posso sair?”, pedir permissão. Quando eu fui morar junto com o esse meu atual, às vezes eu fazia algo que eu não tinha avisado ele, eu saia do serviço e ia passar na casa de uma colega pra fazer alguma coisa, se eu fizer isso parece que eu tava fazendo um pecado sabe, se eu não avisar ele, aí eu ficava com aquilo, parece que eu fiz algo escondido, aí depois eu falava pra ele, mas parece que eu tava fazendo coisa escondido. Não era, eu pensava que tinha que dar satisfação pra alguém, daquilo que eu tinha que viver, então não era como meu companheiro, era como se fosse meu chefe, meu dono, tanto que foi o primeiro motivo da separação nossa, que eu deixei ele se achar muito que manda em mim. E é mesmo ele que mandava, eu fui acostumando ele assim. Aí hoje a gente vive bem, porque hoje eu já sei que não é assim que funciona, eu trato ele com respeito, lógico, aviso sim quando eu tenho que fazer algumas coisas, mas eu tenho consciência de que eu tenho liberdade de fazer certas coisas que eu não preciso ficar pedindo permissão. Ontem mesmo eu avisei a ele o que eu tava fazendo, eu sei que eu não tô traindo, eu pensava assim eu não tô matando, não tô roubando, mas eu tô mentindo né, às vezes fazendo alguma coisa que ele não ia acatar.

Um amigo meu me ligou uma vez, e eu fui, foi um desastre pra minha separação. E eu fui ver esse amigo meu, e lá fiquei, aí eu falei assim “vou ter que ir embora.” E ele “não, fica aí, ele vai chegar só mais cedo do serviço.” Eu ia pela cabeça dos outros também sabe. Aí eu vim no outro dia embora, aí ele tinha chegado mais cedo que eu, cadê minha razão, onde eu ia falar pra ele que eu não tava com ninguém. Quando que eu podia provar pra ele que eu não

tava traindo ele? Eu fiquei numa situação que eu não tinha como fazer nada, aí eu falei a verdade pra ele; o quê que aconteceu? Aí ele perdeu a confiança em mim, e eu sabia que a culpa era minha mesmo, só que eu não, aí a gente foi e separou a primeira vez por causa disso. Mas aí eu falei pra ele que eu não tava mentindo, não sei se ele foi atrás do meu amigo pra saber se era verdade, que ele sabe até hoje que eu gosto muito dele, que ele é como um irmão pra mim. Quando a gente namorava, ele sempre soube que nós éramos amigos assim. Aí acho que ele foi atrás e falou que acreditava em mim, mas que não era pra fazer isso de novo. Ele sempre teve muita paciência comigo. Aí eu vim sabe, aprendendo amadurecendo, sabendo das coisas. Quando eu parei de depender dos outros eu quis mandar demais em mim (Risos) Assim desequilibrou.

É. Agora eu tô mais equilibrada, agora eu tô aprendendo a ser mais equilibrada.

Fico pensando: equilibrada consigo, com os sentimentos, vontades? E com o corpo, como foi a história do seu engordar?

Ruth: Foi depois, que eu tive essa depressão, que eu fiquei magra. *Quando acabou a depressão que eu comecei a engordar.*

Pesquisadora: Você teve a depressão quando?

Ruth: Meus vinte, depois dessa foto aqui oh vinte quatro, vinte cinco anos. Quando eu conheci o *meu marido* eu tinha vinte e sete anos, eu já tava meia gordinha tava com sessenta quilos, mas ainda tava mais ou menos né, aí de lá

pra cá eu só fui engordando , *depois dessa cirurgia que eu tive então aí que eu engordei mesmo.*

Pesquisadora: E como foi? Assim, de uma hora pra outra? Como foi essa história?

Ruth: Devagar, mas assim devagar e muito né. Eu engordei muito né, em sete anos, engordei mais de vinte quilos, então cada ano tava engordando no mínimo uns três quilos né. Eu vestia as roupas, começavam a ficar apertada as calça, aí eu pegava e comprava outras maiores né, e ficava “aí eu tô gorda, vou fazer um regime” .

Se eu fico nervosa a minha tendência é comer, eu tenho que comer alguma coisa. Eu não sou comelona de comer tudo, eu como um tanto razoável, mas toda hora eu tenho que comer alguma coisa, uma banana uma maçã, mas toda hora tem que ter algo pra mim ta comendo. Ainda mais se eu tiver dentro de casa, na rua até que eu não me importo não, mas dentro de casa eu tenho que ta com alguma coisa. Aí esse negócio de eu ficar em casa, trabalhar e ir pro colégio e fazer comida pra marido, almoço e janta sempre, *depois que eu casei eu passei a engordar e não cuidei* né. Teve uma época que eu tomei um remédio que o médico passou e esse remédio me dava batedeira sabe, aí eu parei de tomar. Vou pra academia fico um mês e paro, me dá preguiça de ir que é longe. Agora eu comprei uma bicicleta, tenho que pegar ela. Eu gosto de andar de bicicleta; eu tô querendo andar de bicicleta pra ver se eu controlo mais o meu peso. Mas eu me sinto mal; uma colega minha ta vendendo umas calças tão lindas eu fui ver as calças, a 44 não ta servindo pra mim, eu fico com vergonha. Eu só caio na real quando eu vou experimentar uma roupa numa

loja, aí eu fico assim olhando, ai eu fico com vergonha, morrendo de vergonha. Tem que tem que ser sempre uma roupa de lycra ou uma roupa de elástico, ai isso pra mim é o cúmulo do absurdo. O chinelo, sandália de salto nem pensar eu não dou conta de usar. Esses dias eu tava sentindo dor nos ossos da perna de tanto que eu tava pesada. Assim eu tô me sentindo super mal, só que eu não dou conta, não dou conta de fazer um regime, não dou conta de fazer uma caminhada eu não sou disciplinada a isso, *eu só faço o que é obrigada*.

Igual eu tenho que ir pro serviço, e não eu levanto cedo e vou pro serviço. Mas se eu não for pro serviço... Fazer uma caminhada pra cuidar de mim, não vou não, mais fácil eu ir acompanhar uma colega minha, do que eu ir sozinha, não vou, eu sou terrível. Eu tô gripada, se minha mãe não fizer um remédio pra mim ou alguém, eu não faço, não sei por que eu sou desse jeito, eu “ah eu vou fazer”, mas esqueço. *Pra mim mesmo cuidar de mim, eu sou assim desleixada, mais fácil eu cuidar dos outros do que de mim mesmo*. Igual a minha vista, eu tenho problema na visão, eu tenho que ir no médico de 6 em 6 meses, tem dois anos que eu não vou, fui um esses dias mas eu não gostei, cê chega lá meio dia e só sete horas, sete e meia da noite, eu não tenho paciência de ficar esperando lá e aquele tanto de gente. Pra você ver, eu tô esperando controlar pra eu ir no médico de quando eu tinha o IPASGO, pagar particular, porque eu sei que ele é bom médico, e ir lá e fazer exame de vista, mas mesmo assim eu tô enxergando muito mal, mas eu não vou. Quando eu tinha convenio com o IPASGO era fácil, eu ligava e ia, pra mim ir no SUS, pegar fila de manhã, eu até vou, faço a primeira consulta passa 3 anos, mas depois não levo o exame .

Vou deixando, deixando até que vai passando, aí se eu pagar eu vou, e é rápido eu sei que resolvo tudo rapidinho.

Me questiono o quê mais ela está deixando, ficando como ela é, sem crescer, sem vir a ser. Eu pergunto e ela se assusta, “ahn”, como se estivesse absorta em suas lembranças, em suas idéias e em sua história. É como se a pergunta “e o quê mais você tá deixando?” fizesse com que ela recomeçasse, lá na primeira pergunta da entrevista, e ela responde:

Ruth: Deixando de fazer pra mim, tem hora que eu deixo a desejar comigo mesmo, não arrumo mais, não arrumo o cabelo, unha eu faço, porque se eu não fizer eu como os cantinho todinho, roupa às vezes eu saio, eu tô tão assim, toda roupa não serve, toda roupa não fica boa, não dá nem vontade de sair, as vezes tem um passeio, eu gosto de sair, eu sou rueira. Não tô sentindo vontade de sair. Eu não tenho mais prazer de comprar roupa, de comprar alguma coisa pra mim, eu fico naquela expectativa, tem calça minha que eu guardo até hoje, com a esperança de um dia eu emagrecer , pra mim vestir ela, aí eu vou deixando. Tem hora que bate uma nossa tô só o bagaço gorda, feia e de qualquer jeito. (risos) É na escola, na faculdade, um dia eu falei pra professora assim: eh professora, esse pôster que a gente fez aqui, pôster não, banner, fiquei gorda demais, não gosto de foto não porque eu fico vendo do jeito que eu sou. Aí ela falou *Cada um é do jeito que quer ser, se você não quiser ser gorda, você não era gorda se você ta gorda é porque você quer ser gorda.*

Pesquisadora: E você acha isso?

Ruth: *Eu fui pensar, e era isso mesmo, porque se eu quisesse eu tava fazendo alguma coisa e tava emagrecendo, eu achei que era isso mesmo.*

Pesquisadora: Hoje pensando, você acha que é isso mesmo

Ruth: Mas eu não dou conta, eu acho que eu sou lerda, preguiçosa. Só pode, porque eu não tenho força de vontade, realmente eu vejo tanta gente com força de vontade que eu vou fazer e faz, eu não sou desse jeito, eu não sou determinada, eu queria ser determinada desse jeito. Se eu falo, eu não vou jantar, por exemplo, eu não vou comer isso, ou eu vou aprender a dizer não quando os outros me oferecerem comida, vou fazer uma caminhada, se eu fizesse isso eu estaria melhor hoje, então hoje eu me acho uma sedentária mesmo, completamente, eu não sou totalmente sedentária porque eu ando muito, mas mesmo assim eu acho que eu tô muito lerda, eu tô lerda comigo mesmo. Tem umas gordinhas que você olha assim e ta melhorando, eu vejo e aquela gordinha ta cuidando ta emagrecendo, aí eu pergunto é caminhada mesmo, remédio natural que toma, e eu não faço nada, nem remédio eu compro é jogar dinheiro fora a não ser aquele comprimido né, se for shake esses trem, tá até ali na geladeira eu te mostro com data de validade e tudo. Tranqüilo, eu tenho que me disciplinar muito.

Me vem à mente a imagem de um bebê que espera ser cuidado, que fica entregue esperando que a mãe venha cuidar dele e quem sabe realizar algum “milagre” como o de emagrecer sem sacrifícios. A entrevistada está gorda, penso: gorda de si mesma? Grávida de si mesma? Ela se mantém em uma posição primária com relação ao mundo. Ensaio verificar se ela se percebe

dentro desse pouco investimento de energia e ao mesmo tempo dentro da rotina diária.

Pesquisadora: Mas já não é uma disciplina essa sua maratona de ir para escola, de dar aula para meninos, de ir para faculdade, e de se cuidar?

Ruth: É obrigação minha, eu falo isso, no fundo não ta cuidando de mim eu tô cuidando de mim, mas eu tô fazendo porque eu preciso trabalhar então eu preciso fazer isso. Tem vez que eu não vou, se tem alguma reunião na faculdade eu falo “ah não vou nada, não vou reprovar mesmo, por causa disso, não vou não, preguiça de pegar esses ônibus e ir pra faculdade.” Aula, igual essa matéria não é difícil então eu posso faltar, mas tem matéria que eu calculo o tanto que eu posso faltar que eu não vou reprovar e eu falto aquele tanto, só pra mim não ter que ir, ficar mais em casa, dormir até mais tarde, e eu sou muito enrolada. Eu fico o dia todo, eu faço assim, eu vou levantar cedo, vou lavar roupa, vou limpar casa, tal hora ta pronto aí eu não faço, eu levanto cedo e vou pra casa da minha amiga conversar com ela sobre alguma coisa, aí eu vou na casa de outro que eu tenho um assunto pendente e vou resolver e geralmente coisa da empresa então, assim, eu sempre vou resolver as coisas que eu tenho que resolver por fora. Aí eu venho pra casa e faço uma coisa devagar, aí eu faço outra ou eu arrumo a casa, eu faço, mas é alguma coisa que eu sei fazer, as duas coisas eu não faço só se for no dia que eu tiver muito mesmo, eu sou muito enrolada, enrolo o dia todo pra fazer uma coisinha. Eu não quero mais esquentar minha cabeça, ficar preocupada. Tem que entregar prova tal dia, trabalho tal dia eu tento o máximo não me estressar. Aí tenho trabalho pra hoje, aí eu vou fazer o possível, não gosto de deixar nada

pendente, gosto de agir certo. Tem tal dia pra entregar trabalho no colégio que eu trabalho, eu entrego. Eu tento fazer meu serviço certinho pra ninguém me encher o saco, pra ninguém não ter o que reclamar. Nossa, eu fico vermelha de vergonha quando alguém me chama atenção de alguma coisa que eu não fiz e por defeito.

Nesse salão eu gosto de olhar nos mínimos detalhes tem que sair perfeito, senão sair perfeito eu não faço eu já falo logo pro meu cliente eu sou enrolada, mas não sou estressada mais não. Ah vou fazer isso, vou fazer aquilo, eu faço o que eu der conta; o que eu der conta eu faço se eu não dei conta. Nós vamos organizar uma festa pra fazer na igreja, ah nos vamos fazer galinhada. Vamo, me da a lista, e vamos organizar. Eu organizo tudinho antes, se chegar no dia e faltar alguma coisa e alguém me cobrar eu fico grilada com isso porque eu gosto de chegar na hora e ta tudo pronto e ter que fazer aquilo e aquilo. Se tiver desorganização eu não consigo, aí eu grilo e eu não quero nem participar mais.

Eu gosto de tudo organizado. “Vamos fazer isso?” “Vamos”. “Tal hora, corre, corre, corre.” Não, calma, vamos correr não, as coisas é feita com calma. Chega cliente lá e fala assim “preciso fazer uma escova em meia hora” eu falo, não sei se vou dar conta não, eu já falo logo, eu não vou fazer trem correndo senão sai mal feito, eu já falo logo, você vai poder chegar atrasada, se puder eu vou fazer, mas senão puder eu não vou fazer porque não vale a pena. Eu não faço nada correndo e se eu tiver fazendo uma coisa e os outros, às vezes eu tô fazendo uma tarefa e meu esposo Ruth quê que isso? Calma pera aí, o quê que você falou você não dá conta de fazer os outros perder tempo não?

Não. Porque eu não quero ser uma alma preta ou as duas então você espera eu terminar o que eu tô fazendo e me fala o que você quer de novo. Porque duas informações eu não agüento não, pra mim é uma coisa de cada vez, se ta vendo televisão ou se ta conversando, ou eu tô ouvindo o que você ta falando ou eu tô vendo televisão. Meu esposo me critica, até por causa disso ele fala que eu não dou conta de fazer duas coisas ao mesmo tempo, eu não dou conta, ou é uma coisa só ou é nenhuma, não consigo captar as duas mensagens ao mesmo tempo. Quê mais?

Pesquisadora: Tem mais alguma da sua história de quando você começou a engordar que você acha importante falar?

Ruth: Ah eu acho também tomar remédio e parar que o médico passa.

Pesquisadora: Que remédio?

Ruth: Não lembro mais o nome não.

Remédio de que você foi ao psiquiatra?

Ruth: Não, remédio de dieta, ele passou remédio eu não me senti bem, parei de tomar foi essa e outra vez o ano passado que eu tomei também comecei a emagrecer perdi uns dois quilinhos eu tava começando a sentir bem aí não tomei mais, e não voltei no médico pra ele me passar outra receita; aí eu parei de tomar, aí eu engordei de novo.

Entrevistadora: Dois quilos ou mais?

Entrevistada: Mais, que eu tava com oitenta e agora tô com uns oitenta e dois, oitenta e três mais ou menos. *Aí eu olho pra mim assim, tem hora que eu*

nem me conheço, no espelho tanto que eu vejo assim meu rosto cheio, assim bem cheio, meus braços, nossa meus músculo, aí eu fico vendo assim, fico lembrando de antigamente, isso vai dando assim aquela tristeza sabe, aquele desânimo, ficar gordo, feio, toda roupa fica feia , isso me deixa triste né, tentar melhorar né. Ahn, e o que mais você quer saber?

Fico pensando que para ela é diferente do que era antes. O que era diferente? A sua tristeza está no passado ou no presente?

Percebo ainda seu cansaço: “o quê mais você quer saber?” É como se: hoje eu só dou conta disto. Ela já me avisou que tem um limite: “eu não dou conta...” Parece que o retorno à primeira pergunta da entrevista faz com que a paciente recomece sua narrativa. Narrativa esta que deve ser repetida para que possa ser elaborada. Assim, agradeço e finalizo a entrevista.

DISCUSSÃO

Identificação na relação mãe e filha: Identificação e Sofrimento.

3.1. Identificação mãe e filha.

Neste subtítulo será discutido o processo de identificação na relação mãe e filha, por isso se faz necessário compreender: o complexo de Édipo, o desenvolvimento da sexualidade feminina. Sendo que o estudo ocorrerá em uma mulher obesa e verifica-se que sua experiência corporal está intimamente ligada à organização psíquica, à formação do Eu. No qual, a obesidade é a própria expressão do indivíduo.

Freud (1931/2006) no seu trabalho sobre sexualidade feminina descreve que no seu material clínico “à intensidade e longa duração da ligação pré-edipiana da menina a mãe. Contudo, de mais interesse, talvez, é o longo exame do elemento *ativo* na atitude da menina para com a mãe e na feminilidade em geral” (p.231).

Durante a fase do complexo de Édipo, é visível nos meninos a hostilidade com o pai e a sua ligação com a mãe. No caso do menino é fácil identificar, já que o seu primeiro objeto de amor é a mãe. No complexo de Édipo feminino, existem algumas complicações, pois o seu primeiro objeto de amor também foi à mãe. E em que momento ela se desliga da mãe e encontra um caminho para o pai? O desenvolvimento da sexualidade feminina é complexo, pois as meninas têm que abandonar originalmente sua zona genital, o clitóris (é para menina o homólogo de um pequeno pênis), substituindo pela vagina. E, existe

outra característica importante para o desenvolvimento da mulher: é a troca do seu objeto de amor original, que é a mãe, pelo pai (Freud, 1931/2006).

A fase pré- edipiana é muito mais importante do que havia suposto, pois é nesse período que pode ocorrer o ponto de fixação da histeria e da paranóia feminina. E que a mulher só atinge o complexo de Édipo normal depois de ter superado a fase anterior, a fase pré – edipiana, a fase de ligação com a mãe.

O primeiro órgão reconhecido pela menina e pelo menino é o órgão masculino. Freud (1931/2006) descreve que o intenso amor da menina com o pai, revela uma intensa ligação com a mãe no período primitivo. A vida sexual das meninas é dividida em duas fases: a primeira possui um caráter masculino e a segunda feminina. Para que haja o desenvolvimento infantil feminino é necessário que haja um processo de transição de um período para o outro. Ou seja, a menina tem que renunciar o seu primeiro objeto de amor, que é a mãe, transferindo o seu amor para o pai.

O complexo de Édipo feminino é diferente do complexo de Édipo masculino, tal como Freud (1925/2006) descreve, essa diferença anatômica entre meninos e meninas toma proporções diferentes na formação do complexo de Édipo. Nos meninos o complexo de Édipo é uma formação primária cujo primeiro objeto de amor é a mãe. E na menina a formação do complexo de Édipo é secundária, sendo que primeiramente a menina deseja a mãe, em seguida um pênis e posteriormente um filho do pai. Filho é igual ao pênis, sendo que o apego ao pai é somente uma consequência da inveja do pênis (Smirgel, 1988).

Smirgel (1988) descreve que a sexualidade feminina tem cunho masculino e, que antes da puberdade não há diferenciação de sexo entre meninos e meninas, tal como aponta Freud (1923/2006), os meninos e as meninas fazem esta diferenciação no complexo de Édipo, ou seja, antes da puberdade. Antes do complexo de Édipo feminino, as meninas agem iguais aos meninos.

Durante o período do complexo de Édipo, os meninos apresentam hostilidade aos pais, enquanto as meninas têm sentimentos ambivalentes ora pela mãe, ora pelo pai. O complexo de Édipo masculino encerra-se com o complexo de castração. No qual o menino percebe a possibilidade de castração, então renuncia o amor da mãe, “preservando o seu pênis”, esse fato tem uma importância primordial na gênese do superego (Freud, 1924/2006). Já as meninas não conhecem “o medo de castração” é fato consumado. Elas ficam mais tempo na situação edipiana ou mesmo, fixadas a essa situação edipiana, portanto não elaboram um superego poderoso e independente.

Nesse período nos meninos percebe-se um retorno narcísico, no sentido de auto- preservação, tendo aversão às mulheres castradas, e as meninas reconhecem a superioridade masculina, pelo fato deles possuírem o pênis. A menina percebe então sua inferioridade ao sexo masculino e com isso se abre três linhas no desenvolvimento sexual feminino (Freud, 1931/2006).

A primeira leva uma revulsão geral a sexualidade. A menina assustada pela comparação com os com os meninos, cresce insatisfeita com o seu clitóris, abandona sua atividade fálica e, com ela a sexualidade em geral, bem como boa parte de sua masculinidade em outros campos. A segunda linha a leva se aferrar com desafiadora auto-afirmativa à sua masculinidade

ameaçada. Até uma idade inacreditavelmente tardia, aferra-se à esperança de conseguir um pênis em alguma ocasião. Esse 'complexo de masculinidade' nas mulheres pode também resultar numa escolha de objeto homossexual manifesta. Só o seu desenvolvimento seguir o terceiro caminho, muito indireto, ela atingirá a atitude feminina normal final, em que toma o pai como objeto, encontrando-se assim o caminho para a forma feminina do complexo de Édipo (Freud, 1931/2006. p. 237-238).

Campos (2000) questiona a terceira via do desenvolvimento da sexualidade feminina Freudiana, que para Freud seria a via do desenvolvimento sexual dito "normal". Para ele, para se tornar mulher é necessário ter um filho, que ocuparia o lugar da falta do pênis, ou seja, o pênis seria igual o filho. Então a equação desenvolvida por ele é: a menina teria que ser mãe para se tornar mulher ou menina – mãe – mulher, ou seja, para se tornar uma mulher é necessário ter um filho substituto da falta (do falo). Campos faz o seguinte questionamento: Se você não tem um filho, então você não se torna mulher? A equação desenvolvida, por ela corresponde à seguinte equação: a menina tem que se tornar mulher para ser mãe, ou menina –mulher –mãe. Então, para ela, para se tornar mulher é necessário, que se tenha a relação mãe e filha, para então se ter a relação mulher /mulher.

A autora nos fala da questão do "ser e ter", haja vista que para Freud é necessário "ter" para "ser" e Campos (2002) é necessário "ser" para "ter". Seria necessário, então haver todo o processo do "ter". Seria necessário, então haver o processo do desenvolvimento sexual feminino para que a mulher tenha a estrutura psíquica e emocional suficientemente desenvolvida para poder

exercer a sua capacidade feminina de gerar uma criança, um novo ser. A capacidade de gerar é sentida pela menina como algo que é passado de mãe para filha.

Freud (1931/2006) aponta que a hostilidade da menina com a mãe, é da fase pré- edipiana. O complexo de Édipo vem reforçar o afastamento da mãe, antes objeto intenso de amor, pois o amor infantil não tem limites. Na fase pré – edipiana o pai encontra-se na posição de rival da filha, e a criança tem que dividir o seu objeto de amor. Outro motivo importante, para o afastamento da menina com a mãe, é quando a menina descobre que não tem pênis, ela é castrada, descobrindo sua inferioridade ao sexo oposto.

A criança pode desenvolver no período pré-edipiano, uma hostilidade pela mãe, devido às “múltiplas restrições impostas por esta no decorrer do treinamento e no cuidado corporal, e que o mecanismo de projeção é favorecido pela idade precoce da organização psíquica da criança” (Freud, 1931/2006, p.237).

Estudos realizados neste campo não hesitam em assinalar os elos clínicos entre o “desejo de se ter um filho” e uma rivalidade com a mãe. Uma vez que é a mãe que é sentida como a rival, o fato de esta “rival” já ter dado um filho ao pai (a própria filha em questão), a dificuldade ou a incapacidade de engravidar toma o valor da *falta*. Também nesse sentido, ela se sente diminuída face a sua rival. Esta falta se sobrepõe a uma outra : a de não ter pênis . Assim, ela não pode nem ser como o seu pai (visto que não tem pênis), nem como a sua mãe (visto ser “incapaz” de ter filhos) (Campos, 2004, p. 17).

E esta rivalidade significa um retorno à mãe, que a fez sem o pênis, ou por não poder gerar um filho (filho= pênis), e por não poder provar o seu amor ao pai, dando-lhe um filho. A forma de ser mulher ocorre de acordo com a identificação primária com a mãe, e depois há uma identificação com o pai como caminho de alcance da mãe. Já que a mãe busca no pai aquilo que ela não tem (Campos, 2004).

No período pré-edipiano é uma época, em que a menina passa por elementos passivos e ativos na fase libidinal. O primeiro momento da menina, na sua relação mãe-filha, a menina recebe elementos passivos, ou seja, a mãe é a provedora de cuidados, tais como, amamentá-la, alimentá-la, limpá-la e vesti-la. E quando a criança é capaz de executar estes cuidados, repetir suas experiências passivas, sob forma ativa, no brincar, porém a menina nesses atos expressa assim traços da sua feminilidade (Freud, 1931/2006). É nessa fase que a criança apreende com a mãe expressar a sua feminilidade e se tornar mulher na fase adulta.

Como foi visto a fase pré – edipiana, é importante, pois é nesse período que a menina recebe os cuidados, o amor da mãe e é nesse período que ela descobre que é um ser faltante, período marcado por uma censura da filha contra a mãe, por não tê-la feito com pênis, para posteriormente se tornar uma mulher, ou seja, a mãe tem um papel vital no desenvolvimento da sexualidade feminina, ajudando ou não, a menina a se tornar uma mulher.

A identificação é um elo afetivo com outra pessoa, que se processa no complexo de Édipo e que a pessoa esforça para modelar o próprio ego, segundo o seu modelo de identificação. Tal como, aponta Freud (1921/2006),

no processo de identificação, é o momento em que os sintomas são construídos, ou seja, a repressão e os mecanismos do inconsciente são dominantes, então a escolha do objeto tem relação com a identificação, ou pelo pai, ou pela mãe. A pessoa pode apresentar tanto identificação pela pessoa amada ou não, copiando assim, as atitudes da pessoa, com a qual está se identificando.

A mãe tem um papel importante no desenvolvimento da feminilidade, pois é através da mãe que ela vai aprender a ser mulher, e posteriormente ser mãe. Como foi constatado em suas pesquisas Campos (2000) afirma que existem casos que a feminilidade não se constrói em alusão à “inveja do pênis”. E sim na reunião de dois movimentos: “a identificação à mãe – *pallus* e o ódio à mulher como conseqüência de uma demanda de amor não correspondido, cujo avatar é a identificação ao pai. Alcançado o *phallus*, ela será capaz de fazer uma criança a ela mesma e poderá dar amor a ela mesma” (p.13).

A identificação materna tem influência na constituição subjetiva da criança, a identificação pode ter origens perturbadoras na constituição do laço social primário (Vorcaro, Freire, Gama & Monteiro, 2008). Essas conseqüências perturbadoras ocorrem através da relação mãe e filha, ou mãe e filho, cujo primeiro objeto de amor é a mãe, no qual a mãe é a provedora das necessidades do bebê. É ela que cuida da sua alimentação, da sua higiene e ela que introduz o bebê no mundo social. A mãe se identifica com o bebê que necessita de cuidados, para assim criar um ambiente acolhedor, no qual o bebê vai ser protegido das agressões externas. Cria-se assim uma relação de confiança mãe e bebê, pois o desenvolvimento psíquico do bebê acontece com

a identificação do bebê com a mãe, para reagir posteriormente às demandas da mãe e da sociedade (Winnicott, 1994, citado por Vorcaro et al , 2008).

O bebê não apresenta sofisticação de um adulto, sendo necessário que a mãe retorne as formas de experiência infantil, para falar com o seu bebê em uma linguagem materna favorável, sendo que a percepção da realidade do bebê ocorre com a separação mãe – bebê. Sua primeira percepção do objeto externo se dá subjetivamente, tal como a mãe nomeou. O bebê identifica o discurso da mãe de modo ativo em um movimento de incorporação. A criança conhece o mundo através do corpo, ou seja, o corpo é o receptor, pois o mundo toma forma e consistência para a criança. O acesso ao simbólico se dá devido à identificação da criança ao discurso da mãe, já que a criança acredita que sua mãe sabe tudo sobre ele (Vorcaro et al, 2008).

A relação primária tem um valor determinante nas relações na fase adulta, pois como se viu o corpo é receptor das experiências subjetivas, tal como é vivenciada, é também constituído, ou seja, o desenvolvimento infantil passa pelas fases de desenvolvimento: oral, anal, fase fálica, período de latência e fase genital. E todas essas experiências são adquiridas pela criança através do corpo, ou seja, na fase oral a criança reconhece o mundo através da boca. Possibilitando uma construção simbólica do mundo. E na constituição desse mundo simbólico a criança se identifica com os seus progenitores.

Essa construção simbólica do mundo pode ser um tanto perturbadora, pois está relacionada à forma que foi estabelecido a relação mãe e filha. A identificação tem um processo primordial nas construções das relações da fase adulta. No primeiro momento a identificação com a mãe é incorporado pelo

bebê, para reagir às demandas da mãe e às demandas sociais. E depois no complexo de Édipo, no qual a criança identifica-se com o pai, ou com a mãe. Nos casos normais, o menino identifica-se com pai renunciando o seu objeto de amor (a mãe) preservando se assim o seu pênis, e querendo ser igual ao pai, formando assim o superego.

No período pré-edipiano, no qual a mãe é ausente, não é mãe, a menina não vivencia a experiência de ser filha. Para ser mulher é necessário ter sido filha, e a menina aprende com a mãe a ser mulher, pois neste período a menina tem uma intensa ligação com a mãe, a menina não se diferencia do menino até descobrir que é um ser faltante. Ora se a mãe não é mãe, a menina vai ser sempre uma menina (que necessita de cuidados), pois não aprendeu com ela ser mulher (Campos, 2000).

Os traços de feminilidade são aprendidos na infância no período pré – edipiano tal como aponta Freud (1931/2006) e a mãe é responsável, pelo desenvolvimento da feminilidade. Campos (2000) afirma que a ausência, a não referência de uma mulher, não a faz mulher.

O processo do desenvolvimento da feminilidade é complexo, pois a menina (precisa ser filha) precisa crescer para se tornar uma mulher capaz de cuidar de si e dos seus filhos. A organização psíquica do indivíduo é formada nos primeiros anos de vida. E essa formação reflete no seu agir, ou seja, o adulto irá se relacionar tendo como referência as suas experiências passadas. Esse adulto pode ficar fixado em qualquer etapa do desenvolvimento infantil. E esta fixação nestes estágios pode ocasionar o não crescimento, ou seja, o sujeito se relaciona de maneiras não adultas em situações diversas. E esta não

passagem para a outra etapa, pode ocorrer pela falta de cuidados, ou mesmo pela falta de referência.

E , quando a menina fica presa no período pré- edipiano, parece que esse retorno remete ao desejo de ter sido filha, há uma identificação com o seu bebê, o desejo ter sido cuidada. Para se fazer mulher é necessário uma referência, pois como pode ser aquilo, que não sabe o que é, ou que nunca se teve , foi ausente (Campos, 2000).

Na identidade feminina parece existirem lacunas, algo cheio de “buracos”, vazios. A menina cresce na ilusão que tem o mesmo aparelho sexual do menino, depois descobre que é um ser faltoso e mais, que sua mãe a fez com defeito e neste mesmo período transfere o seu amor para o pai, na expectativa de buscar o que lhe falta.

O desejo de ter um filho parece trazer respostas para as dúvidas da identidade. A gravidez apresenta traços de feminilidade, porém também remete ao útero, o órgão vazio. E diante desse vazio, a mulher se depara com a sua angústia. No trabalho de Campos com pacientes com dificuldade de engravidar, as pacientes expressam o desejo de ter um filho de maneiras variadas “... que elas têm uma necessidade de ter uma criança para serem mais seguras e; sobretudo, para serem mais mulheres; que elas se sentem excluídas e vazias” (Campos, 2004, p.7).

Excluídas e vazias por ser um ser faltante, por não possuir um pênis? Ou por que a mãe não a ensinou menina a valorizar o seu corpo de mulher? Mas, para essa valorização ocorrer é necessário uma referência, a mãe precisa estar

presente na formação da criança, como se sabe a formação psíquica se dá no decorrer da vida infantil , proporcionando um desenvolvimento saudável, e quando a mãe se faz ausente, parece que aumentam as lacunas na identidade da mulher. A mãe é o seu primeiro objeto, e assim sua primeira identificação ocorre com a mãe. Se a mãe não existe, a menina vai se identificar com quem? Para alguém aprender a cuidar de si é necessário ter sido cuidada, e essa atitude tem uma função decisiva na sua formação.

Campos (2000) relata um caso de um paciente que teve uma relação difícil com a mãe, sendo que a sua referência maternal foi a sua avó. A paciente refere-se a sua mãe como: “esta mulher” e “ser mulher”. A paciente lamenta por não ter tido uma relação de mãe e filha. E para ela essa situação era muito dolorosa. A mãe é referência de dor, ódio e ressentimento que se misturam e se condensam na expressão de ser mulher.

Segundo Campos (2000) a relação mãe /filha é a relação mulher/mulher, ou seja, a mulher /filha vai apresentar os traços de feminilidade, a sua potencialidade de ser mulher, conforme o estabelecido na relação com a mãe, que se inicia no período pré-edipiano. A autora nos traz o caso da senhora M e diz: “para senhora M. para ter um filho, é preciso passar por várias dificuldades”, um processo doloroso, necessitando ser submetida à inseminação artificial, voltando à sua experiência passada na relação que não teve com a mãe. O desejo de ter um filho se mistura com a experiência de ser mulher. E ser mulher é algo doloroso, toca na moral, ser mulher é fazer os outros sofrerem. Por isso é tão difícil ser mulher, parecer com “esta mulher lá”/mãe (Campos, 2000).

A função *phática* é fundamental na trama do complexo de Édipo, em que o sujeito vivencia algo trágico e que passa definir o curso da história do sujeito (Martins, 2002). A função *pathica* pode se instaurar antes mesmo do complexo de Édipo, no período pré – edipiano período marcante do desenvolvimento da feminilidade e do desenvolvimento sexual feminino. O sofrimento da mulher na fase adulta pode ter iniciado antes mesmo do complexo Édipo, no período pré-edipiano, período este em que a menina tem uma forte ligação com a mãe. E quando não existe uma relação mãe e filha, e a mãe não a defende, não a protege, não ensina a cuidar de si, não ensina valorizar o seu corpo feminino e não ajuda a menina substituir o seu amor pelo amor do pai, pode acarretar uma falta ainda maior, um vazio, a não passagem, ou seja, a fixação neste período, sempre em busca do amor da mãe. A identificação da mulher com a sua mãe pode apresentar manifestações inconscientes de uma rivalidade, tal como mascarar o ódio da filha por esta mãe, que a fez faltosa e que negou o seu amor (Campos, 2000).

A função *pática* se constitui no desenvolvimento infantil, principalmente no período do complexo de Édipo, onde o indivíduo se percebe em uma trama que lhe causa sofrimento. Entretanto, para as meninas essa trama inicia-se antes mesmo do complexo de Édipo, ou seja, no período pré- edipiano quando percebem que é um ser faltoso, cujo seu primeiro objeto de amor é a mãe. E quando essa demanda de amor pela mãe não é saciada, pode ocorrer fixação neste período, causando sofrimento para esta pessoa em todas as fases posteriores do desenvolvimento. Instaura-se assim o seu funcionamento psíquico em torno desta relação com a mãe.

A identificação na relação mãe e filha pode ser favorável, ou mesmo causar sofrimento para a mulher na fase adulta, tal como aponta (Martins, 2002) a função phatica se fecunda através do narcisismo ferido. E que pode ser afetado por vários motivos, tais como, a mãe ter feito a menina faltosa (sem o falo), ou mesmo por não ter tido uma relação mãe e filha, ou a mãe não lhe proporcionar os cuidados suficientes (e a menina fica na expectativa de como é ser mulher) e com isso não aprende a valorizar o seu corpo feminino.

Não tem como falar de sofrimento e identificação sem entender o curso do desenvolvimento feminino, no qual o período pré-edipiano tem um papel de destaque na formação do desenvolvimento feminino e que a menina se identifica com a mãe, e que essa identificação pode gerar sofrimento. E esse “emaranhado” tem origem nas relações primárias em que a organização psíquica vai se formando.

CONCLUSÃO

Busca-se, neste estudo, adotar uma perspectiva psicopatológica de trazer o sujeito de volta ao centro da cena, e promover uma escuta do sofrimento para além da queixa de “obesidade”, então pode-se dizer que se busca uma perspectiva fundada na psicopatologia fundamental. O sujeito “obeso” da entrevista traz consigo uma história singular, marcada de experiências repletas de sofrimento, passividade e paixões.

No início da entrevista, quando “sugerimos’ que nos falasse dos “eventos” ou “experiências” que ela julgasse mais importantes em sua vida, a “obesidade” é relegada a planos distantes. A obesidade na história de Ruth não parece ser o fio condutor da narrativa do seu sofrimento. A entrevistada trouxe no seu discurso, o seu sofrimento iniciado na relação com a mãe.

Freud (1931/2006) aponta que a função materna no desenvolvimento da feminilidade e do desenvolvimento sexual feminino é importante, a mãe é o primeiro objeto de amor na vida de uma criança. É no período pré – edipiano que a menina começa aprender os primeiros traços de sua feminilidade, ou seja, a mãe ensina a menina a tornar-se mulher. Campos (2000) ressalta que é na relação mãe e filha, que a menina vai apresentar a sua potencialidade de ser mulher na fase adulta.

Freud (1921/2006) indica que a identificação é um elo afetivo com outra pessoa. E que no processo de identificação os sintomas são construídos. Ruth parece ter ficado fixada no período pré – edipiano, e ela se esforça para

modelar o seu ego conforme o modelo de identificação. Ruth identifica-se com a mãe, mascarando o ódio que sente por sua genitora, ficando fixada nas suas experiências passadas. No período pré – edipiano, a menina tem uma forte ligação com a mãe. Na história de Ruth esse período foi tecido por complicações, a mãe de Ruth era ausente, não cuidou, não protegeu, e ainda negou-lhe o direito de conhecer a sua verdadeira história.

Em sua narrativa, Ruth teve um pai que a maltratou muito. O objeto interno que emerge é apresentado como tirânico, brutalizador. Quando ela estava mais velha descobriu que o homem que ela chamava de pai não era o seu pai. Ruth fica a mercê das “peças” da vida. A função pathica na sua história parece ter se instaurado no período pré – edipiano, no qual Ruth começa a vivenciar a experimentar as dores e as “tragédias” da vida humana. O pathos não é algo que surge dentro do corpo, vem de fora e ocupa fazendo o sujeito sofrer, nesse sentido a psicopatologia está disposta a escutar o sujeito que narra o seu sofrimento, fazendo com que o indivíduo pense naquilo que não foi pensado, enriquecendo a sua experiência e reabrindo outros caminhos, e quando o indivíduo simplesmente passa pelo sofrimento perde a capacidade de gerar sabedoria (Berlinck,2000; Fédida,1998; Pereira,1998).

Ruth parece que simplesmente passou pelo sofrimento, sem enriquecer a sua experiência, pois sua história de sofrimento se repete nas suas relações. Instaurando-se assim um funcionamento psíquico em torno desta relação com a mãe.

A menina já é adulta, mas parece não ter feito a passagem de menina para mulher. Ficando presa num passado à espera de cuidados maternos. A

hostilidade pela mãe pode ser desenvolvida, devido às variadas restrições estabelecidas no decorrer do treinamento e no cuidado corporal, em que a organização psíquica da criança se organiza (Freud, 1931/2006). Esse sofrimento permanece na fase adulta, pois Ruth identifica-se com a mãe para se tornar mulher, e então o corpo reaparece como palco da dor, e a “obesidade” parece ser uma forma de fazer espelho do corpo materno, que não é sentido como respondendo à demanda de amor. E torna-se mulher é parecer com essa mãe, que a fez faltosa, que negou a sua história e o mais pesado parece ter sido o amor que a mãe lhe negou. Aqui o “peso” é retomado como narrativa do eu: o engordar e o engravidar.

A fixação no estágio pré-edipiano de demanda do amor da mãe causou sofrimento e a não assegurou outras passagens. As relações da fase adulta parecem se construir no falsete do desejo. O “objeto” de desejo não são os “homens” com quem ela se relaciona, com os quais reencontra a figura do pai-tirânico: pode-se pensar em uma forma de aplacar a culpa inconsciente por odiar a própria mãe? É uma leitura em aberto, uma vez que ela não está em análise e nós temos de “renunciar” à *prova pela fala* (Gori, 1998), renunciar a onipotência e aceitar o limite de leituras parciais de uma entrevista.

A identificação com a mãe, no caso de “Ruth”, causou-lhe sofrimento na fase adulta, e a função pathica é instaurada através do narcisismo ferido; o valor do próprio corpo foi afetado, como poderia ele se tornar o corpo feminino amado e não incompleto?

A entrevistada tece um discurso que remete a sua experiência passada na sua relação com a mãe, uma relação ambivalente, em que o ódio e o amor

estão presentes nos seus sentimentos. O ódio por não ter sido ter cuidada e amada por essa mãe. O amor porque ela ainda esta presa ao período pré-edipiano, no qual a menina tem uma ligação muito forte com a mãe, período em que a menina demanda o amor da mãe. Ruth fica na expectativa de ser amada e cuidada por essa mãe, fica presa no seu desejo de menina de ser amada e cuidada.

A experiência humana de Ruth é fecundada em torno da falta de amor, falta de cuidado que gera sofrimento e que remete ao desejo de ter sido filha, amada e cuidada por essa mãe. Pois, para ser mulher é necessário ter sido filha, ter tido uma referência, pois não se pode ser aquilo, que não sabe o que é, ou que nunca se teve. A falta de referência de amor e de feminilidade parece marcada no corpo; pode-se pensar no “feminino barrado” e na dificuldade em se fazer mulher (Campos, 2000).

Referência Bibliográfica

- Almeida, B. de & Ferreira, S. R. G. (2005). Epidemiologia. Em A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 185-194). Barueri, SP: Editora Manole.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- Birman, J. (2000). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Borges, C. B. N.; Borges, R. M.; Santos, J. E. dos (2006). Tratamento clínico da obesidade. *Simpósio: Distúrbios Respiratórios do sono*. Capítulo X. Medicina Ribeirão Preto, 39 (2), 246-252.
- Cordella P. (2008). Incluir la obesidad em el manual de enfermedades mentales (DSM-IV). *Rev Chile Nutr*. 35 (3),
- Campos. D. T. F. (2000). Mãe e filha: da identificação à devastação. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, XIII (135), 5-13.
- Campos, D. T. F.(2003). Demanda Desejo e Necessidade no Campo da Reprodução Humana. *Estudos (Goiânia)*, 30 (1), 153-164.
- Campos. D. T. F. (2004). Fetichismo e subjetividade feminina. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, VII (3), 12-25.
- Campos, P. H. F. & Denise Teles Freire Campos. (2004). A Obesidade: estrutura psicopatológica ou modalidade moderna de expressão de diferentes subjetividades. *I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, 1, 352-368 São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.
- Campos, D. T. F. (2006). Metáforas na fala do paciente: analogia cognitiva ou equivocidade sonora? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 8, 39-45.
- Ceccarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 471-477.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996). National Center for Health Statistics. *Analytic and Reporting Guidelines: Third National Health and Nutrition Examination Survey Data (NHANES III/ 1989-1994)*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, CDC.

- Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e classificação. Em M. A. Nunes, U. C. Appolinário, A. L. G. Abuchain, W. Coutinho e colaboradores. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 197-202). Porto alegre, RS: Artmed.
- 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.
- Dobrow, I. J.; Kamenetz, C.; Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev. Bras. Psiquiatria*; 24 (Supl III), 63-67
- Enriquez, E. (1991). *Da horda ao estado: psicanálise do vínculo social*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K.; Coutinho, W. F. & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínicos – cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiátrica*.
- Fédida, P. (1988). “Amor e morte na transferência”. Em *Clínica psicanalítica: estudos* (pp. 21-66). São Paulo: Escuta.
- Felippe, F. M. L.et. al. (2004). O peso da sociedade. *Comunicação e saúde: Revista Digital*, 1(1).
- Ferreira, V. A. & Magalhães, R. (2005). Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1792-1800.
- Filho, F. F. R. (2005). Avaliação clínica. Em A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 227-234). Barueri, SP: Editora Manole.
- Freud, S. (1900/2004). A interpretação dos sonhos (primeira parte). Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol.IV. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p.11-363.
- Freud, S. (1921/2006). Identificação. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 115- 120.
- _____. (1923/2006). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 157-161.

- _____. (1924/2006). A dissolução do complexo de Édipo. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 193-199.
- _____. (1926[1925]/2006). Inibições, Sintomas e Ansiedade. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 81-171.
- _____. (1925/2006). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 277-286.
- _____. (1931/2006). Sexualidade feminina. Em *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Rio de Janeiro, RJ: Imago, p. 233-251.
- Geloneze, B.; Mancine, M. C. & Coutinho, W. (2009). Obesity: Knowledge care, and commitment, but not yet cure. *Arq. Bras. Endocrinol Metab.* 53(2), 117-119
- Gori, R. (1998a). *A prova pela fala*. São Paulo, SP: Escuta, Goiânia. GO: UCG.
- Gori, R. (1998b). A paixão da causalidade: uma fala em causa? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, I (2), 59-84.
- Günter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*. 1 (XVIII), 59-70
- Halpern, A. (1994). *Entenda a obesidade e emagreça*. São Paulo, SP: MG Editores Associados.
- Halpern, A. (1998). Obesidade: considerações terapêuticas. Em G. Medeiros-Neto (org.) *Obesidade: uma nova fronteira metabólica* (pp. 160-165). São Paulo, SP: Aché.
- Halpern, A & Mancini, M. C. (1999). Como diagnosticar e tratar a obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 56, 131-140.
- Halpern, A & Mancini, M. C. (2000). O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 07 (2), 166-171.
- Halpern, A & Mancini, M. C. (2002). *Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo, SP: Roca.
- Loli, M. S. A. (2000). *Obesidade como sintoma*. São Paulo, SP: Vetor.

- Martins, F. (2002). *O Complexo de Édipo*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Martins, F. (2005). *Psicopatologia I: Prolegômenos*. Belo Horizonte, MG: PUC-Minas.
- Mendes, M. J. F. de L.; Alves, J. G. B.; Alves, A. V Siqueira, P. P. & Freire, E. F. de C. (2006). Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 49-54.
- Monteiro, C. A. (1999). Epidemiologia da obesidade. Em A. Halpern, A. F. G. Matos, H. L. Suplicy, M. C. Mancini & T. Zanella (orgs.) *Obesidade* (pp. 15-30). Porto Alegre: Lemos.
- Monteiro, C. A.; Conde, W. L. & Castro, I. R. R. de (2003). A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 67-75.
- Neves E. B. (2008). Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares do exército brasileiro: associação com a hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1661-1668.
- Novaes, J. V. & Vilhena J. de (2003). De cinderela a moura torta: sobre a relação mulher e beleza e feiúra. *Interações*. VIII (15), 9-36.
- Paiva, L. M. & Silva, A. M. A. P. N. (1994). *Medicina Psicossomática: psicopatologia e terapêutica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Pereira, M. E. C. (1998). Formulando uma Psicopatologia Fundamental. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 60-76.
- Pereira, M. E. C. (2000). Psicopatologia fundamental e Psiquiatria. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Outubro, Rio de Janeiro.
- Peres, R.B. (2005) Prejuízos à saúde impostos pela obesidade. Em Claudino, A. de. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade* (p. 211-218). Barueri: Manole.
- Rankinen, T.; Pérusse, L.; Weisnagel, S. J.; Snyder, E. E. ; Chagnon, Y. C. & Bouchard, C. (2002). The Human obesity gene map: the 2001 update. *Obesity Research*, 10, 196-243.

- Rosa, T. do V. (2007). *Estudo do Sofrimento psíquico em pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução de estômago*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Psicologia da Universidade Católica de Goiás.
- Rosa, T. do V. & Campos, D. T. F. (2008). O sofrimento psíquico na condição obesa e a influência da cultura. *Estudos vida e saúde*. Revista da Universidade Católica de Goiás. 35 (5), 968-979.
- Rosa, T. do V. & Campos, D. T. F. (2009). Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, IX (1), 105-133.
- Salve, M. G. C. (2006). Obesidade e peso corporal: riscos e conseqüências. *Movimento e Percepção*, 6 (8), 29-48.
- Segal, A.; Cardeal, M. V.; Cordás, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Rev. Psiq. Clín.* 29(2), 81-89.
- Silva, M. P. da.; Jorge, Z.; Nobre, E. L.; Chambel, P. & Castro J. J. de. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med Port*; 19, 247-250.
- Smirgel. J.C. (1988). *Sexualidade Feminina*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Uehara, M. H. & Mariosa, L. S. S. (2005). Etiologia e História Natural. Em A. de M. Claudino & M. T. Zanella (Orgs.), *Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 195-202). Barueri, SP: Editora Manole.
- Vasques, F.; Martins, F. C. & Azevedo, A. P. de. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. Psiq. Clin.* 31(4), 195-198.
- Vilhena, J. de ; Novaes, J. de V. & Rocha, L. (2008). Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto na sociedade contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, VIII (2), 379-406.
- Vorcaro, A.; Freire, T. A.; Gama, C. & Monteiro, J. P. (2008). A identificação materna na constituição subjetiva. Em Kupfer, C. M. & Teperman, D. (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp. 49-64). São Paulo, SP: Escuta.
- Zambolim, L. M. (2007). *A obesidade mórbida no contexto da pós – modernidade: Um estudo de caso no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais*. Dissertação de mestrado publicada, Programa de Pós –

graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

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

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