

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A OBESIDADE PARA O OBESO:
uma leitura psicanalítica**

Maria Goretti Machado

Belo Horizonte

2011

Maria Goretti Machado

**A OBESIDADE PARA OBESO:
uma leitura psicanalítica**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira

Belo Horizonte

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M149o Machado, Maria Goretti
A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica / Maria
Goretti Machado. Belo Horizonte, 2011.
105 f.

Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Obesidade - Aspectos psicológicos. 2. Instinto de morte 3.
Castração. I. Moreira, Jacqueline de Oliveira. II. Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 616.39

Maria Goretti Machado

**A OBESIDADE PARA OBESO: uma leitura
psicanalítica**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Prof. Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira – Orientadora – PUC - Minas

Prof. Dra Márcia Stengel – PUC - Minas

Prof. Dra. Nádia Laguárdia Lima - UFMG

Belo Horizonte, 08 de abril de 2011.

*A Flávio José de Lima Neves,
Presença que se mantém constante em sua ausência.
Imensas saudades.
Obrigada!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pela paciência com minha ausência, neste momento de estudo tão intenso. À minha sobrinha, Janaina Maria Machado Carlos, pela ajuda no enfretamento da informática e pelo esforço de tantas idas e vindas à biblioteca. A Carlos Alberto Mendonça Duarte que sempre acreditou em todos os meus projetos.

A Aline Luiza de Carvalho, colega do mestrado que se tornou amiga, pelo incentivo. A Carla D'Alessandro, amiga querida que escutou todos meus excessos nos momentos de vazio. Obrigada por sua família fantástica, que tive a oportunidade de conhecer.

À minha orientadora, Jacqueline de Oliveira Moreira, pelos ensinamentos, pontuações, liberdade pelos difíceis caminhos da escrita.

Aos colegas do Grupo de Estudos Psicanalítico de Minas Gerais, pelos ensinamentos psicanalíticos, que ocorrem de forma clara, precisa e afetuosa.

A Wagner Siqueira Bernardes, pela disponibilidade, afeto e contribuições; não há palavras que possam expressar meu encantamento, admiração e respeito.

Ao Professor José Newton, pela leitura do projeto e encorajamento constante, e aos funcionários da PUC, Marília, Paola pela gentileza e prontidão.

Aos pacientes do Grupo de Atenção à Pessoa Obesa, promovido pela CASU, Caixa de Assistência à Saúde da Universidade, que lutam bravamente contra o excesso sufocante em suas vidas. A Vanessa Costa que me apresentou a CASU. A Natlhália Barsotelli e Lílian Garcia, assistentes sociais da CASU, pela acolhida.

À minha primeira mestra, Jannê de Oliveira Campos, que muito contribuiu para o meu percurso pela Psicanálise, com muito afeto e entusiasmo.

À professora de francês, Lusía Araújo, pela versão do resumo em francês.

À minha analista, Marília Macedo Botinha, que me ajudou a bancar meu desejo.

Massangana

*O traço todo da vida é
para muitos um desenho
da criança esquecido pelo homem,
mas ao qual ele terá
sempre que se cingir sem o saber...*

*Pela minha parte
acredito não ter nunca
transposto o limite
das minhas quatro ou cinco
primeiras impressões.*

*Nunca se retira da vista esse pano
de fundo que representa
os últimos longes
de minha vida.*

Joaquim Nabuco

RESUMO

O tema do trabalho nasce a partir da observação clínica de pacientes obesos que se submeteram à cirurgia de redução de estômago, porém tendo como centro da problemática a presença de uma fome voraz que não cessava, com a comida ocupando o centro de suas vidas. Esta pesquisa tem como objetivo geral a investigação da relação do obeso com a obesidade, considerando o lugar que esta ocupa na economia psíquica do sujeito. Para tal estudo, o referencial teórico utilizado refere-se aos conceitos psicanalíticos freudianos, que apresenta o corpo erógeno construído pelo movimento pulsional, sendo a relação mãe-bebê, o complexo de castração vivenciada na fase fálica e interlocução com a psicossomática fundamentais para compreensão da constituição do sujeito e do sujeito obeso. Como objetivo específico, buscou-se situar o contexto pós-moderno e quais as suas implicações no psiquismo, considerando o ideal de corpo magro, manipulado pelo excesso técnico da indústria da beleza. Pôde-se verificar, após o estudo de caso, com as entrevistas realizadas, que a obesidade se apresenta como um sintoma, que leva a uma regressão a fase dual com a mãe. A obesidade se torna um sintoma de defesa contra a castração, que perpassa todas as estruturas: um sintoma histérico – um modo do interrogar o desejo do outro, uma defesa contra a psicose, um traço perverso como forma de fetiche ou uma defesa contra as angústias impensáveis. Pôde-se perceber a presença do movimento da pulsão de morte como um caminho para a morte e, paradoxalmente, um apelo de vida.

Palavras-chave: Obesidade. Sintoma. Castração. Pulsão de morte.

RÉSUMÉ

Le thème de ce travail naît à partir de l'observation clinique de patients obèses qui se sont subis à une chirurgie de réduction d'estomac mais, en ayant comme centre de la problématique, la présence d'une faim vorace qui ne cessait jamais avec l'aliment en occupant le centre de leurs vies. La recherche a comme objectif général le rapport entre l'obèse et l'obésité en considérant la place que celle-ci occupe dans l'économie psychique du sujet. Pour réaliser telle étude, le référentiel théorique se réfère à des concepts psychanalytiques freudiens qui présente le corps érogène construite par le mouvement pulsionnel, en étant la relation mère-bébé, le complexe de castration vécue dans la phase phallique et l'interlocution avec la psychosomatique fondamentaux pour comprendre la constitution du sujet et du sujet obèse. En ce qui concerne aux objectifs spécifiques, nous avons essayé de situer le contexte postmoderne et savoir quelles sont les implications dans le psychisme, en considérant l'idéal d'un corps maigre manipulé par l'excès technique de l'industrie de la beauté. Il a été vérifié après l'étude de cas, avec des interviews, montre que l'obésité est un symptôme, ce qui conduit à une régression à double étage avec sa mère. L'obésité devient un symptôme de défense contre la castration, qui imprègne toutes les structures: un symptôme hystérique - une manière de questionner désir de l'autre, une défense contre la psychose, accident vasculaire cérébral une forme perverse de fétiche ou comme moyen de défense contre les angoisses impensable. Peut remarquer la présence d'un mouvement de la pulsion de mort comme un moyen de décès et, paradoxalement, un appel de la vie.

Mots clés: obésité, symptômes, castration, pulsion de mort.

LISTA DE SIGLAS

CASU – Caixa de Assistência à Saúde da Universidade

Cid - Código Internacional de Doenças

DSM – Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais

DANTs – Doenças e Agravos não Transmissíveis

Ed. – Editor

I.M.C – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

TCAP – Transtorno de Compulsão Alimentar

T.P.M – Tensão premenstrual

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBESIDADE DA ANTIGUIDADE À CONTEMPORANEIDADE.....	14
2.1 Considerações preliminares.....	14
2.2 Conceito de obesidade.....	18
2.3 Etiologia da obesidade.....	20
2.4 Algumas considerações sobre a pós-modernidade.....	22
2.5 Pós-modernidade e obesidade mórbida: encontros e desencontros.....	27
2.6 O excesso de manipulação técnica e a obesidade.....	31
3 A OBESIDADE E O SUJEITO.....	36
3.1 Corpo em psicanálise.....	36
3.2 A figura materna na alimentação e na formação da obesidade.....	45
3.3 O sujeito obeso e a vivência de castração.....	54
3.4 A abordagem psicossomática da obesidade.....	59
4 O OBESO E SUA RELAÇÃO COM A OBESIDADE.....	69
4.1 Metodologia.....	69
4.2 Pesquisa de campo: estudo de casos.....	71
4.2.1 <i>Margarida: decisão pelo desespero.....</i>	<i>71</i>
4.2.2 <i>João: cirurgia, escolha da mãe.....</i>	<i>74</i>
4.3 Análise das entrevistas.....	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS.....	100

1 INTRODUÇÃO

A obesidade não é recente na história da humanidade. Este problema existe desde a Antiguidade, e dele se tem notícia através dos achados arqueológicos, da literatura e das obras de arte. Já foi enaltecida pela nobreza como símbolo de poder, de riqueza, de elevação social. A arte já cultuou a obesidade como símbolo de beleza, de admiração. A *Vênus de Willendorf* é datada do período Paleolítico e refere-se a uma estátua de uma mulher excessivamente obesa, com grandes peitos e abdômem enorme. Mas, outras figuras similares foram encontradas em outras épocas, porém, não se sabe ao certo se elas representam as mulheres da época ou um ideal de fertilidade e abundância.

Por outro lado, a busca pelo emagrecimento também tem uma história tão antiga quanto a do próprio homem, pois Hipócrates já aconselhava a prática de exercícios físicos e de dieta para obtenção de um corpo saudável. No século XIX, a medicina, inicialmente através da literatura francesa, começou a considerar a possibilidade de a obesidade ser um sintoma ligado a um distúrbio emocional, sendo considerada como resultado de um grande *stress* emocional. Nessa época, era comum observar a utilização de uma palavra do vernáculo germânico, *Kummerspeck*, que queria dizer “gordo de tristeza” (LOLI, 2000.p. 20). É assim que a obesidade se torna uma doença.

Com o surgimento e avanço da tecnologia, da ampliação da medicina preventiva, do capitalismo como o agenciador dos bens de consumo, a obesidade vai aos poucos se transformando em um problema, até se tornar uma doença e, finalmente no século XX, torna-se uma epidemia mundial. Com isso, começa uma verdadeira guerra contra a feiura, que se torna um estigma. De acordo com a medicina, a obesidade ocorre quando a energia consumida excede a energia gasta durante certo período, levando ao acúmulo de gordura (COURTINE, 2008).

O tratamento da obesidade, que já levantava questões desde a Antiguidade, continua até os dias atuais colocando em xeque os conhecimentos de todas as áreas, devido às dificuldades que impõe principalmente no que diz respeito à manutenção do peso após o emagrecimento. Atualmente, com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, desenvolveram-se as cirurgias de redução de estômago, como um procedimento médico satisfatório para obtenção tanto do emagrecimento quanto para a manutenção do peso baixo, devido a pouca ingestão de alimentos que se passa a consumir. Parece que a ideia de emagrecimento sem

sacrifícios e sem questionamentos pessoais caiu no gosto de uma população sofrida, talvez não só pelo excesso de peso, mas principalmente pelo investimento, pelas expectativas de sucesso, na grande maioria das vezes, frustrados em seus objetivos. Mas, sabemos que as causas da obesidade são multifatoriais, complexas e englobam questões orgânicas, psíquicas e sociais, não podendo a patologia ser resumida a apenas uma área do conhecimento.

Foi dentro desse cenário que, no ano de 2002, recebi no consultório uma jovem de 27 anos de idade, que acabara de se submeter à cirurgia bariátrica, após várias tentativas de emagrecimento, marcadas por inúmeros fracassos. Inicialmente, ela acreditava que com a cirurgia sua vida seria outra e que as dificuldades nos relacionamentos afetivos e sociais que vinha enfrentando iriam desaparecer. Entretanto, isso não se deu, e novamente mais uma expectativa, mais um investimento e mais um fracasso. Chega ao consultório muito abatida, já com o diagnóstico de depressão crônica, com fortes sintomas de ansiedade. Entretanto, durante a entrevista, percebi que muitos dos sintomas e sofrimentos trazidos já lhe eram conhecidos antes da cirurgia. No entanto, a paciente compareceu apenas a duas sessões e não voltou mais. Na época, já havia abandonado o tratamento médico que deveria ser mantido após a cirurgia e continua com muita dificuldade em manter a alimentação permitida, ingerindo quantidades muito maiores, sendo necessário provocar vômitos para se sentir melhor.

A partir de então, observei que o número de pacientes que procuravam tratamento com problemas de obesidade mórbida estava crescendo de forma significativa, sendo o fracasso no tratamento uma queixa constante, pois todos relatavam uma fome que não passava contínua e voraz. Com o aumento dos casos de obesidade, surgiram telefonemas pedindo laudos para liberação da cirurgia bariátrica. De um modo geral, parecia haver um padrão, nos telefonemas, pois os candidatos ligavam alegando que já estavam com todos os exames médicos prontos, faltando apenas o parecer positivo de uma psicóloga. O mais interessante, entretanto, é que a cirurgia já estava marcada e aconteceria em um prazo de limite de um mês. A partir da experiência com essa primeira paciente, que apenas compareceu a duas sessões das entrevistas preliminares, assim como com outros, ao longo desses anos, comecei a interrogar sobre qual seria o lugar da psicologia diante desse procedimento que já tinha data agendada com o cirurgião. De qual liberação estavam realmente falando?

No ano de 2007, fui convidada a coordenar o Grupo de Atenção à Pessoa Obesa – promovido pela CASU-UFMG (Caixa de Assistência à Saúde Universidade), dentro do Projeto CASU+VIDA. Assim, a problemática da obesidade mórbida, que já trazia alguns

questionamentos, passou a suscitar vários questionamentos sobre as possíveis origens, os efeitos sobre o psiquismo ou os efeitos do psiquismo sobre o corpo.

O tema desse estudo nasce a partir da observação clínica de pacientes obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia de redução de estômago, porém sem alteração na relação com a alimentação, inclusive mantendo-se uma fome voraz que não cessava, e a comida continuando a ser o centro da vida dessas pessoas.

Esta pesquisa propõe, portanto, o estudo da obesidade mórbida, cujo objetivo geral será a investigação da relação que o obeso estabelece com a sua obesidade, levando-se em consideração o lugar que a obesidade ocupa na economia psíquica do sujeito. Teremos como objetivos específicos situar o contexto pós-moderno e quais realmente seriam suas implicações no psiquismo humano. Estaríamos falando de novos sintomas advindos da pós-modernidade ou de antigos sintomas, dentro de uma nova roupagem, uma vez que o inconsciente é atemporal? A obesidade seria um sintoma nuclear ou um sintoma defensivo contra um mal-estar maior?

Para tal estudo, nosso referencial teórico será a teoria psicanalítica freudiana, cujo fundador, Sigmund Freud, a partir dos estudos sobre a histeria, nos apresenta um corpo marcado e construído dentro de um circuito pulsional, sendo a relação mãe-bebê fundamental para a constituição da subjetividade e das possíveis psicopatologias.

A pesquisa foi dividida em três capítulos, distribuídos da seguinte maneira:

No primeiro capítulo, abordaremos a obesidade sob o enfoque da medicina, seu conceito e etiologia. Ainda neste capítulo faremos uma reflexão sob a pós-modernidade, já que muitos autores a consideram fundamental para a constituição da obesidade. Assim sendo, teceremos algumas considerações sobre a pós-modernidade, os reflexos sobre o psiquismo, já que a época atual favorece a ideia de um corpo esbelto, magro, como símbolo de poder, de sucesso, sob a influência da moda, da mídia e, principalmente, do consumo.

No segundo capítulo, abordaremos a obesidade a partir da psicanálise freudiana, trazendo a noção de corpo erógeno, a importância da relação mãe-bebê na constituição do sujeito, passando pela vivência edípica como momento fundante do sujeito. Para tal será realizado um pequeno percurso por alguns conceitos psicanalíticos, a fim de maior compreensão do tema proposto.

Considerando as idéias de Recalcati, abordaremos o corpo obeso a partir das idéias da psicossomática psicanalítica, principalmente dos conceitos da Escola de Psicossomática de Paris.

No terceiro capítulo, abordaremos a metodologia utilizada – a pesquisa qualitativa e o estudo de caso – através de duas entrevistas realizadas com indivíduos que se submeteram à cirurgia. Ainda neste capítulo, será realizada a análise das entrevistas.

Finalmente, serão tecidas as considerações finais, numa articulação da obesidade a partir dos ensinamentos da medicina, da pós-modernidade e do sujeito dentro desse contexto psicobiossocial.

2 OBESIDADE DA ANTIGUIDADE À CONTEMPORANEIDADE

2.1 Considerações Preliminares

Ao longo da história da humanidade, a obesidade, ou o aumento de peso, foi visto como sinal de saúde e prosperidade. Em tempos de muito trabalho e frequente falta de alimento, assegurar uma ingestão energética adequada para manter as necessidades mínimas de sobrevivência foi indispensável para a evolução da espécie humana. Segundo Benedetti (2003), para alguns autores – não há um consenso quanto às possíveis causas da obesidade, alguns autores acreditam que o processo de modernização promoveu um aumento na produção de alimentos, e hoje é mais fácil se obter alimentos, assim como aumentou o número de alimentos mais saborosos e menos nutritivos. Os avanços tecnológicos, ademais, trouxeram mais conforto, consequências desagradáveis e graves à saúde, como o sedentarismo: as pessoas comem mais e se movimentam cada vez menos. Com isso, há um superávit calórico, que favorece a obesidade nas pessoas predispostas, a qual se torna então uma ameaça que cresce como uma gigantesca onda e ameaça a saúde dos habitantes da maioria das nações, principalmente as do mundo ocidental.

A obesidade, como já afirmado, não é um fenômeno recente. Suas raízes históricas provêm da Era Paleolítica (20.000 até 30.000 anos a.C), sendo muitos os achados arqueológicos de artefatos de pedra representativos de mulheres corpulentas. Esculturas pré-históricas gregas, babilônicas e egípcias também demonstram a preferência escultural pelas mulheres obesas. Uma das primeiras representações da forma humana, nomeada *Vênus de Willendorf*, é a estátua de uma mulher extremamente obesa, com grandes peitos e enorme abdômem (LOLI, 2000). Este fato nos faz pensar a obesidade como fetiche, sendo o corpo elevado à condição de falo, como um troféu, uma forma de poder a ser exibido. Neste caso, a obesidade não seria um problema, mas uma marca do sujeito que o diferencia dos demais, e perder a condição de obeso seria se deparar com a angústia insuportável da castração.

Segundo Bruch (1973), diante da arqueologia dessas deusas na história da humanidade, nasce uma interrogação, pois não se sabe com certeza se são representações realísticas ou se elas refletem um ideal artístico, simbolizando um sonho de abundância e fertilidade para um período em que a fome era uma constante.

Por outro lado, a busca pelo emagrecimento também tem uma história tão antiga quanto a do próprio homem. Entre os anos de 400 e 300 a.C., Hipócrates já aconselhava a prática de exercícios físicos e da dieta para a obtenção de um corpo saudável, por considerar a obesidade uma doença, e seu discípulo, Galeno, consideraram-a decorrente da falta de disciplina. (LOLI, 2000).

Na sociedade contemporânea, a comida continua sendo símbolo de prestígio. O tipo de comida, sua quantidade e a maneira como é servida são indicativos da posição social, mas a obesidade deixou de ser idealizada. Segundo o sociólogo americano Thorstein Veblen, os símbolos de *status* devem ser restritos às classes abastadas. A obesidade, se um dia foi privilégio dos mais ricos, deixou de ter encanto quando, após a Revolução Industrial, o acesso à comida tornou-se mais fácil para a população em geral.

Cada vez mais a obesidade vem chamando a atenção da comunidade científica, por se mostrar uma doença grave, multifacetada e de genética complexa, que, associada às suas comorbidades, se acompanhada de elevada morbimortalidade, principalmente por doença cardiovascular, além de inúmeras outras complicações. Nos últimos anos, chama a atenção o elevado número de publicações em revistas especializadas de primeira linha, que têm como objetivo pesquisar a obesidade. Isso não acontecia há dez anos atrás, quando a obesidade não era considerada um tema suficientemente importante e sério para que os editores justificassem as publicações sobre ele.

Em função da complexidade da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravamento tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Nos países latino-americanos, a obesidade tem se tornado mais grave que a própria desnutrição. (COUTINHO, 1998).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), a obesidade se tornou uma epidemia global devido aos últimos vinte anos de crescimento assustador, já ultrapassando o problema da desnutrição no planeta.

Em relação à estética, a valorização está na silueta esbelta, jovem e saudável, enquanto a obesidade é estigmatizada. O corpo do obeso passa, então, a expressar a falta de saúde, estigmatizado pelo desvio, pelo excesso. Ao violar a norma social vigente, passa a existir sempre em estado desviante, frente a uma norma social, biológica e psíquica.

Goffman (1980) definiu estigma como:

Um atributo que o torna (o estranho) diferente dos outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem (GOFFMAN, 1980, p. 12)

Essa desvalorização, além do campo da estética, atingiu a obesidade no campo da medicina, ao ser considerada doença. À medida que a medicina passou a compreender melhor o metabolismo humano e os mecanismos do ganho de peso, a obesidade passou a ser associada a uma série de complicações orgânicas e ao aumento da taxa de mortalidade. Deixou de ser um referencial de saúde para ser um referencial de doença orgânica e, mais recentemente, de doença mental, a partir do momento em que a psicologia a tomou como objeto de estudo.

Dessa forma, o homem contemporâneo obeso, além de feio e estigmatizado, é também um doente, necessitando de uma equipe multidisciplinar para seu tratamento. De fato, tanto a medicina quanto a psicologia vêm oferecendo tratamentos a pacientes obesos, com obtenção de relativo sucesso, principalmente nos casos leves e moderados. Entretanto, para a chamada obesidade mórbida, a abordagem clínica, seja médica ou psicológica, sempre é surpreendida por complicações, recaídas e mesmo fracassos dos tratamentos, inclusive nos pacientes submetidos às cirurgias de redução de estômago.

A obesidade mórbida é considerada uma doença crônica grave, que põe em risco a vida do indivíduo por estarem associadas a outras complicações orgânicas, as comorbidades, tais como hipertensão arterial, hérnias, dificuldades respiratórias, diabetes, entre outras. Para sua definição, utiliza-se a referência do Índice de Massa Corporal (IMC), que divide a obesidade em três classes, sendo a classe III o tipo mais grave e que, pela alta frequência de morbidade a ela associada, é chamada obesidade mórbida.

A medicina passou a interessar-se pela obesidade mórbida após o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas. Dessa maneira, a cirurgia passou a representar um dos únicos recursos terapêuticos nesses casos, tanto para a obtenção do emagrecimento quanto para a manutenção do peso baixo ao longo do tempo. Não faltam dados na literatura científica para comprovar a eficácia do tratamento e os benefícios clínicos e psicológicos associados à perda de peso. Contudo, existem dados que apontam para a pouca eficácia do tratamento, mesmo com a cirurgia, o que promove o aparecimento de outras complicações orgânicas. Incluem-se aí o ganho de peso após algum tempo e as complicações psíquicas, com agravamento de psicopatologias já existentes e o aparecimento de novos sintomas.

Segundo Segal (2004), devido à dificuldade de se obter um resultado satisfatório e definitivo através de um tratamento clínico, a cirurgia bariátrica tem sido considerada atualmente o tratamento mais efetivo das obesidades graves. Benedetti (2003) citando Capella e Capella (1996) nos diz que estes autores entendem que os métodos cirúrgicos, apesar de mais invasivos, proporcionam resultados superiores aos dos métodos convencionais (80% ou mais de sucesso) quanto à perda e manutenção de peso. Com isso podemos entender, o porque muitos pacientes a encarem como uma tábua de salvação, e acaba depositando no cirurgião e na cirurgia todas as expectativas de melhora na vida como um todo.

Segundo Garrido Jr (2000), são candidatos ao tratamento cirúrgico pacientes com IMC maior que 40 Kg/m² ou com IMC superior a 35 Kg/m² associados à comorbidades; mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos conservadores de tratamento realizado por profissionais qualificados; avaliação favorável das possibilidades psíquicas para o paciente suportar as transformações de comportamento impostas pela cirurgia. O principal objetivo das cirurgias bariátricas não é a perda ponderal de peso, mas a redução das comorbidades e a melhora na qualidade de vida.

Praticamente não existem critérios de exclusão para a realização da cirurgia bariátrica, mas condições clínicas ou psiquiátricas que contraindicam temporariamente o procedimento, devendo ser manejadas e estabilizadas previamente, diminuindo os riscos cirúrgicos. Dentre esses fatores destacam-se a adição a drogas ou álcool, doença mental, condição clínica grave e qualquer tipo de câncer que não esteja em remissão.

Para alguns pesquisadores, o resultado mais expressivo obtido por meio desse tipo de cirurgia consiste numa perda em torno de 50% do excesso de peso. Por essa razão, a cirurgia de Fobi-Capella é considerada padrão ouro e tornou-se o procedimento mais realizado no tratamento da obesidade mórbida em todo o mundo. (GARRIDO Jr, 2000)

Segundo Garrido Jr (2000), sob o ponto de vista emocional, os pacientes nos primeiros meses após a cirurgia bariátrica apresentam-se com ansiedade, irritabilidade e às vezes depressão, em consequência da supressão do prazer de comer. Esses sintomas tornam-se mais evidentes entre o sexto e oitavo mês do pós-operatório. Ao longo dos anos, observam-se mudanças profundas que implicam conflitos pessoais, em que os pacientes, não mais obesos, têm dificuldades de enfrentar a vida como pessoas comuns.

Para Monteiro (1998), nos três primeiros meses após a cirurgia bariátrica, os pacientes tornam-se autoagressivos, com dificuldades de aceitação de suas novas condições. A partir do terceiro mês, supervalorizam sua autoestima, em consequência do emagrecimento, e alguns

entram num processo maníaco. Após aproximadamente um ano a um ano e meio, ressurgiu a depressão, pois nesse momento o emagrecimento se estabilizou.

2.2 Conceito de Obesidade

Uma vez que a obesidade é um fenômeno complexo, multifacetado, sua compreensão exige a articulação de conhecimentos advindos de diversas áreas de estudo.

No que diz respeito à medicina, pode-se dizer que, mesmo havendo evidências clínicas de obesidade desde a Antiguidade, até o final do século XX poucos foram os trabalhos científicos capazes de levar à sua compreensão. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), deve-se aos trabalhos de Lavoisier e outros, no século XIX, o pioneirismo de mostrar a semelhança existente entre o metabolismo humano e o progresso de combustão lenta, associando a obesidade e a magreza às leis da termodinâmica. A descoberta de que a gordura se acumula nas células levou à ideia de que a obesidade poderia ser causada pelo aumento numérico delas, o que despertou a atenção da medicina. Na virada do século, o interesse pela obesidade intensificou-se, quando as companhias de seguro passaram a fornecer análises que combinavam obesidade com aumento da taxa de mortalidade. Diante disso, o obeso que, em alguns momentos da História, foi considerado saudável e próspero, deixou de ser assim considerado no mundo contemporâneo. Dessa forma, a correlação entre obesidade, complicações orgânicas e mortalidade conferiu ao obeso o *status* de doente, e à obesidade, o de doença que precisa ser tratada.

Dentro de uma visão médica, Monteiro (1998) aponta que para se obter dados mais confiáveis, é necessário conhecer a composição corporal, a quantidade de gordura e como ela se distribui no corpo. Usa-se, 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 ultrassom, condutividade elétrica, tomografia computadorizada, ativação de nêutrons, entre tantos outros.

Embora haja vários critérios possíveis para definir a obesidade, os mais aceitos são os baseados no conceito de ideal de peso em relação à altura, uma vez que seus valores não se alteram drasticamente com a idade e são menos vulneráveis às diferenças culturais.

A obesidade pode ser definida, de forma resumida, como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. No entanto, ela é definida em termos de excesso de peso. A classificação da OMS é utilizada internacionalmente como um descritor validado, associando o índice de massa corporal (IMC), uma medida indireta de gordura corporal, com mortalidade e riscos para a saúde. Segundo Benedetti, em seu livro *De Obeso a Magro – A trajetória psicológica* (2003) é um índice prático, simples e tem valor diagnóstico e prognóstico, pois O aumento IMC pode indicar risco para a saúde e até a morte e sua diminuição corresponde a maior longevidade. Ainda de acordo com a autora a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997) aponta que no caso indivíduos com IMC de 25 a 29,9 kg/m² são classificados como pré-obeso, e aqueles com IMC de 30 a 34,9 kg/m² são classificados de Obesidade Classe I e o risco de comorbidade é classificado como moderado.

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

A obesidade integra o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs). São caracterizados por: doenças com história natural prolongada; múltiplos fatores de risco; interação de fatores etiológicos; especificidade de causa desconhecida; ausência de participação ou participação polêmica de micro-organismos entre os determinantes; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento e prolongado; permanentes manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (SEGAL, 2004).

A partir de 1991, várias sociedades médicas internacionais estabeleceram como critério de recomendação da cirurgia bariátrica o insucesso do tratamento clínico em pacientes com IMC > 40, ou IMC > 35, nos casos de comorbidades graves associadas, com possível reversão com o emagrecimento induzido pela cirurgia. Alguns pontos devem ser acrescidos a essa indicação: 1) a presença de risco cirúrgico aceitável; 2) esclarecimento do paciente quanto ao seguimento de longo prazo e manutenção de terapias dietéticas e suplementação vitamínica durante toda a vida; 3) realização do procedimento por cirurgião habilitado; 4)

possibilidade de avaliação e seguimento com equipe multidisciplinar das áreas clínicas endocrinologia, nutricional, psiquiátrica e psicologia.

2.3 Etiologia da Obesidade

A etiologia da obesidade tem sido estudada há séculos e ainda hoje não existe um consenso quanto aos fatores que a influenciam. Devido a esses fatos e à dificuldade de execução de estudos retrospectivos, ou mesmo prospectivos, muito se questiona sobre a sua etiologia e sobre quais seriam seus principais fatores desencadeantes. Por outro lado, medidas preventivas são essenciais, uma vez que a obesidade passou a ser uma patologia multifatorial e de difícil controle. Fatores ambientais, culturais e/ou comportamentais e psíquicos deverão ser abordados em sua origem, bem como os metabólicos, hormonais e iatrogênicos, dentre outros.

Parece consensual na literatura especializada a ideia de que a origem da obesidade é multifatorial, ou seja, há um grupo de fatores que, interligados, provocariam o surgimento e o desenvolvimento da doença. Como recurso didático de organização dos fatores etiológicos da obesidade, podemos pensar em dois grandes eixos: um associado à fisiologia do indivíduo e outro ligado a qualquer fator que não diga respeito, pelo menos diretamente, à fisiologia, e sim ao estilo de vida ou até mesmo ao jeito de ser da pessoa.

Na literatura científica, os fatores mais comuns são associados a: regulação metabólica do gasto energético; tamanho e número das células adipócitas; alteração endócrina; suscetibilidade genética; contexto sociocultural; consumo alimentar e aspectos psicológicos.

A obesidade é um fator predisponente para vários fatores de risco cardiovascular, incluindo hipertensão arterial, pois o risco de tornar-se hipertenso aumenta 50% em indivíduos com sobrepeso, dislipidemia, resistência à insulina e diabetes e é o principal fator causal modificável de diabetes mellitus do tipo 2, pois o sobrepeso triplica o risco de seu desenvolvimento.

Até mesmo graus menores de sobrepeso podem levar ao desenvolvimento de fatores de risco em indivíduos susceptíveis, que aumentam com o acúmulo progressivo de gordura corporal. Muitos indivíduos tornam-se, assim, gravemente obesos.

Obesidade está ainda associada a outros fatores, que promovem aterogênese, e a numerosas outras doenças, como algumas formas de câncer, doenças respiratórias, calculose biliar, doenças osteoarticulares, além de estar associada a um efeito negativo na saúde reprodutiva. Existe ainda uma considerável morbidez psicológica relacionada à estigmatização do indivíduo obeso, o que favorece o aparecimento de quadros depressivos, leva à diminuição da autoestima e reduz as perspectivas de relacionamento social.

Reconhece-se ainda que uma fração de adultos com obesidade seja resultado de ganho de peso na infância e na adolescência, de modo que o foco de atenção de maneira alguma pode deixar de contemplar ações dirigidas à prevenção do sobrepeso e obesidade em idades mais precoces.

O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é caracterizado por episódios nos quais o indivíduo ingere uma quantidade anormal de alimentos num curto período de tempo. Durante estes episódios, o indivíduo apresenta um descontrole em relação ao tipo de alimento e à quantidade ingerida, associado a uma aflição pelo seu comportamento (DÂMASO, 2009).

O diagnóstico se aplica a indivíduos que apresentam episódios recorrentes, incontroláveis e perturbadores de compulsão alimentar, deve ocorrer ao menos duas vezes por semana, por no mínimo seis meses, porém sem os comportamentos compensatórios, como os observados na bulimia nervosa, para perda de peso. Quadros depressivos e ansiosos estão frequentemente associados a este transtorno. (SEGAL, 2004)

Na medicina, a possibilidade de a obesidade ser um sintoma emocional foi discutida, inicialmente, na literatura francesa no século XIX, quando se atribui o seu desenvolvimento a eventos e períodos de grande estresse emocional.

A Primeira e a Segunda Grandes Guerras colaboraram muito com as primeiras hipóteses sobre o papel de aspectos emocionais no desenvolvimento da obesidade. Pesquisadores observaram que as mulheres, após um longo período de incertezas sobre os destinos dos familiares que serviam na guerra ou a certeza da morte deles, tinham uma tendência a aumentar o peso sem que apenas a ingestão calórica justificasse o fato (LOLI, 2000).

Durante a Segunda Grande Guerra, na França, ocorreram muitos casos de obesidade severa, principalmente em mulheres jovens que tinham sido expostas a bombardeios ou outras pressões. Nos campos de concentração foram observados casos de obesidade severa e de desenvolvimento rápido, em pessoas expostas a períodos longos de inanição (LOLI, 2000).

Axelrud, Gleiser, Fischmann (1999) consideram que a obesidade é uma espécie de proteção contra intimidades, desejos sexuais grotescos e outras manifestações de sentimentos e desejos.

A literatura psicológica sobre a obesidade é vasta para tentar discutir a etiologia da obesidade, entretanto, o que observou Benedetti (2003) é que muitas das discussões giram em torno de outro sintoma, a hiperfagia, e não em torno da origem. A autora considera a compulsão alimentar como produto do hábito (um aprendizado), ou seja, um comportamento que se repete à medida que é reforçada pelas consequências que produz ou como uma forma de defesa psicológica, cuja origem estaria na infância e na relação afetuosa mãe-bebê, no momento em que comida e afeto se combinam.

Entretanto, não podemos apenas levar apenas em consideração o diagnóstico médico, apesar de ser fundamental a ingestão maior que o gasto energético para a constituição do sujeito obeso. Precisamos considerar o sujeito em sua totalidade biopsicossocial e sua interrelação com o meio social, com o orgânico e seu psiquismo. Conforme exposto, o maior desafio para a medicina não é emagrecer o sujeito, pois com ou sem cirurgia este objetivo acontece, mas a manutenção do peso e as consequências psíquicas são imprevisíveis. Estaria a obesidade protegendo o sujeito de um mau maior? Que compulsão é essa que não cede mesmo com a cirurgia, apesar de seu caráter punitivo e mutilador? Será que a obesidade e a escolha pela cirurgia, que tem aumentado gravemente, são ressonâncias do momento da sociedade considerada como pós-moderna e também era do vazio?

2.4 Algumas Considerações sobre a Pós-modernidade

A sociedade contemporânea vem sofrendo uma série de transformações ao longo da história, em decorrência dos avanços na industrialização, nas constantes mudanças na informática, no processo de globalização, entre outras. Todos os teóricos se encontram quando, de uma forma ou de outra, fala de uma sociedade contemporânea marcada por muitas fragmentações, ausência de limites e abundância de paradoxos que influenciam tanto no social quanto no psiquismo humano.

Entendemos que definir pós-modernidade neste momento seria um erro, pois a pós-modernidade ainda não traz um conceito concluído. Alguns autores são otimistas em relação a

ela em virtude dessas ideia de convívio da diferença; outros são pessimistas justamente por isso; outros, ainda, são nostálgicos da ordem que, por meio do ideal racional, pretendia garantir o progresso.

O consumo passa a ocupar o lugar de organizador da vida, de garantia de felicidade, de poder sobre as escolhas para gerenciar a própria vida. O consumo não se baseia na necessidade e nem na utilidade, mas é a garantia de liberdade, pois, quanto mais se consome, mais livre se sente. Por outro lado, o consumo é o reflexo da efemeridade. Assim vale a máxima: Consumo, logo existo.

Hoje, podemos ver a criação de consumidores para os produtos, e não produtos para os consumidores. Bauman (1998) nos alerta sobre a responsabilidade individual das escolhas, baseadas na globalização da vida individual, que contribui para a criação de consumidores. Mas, sendo o poder de compra o critério norteador da sociedade de consumo, aqueles que não podem comprar serão excluídos. O sujeito da sociedade de consumo é o comprador e a impureza que deve ser banida se encontra do lado daqueles que podem consumir.

A obesidade é um problema que se agravou muito na metade do século XX e por isso nos anos 1950, o excesso de peso médio, padronizado e nomeado como obesidade, foi introduzido no Código Internacional de Doenças (CID-10), mas referindo-se à hiperfagia e reconhecido como um problema clínico importante. Este período coincide com os movimentos que marcavam a presença de uma nova ordem social, nomeada por muitos autores como pós-modernidade. Mas, o homem fagocitado pela velocidade da mídia, da informatização e da globalização, ainda sem tempo suficiente para processar tais mudanças em seu psiquismo, cai num desamparo, numa solidão e substitui o ser pelo ter, a ordem e o progresso, pela velocidade e pelo consumo. Assim surgem os obesos – ao mesmo tempo que são consumidores implacáveis, são os fracassados na lógica consumista. Eles alimentam a indústria do consumo quando se propõem a comer tudo até inflar e depois podem consumir dietas, cirurgias e medicamentos para emagrecer. Mas, por outro lado, quando ultrapassam a lógica do consumo, tornando-se a imagem do excesso e da falta de medida, serão os excluídos, os dejetos do campo do consumo. A obesidade então remete a uma violação das regras sociais desta cultura do espetáculo. Cria-se uma nova identidade classificatória para esses consumidores falhos, e a obesidade se torna doença mundialmente conhecida.

Seguindo a sugestão de Bauman (1998) de que cada época constrói suas impurezas, podemos pensar que a ideia de pureza baseada na imagem ditada pela cena social é representada pelos corpos magros, esbeltos, sarados, sendo o homem julgado e classificado de

acordo com sua obediência a essa imagem a ser construída. Sabemos que as sociedades pós-modernas consagram o corpo como emblema de si, isto é, ele revela quem você é: fracassado ou bem-sucedido.

Considerando-se que o critério da pureza é a aptidão de participar do jogo consumista, os obesos são os excluídos, ou a sujeira que precisa ser removida. Os obesos são consumidores falhos, pessoas incapazes de responder aos atrativos do mercado consumidor, porque lhes faltam os recursos requeridos, a liberdade, fluidez, a situação de permanente disponibilidade para qualquer coisa. Mas, se por um lado é preciso evitar o obeso porque ele revela a falha no sistema, por outro, o sistema cria novos produtos somente para o consumo dos obesos.

Dessa maneira, a sociedade de consumo disponibiliza diferentes formas de mercadorias que contribuem para criação e aumento das patologias, entre elas a obesidade, que é tratada como uma doença como a tuberculose que, no século XX, necessitava de isolamento. A obesidade e os obesos seriam a sujeira da sociedade pós-moderna, aqueles que não sabem escolher os alimentos de forma satisfatória e acabam optando por alimentos que levam à obesidade.

No lugar dos sintomas centrados no conflito psíquico, que guardam uma ligação direta com o simbólico, o mal-estar atual evidencia um excesso pulsional que o aparelho psíquico não dá conta de simbolizar, semelhante ao que ocorre na situação traumática. O sujeito-obeso oculta o vazio interior com o excesso de alimentos e transforma o sofrimento psíquico em dor, que se manifesta no peso excludente do corpo.

Essa solução sintomática traz a ilusão de se poder ignorar a realidade, na qual a quantidade de alimentos ingerida ultrapassa em muito a capacidade humana do estômago. E, afinal, qual o destino desses alimentos? Por que ingerir tanta comida?

As mudanças na sociedade contemporânea impulsionaram um novo estilo de vida, sobretudo uma excessiva valorização da imagem influenciada pelo consumismo, pautado pela cultura do espetáculo e do narcisismo, oferecendo infinitas possibilidades de objetos a serem consumidos. Na leitura de Lasch (1983), vivemos em uma cultura do narcisismo; o mundo estaria centrado no eu da individualidade, sendo esta sempre autoreferente. E, de acordo com Debord (1997), soma-se ao narcisismo a exigência do espetáculo como catalisador dos laços. Assim, o sujeito busca sempre a estetização de si mesmo, transformada na finalidade crucial de sua existência. A cultura do narcisismo e a sociedade do espetáculo construíram um modelo de subjetividade em que se silenciam as possibilidades de encontro com o outro e o

respeito a suas marcas defeituosas. O desejo sucumbe à exaltação dos emblemas narcísicos do ego, na demanda de autocentramento e do espetáculo.

A questão do obeso reflete bem a ausência de sentido que caracteriza a sociedade contemporânea, na qual sua imagem perde o vínculo com a própria identidade, com sua referência, ou seja, com sua própria posição subjetiva.

Para Lasch (1983), o narcisismo moderno é patológico, pois o indivíduo contemporâneo se ocupa muito com a imagem que transmite aos outros e até a si mesmo. Preocupado em conseguir a aprovação do outro e a sua própria diante do seu espelho particular, acaba por ignorar o outro e a si próprio. O exibicionismo e o autocentramento ganham destaque, a interioridade cede lugar à exterioridade, a admiração da diferença se torna insuportável.

Seguindo Birman (1999, p.25), “a autoexaltação desmensurada da individualidade do mundo do espetacular fosforescente implica a crescente volatilização da solidariedade”, portanto, essa ideia e vivência de cada um por si impedem o desenvolvimento da alteridade, que poderia possibilitar ao sujeito reconhecer a diferença e a singularidade, e isso contribui para que o sujeito viva permanentemente em um registro especular. O autor nos apresenta o outro como estranho impuro, que não pode ser valorizado em sua particularidade, e sim “serve apenas como instrumento para o incremento da autoimagem, podendo ser eliminado como um dejetto quando não mais servir para essa função” (BIRMAN, 1999, p. 25).

Assim, nos esclarece Jurandir Costa (2003), o Narciso da atualidade não é mais o descrito por Freud, pois hoje não se ama mais a própria imagem, não se tem coragem para contemplá-la; mas, antes, odeia-se a própria imagem, e o corpo precisa ser construído em função do ideal ditado pela moda. O Narciso moderno não é um Narciso, é uma prosaica Moura-Torta. Como a Moura-Torta, ele não ama a imagem de si mesmo, pelo contrário, a odeia, uma vez que está obsessivamente fascinada de forma invejosa pela imagem do outro

A partir desta relação de ódio pelo próprio corpo, surge uma relação de violência, baseada em ódio e inveja do corpo desejado, motor do interesse narcísico presente na sociedade de consumo. Frente a essa situação de exigência de performance de um corpo perfeito, o obeso usa as terapias do corpo e da alma como os meios de evasão de si mesmo. Centrado no corpo ideal, afasta-se de sua história, de sua construção subjetiva, dessa forma, o sujeito se torna puro objeto de gozo do mercado e, no lugar de relações intersubjetivas, surge o consumismo desenfreado e compulsivo.

A pós-modernidade ainda nos traz uma ideia de liberdade caracterizada pela destruição do tempo e do espaço, necessários para a construção da subjetividade, pois é a partir deles que se desenvolve a capacidade de pensamento e seus instrumentos, como crítica e discernimento, para que o sujeito aprenda a lidar com o mundo externo e seus avatares.

Entretanto, os indivíduos hoje, privados desse espaço-temporal, se tornaram o protótipo do sujeito errante, sem raízes, em um processo de desenraizamento, consumista e também narcisista. Recorremos a Giddens (1991) para conceituar errância ou desterritorialização, a qual implica a disposição para promover e vivenciar situações de desencaixes e reencaixes, por meio de mudanças nos lugares da habitação, que leva a uma reconstrução das relações internalizadas nos lugares de origem. Porém, na sociedade pós-moderna de consumo e narcisista, essa errância ocorre a partir dos bens de consumo e não na mudança de lugar/território em busca de trabalho e estudo, com agregação de novos valores. Errância significa a mobilidade atual, ou seja, estar em movimento é não fazer parte de nenhum lugar, ocorrendo uma destemporalização do espaço. (BAUMAN, 1998)

Podemos perceber que na sociedade atual parecem ocorrer mais desencaixes que reencaixes, ou seja, essa ideia permite uma vivência de estar em vários lugares, porém, sem se fixar em nenhum, e sua permanência se vincula à duração da satisfação. Podemos aqui pensar lugares não apenas no sentido de território geográfico, mas podemos pensar o próprio corpo do sujeito como um território, cujo modelo muitas vezes a ser reconstruído pela medicina estética se baseia numa pluralidade de modelos.

Kumar, citando Jencks, revela-nos os paradoxos do pós-moderno:

A era pós-moderna é um tempo de opção incessante... O pluralismo, o “ismo” de nossa época é, ao mesmo tempo, o grande problema e a grande oportunidade: ...a confusão e a ansiedade passam a ser estados dominantes de espírito (KUMAR, 1997, p. 117).

A sociedade pós-moderna vai se delineando pela pluralidade de identidades sociais, balizadas pelas múltiplas referências paradoxais, tendo como marcante o aspecto da descontinuidade e fragmentação. Segundo Harvey, a pós-modernidade pode ser definida pela “total aceitação do efêmero, do fragmentário, do descontínuo e do caótico.” (HARVEY, 1992, p. 49). Assim, torna-se necessário ofertar vários objetos que tentam tamponar a angústia dessa condição de efemeridade, mas, paradoxalmente, o aumento de ofertas de objetos denuncia ainda mais a condição de falta, de carência, de finitude.

Diante dessa multiplicidade de referências, que muitas vezes se apresentam oponentes, Kumar (1997, p.113-118) nos fala de como “a sociedade não tem forma e nem organização, ou qualquer força controladora, nem na economia, na política, na história ou tradição. Mas sim uma condição pós-moderna de fragmentação.”. Numa sociedade marcada por tanta fragmentação, tornam-se crescentes os sentimentos de incerteza, de insatisfações, e neste cenário surge o capitalismo com seus objetos de gozo, que tamponam a falta-a-ser do sujeito, elevando-o à condição de consumidor feliz.

Neste círculo vicioso, quanto mais se consome, mais se torna necessário consumir, e a sociedade acaba saturada de objetos. O vazio das relações impera numa sociedade sem objetivo que vá além do consumo imediato, através do encontro com o nada do objeto, que cumpre a norma do consumo e não da utilização do mesmo para um fim.

Várias são as características que poderiam ser citadas sobre a sociedade pós-moderna, mas acreditamos que para nosso estudo vale ressaltar a fragmentação, a falta de referência, de convívio com a diferença, e o extremo elogio ao consumo como norteadores para a tentativa de entendimento desse vazio queixado pelos obesos mórbidos.

Freud (1912-1913) em Totem e Tabu nos fala do nascimento da cultura, a partir do assassinato do pai da horda primeva frente a um sentimento de inveja da posição que ocupa perante aos demais. Mas o assassinato traz o sentimento de culpa e ocorre uma identificação, que se torna ideal, com esse pai morto que se torna vivo através da construção das normas, que põe freio ao prazer em benefício da realidade, ou seja, o princípio do prazer cede ao princípio da realidade, a pulsão à sublimação. Porém, na sociedade atual, onde a identificação muitas vezes ocorre com os objetos; os bens criados para o consumo e os próprios consumidores se tornam objetos de consumo, assim os objetos passam a fazer eco ao princípio do prazer e o ser humano acaba sendo devorado pelo mercado perverso.

E assim, quanto mais o homem se satisfaz com o consumo, mais insatisfeito ele fica, mais vazio se sente. Quais serão as consequências para o viver do homem dentro deste cenário atual? Vejamos quais os desdobramentos no psiquismo do ser humano e, em especial, do nosso objeto de estudo, os obesos mórbidos.

2.5 Pós-Modernidade e Obesidade Mórbida: encontros e desencontros

A leitura do social constitui-se como um importante passo para a compreensão da subjetividade humana. As estruturas sociais funcionam como o regulador das possibilidades de manifestações da subjetividade, uma vez que permitem os contornos do ser humano, do próprio sujeito. Como aponta Freud (1930), é no seio da sociedade que as possibilidades de felicidade e de sofrimento se concretizam.

De acordo com Enriquez (1991), a cultura acentua certos modos de funcionamento psíquico que são adequados ao sujeito. Ela cria, dentro de sua visão psicodinâmica, um espaço favorável às manifestações estereotipadas do desejo que cada sujeito engendra em seu desenvolvimento libidinal. A cultura fornece os elementos de base que legitimam certos modos de expressão do sujeito. Entretanto, seria um grande equívoco dizer que o sujeito se constitui apenas pela presença da cultura; ele também se constitui pelo biológico e pelas exigências pulsionais.

É inegável, dentro do conhecimento científico, que o social, o mundo comunal, fornece uma grande autonomia ao bem-estar do seres humanos. Entretanto, o desenvolvimento da civilização também se constitui num poderoso impedimento à satisfação das necessidades e dos desejos. Assim, a própria cultura é promotora de mal-estar, de sofrimento humano.

Tal como para a humanidade em geral, também para o indivíduo a vida é difícil de suportar. A civilização de que participa impõe-lhe uma certa quantidade de privações, e outros homens lhe trazem outro tanto de sofrimento, seja apesar dos preceitos de sua civilização, seja por causa das imperfeições dela (FREUD, 1927/1976 p. 27).

Em seu texto *Mal-estar na civilização* (1930), Freud coloca em dúvida a capacidade da civilização, em sua função de satisfazer os desejos, de trazer a felicidade, uma vez que a própria condição de formação do psiquismo é conflitante. Ela ocorre em meio a lutas, a divergências entre forças; de maneira resumida, entre as demandas do sujeito e da sociedade, ou seja, cada sociedade tenta encontrar uma saída para a crise universal da infância e o modo como se depara com esses eventos psíquicos produz uma forma particular de cada um se submeter ou não às exigências sociais.

Todos os seres humanos estão inevitavelmente condenados a renunciar à vontade individual em favor das exigências da vida em comunidade. “A insegurança da vida, que constitui um perigo igual para todos, une hoje os homens numa sociedade” (FREUD, 1927, p. 54), e dessa maneira promove a troca do prazer individual em benefício da civilização. Entretanto, deve-se ser capaz de tolerar esse tipo de prejuízo. Cabe ao homem encontrar uma

satisfação possível entre o desejo individual e os imperativos que a civilização coloca à satisfação habitual das disposições pulsionais dos seres humanos.

Seguindo esse raciocínio, uma vez que o processo de desenvolvimento psíquico está estritamente ligado ao desenvolvimento cultural, e se a felicidade está ligada ao desenvolvimento cultural é, também, o objetivo da vida, podemos perceber que mais uma vez o sujeito se encontra em meio a um conflito. Conflito entre as suas disposições pulsionais e a força da realidade, que impõem ao sujeito severas renúncias à satisfação de seu desejo.

Portanto, a cultura é, ao mesmo tempo, uma importante aquisição humana em seu processo de evolução e, também, a mais severa restrição à satisfação de seus desejos. Por isso, Freud (1927) considera a cultura como tributária do sofrimento das subjetividades.

Podemos agora tentar uma articulação com o conceito de desamparo para a psicanálise. Desamparo é um conceito caro para Freud e pode ser considerado o ponto de partida e de chegada no construto teórico da psicanálise, por fazer parte da condição inerente ao ser humano, ou seja, sua condição de fragilidade coloca-o na dependência do Outro. Freud, no texto *Mal-estar na civilização* (1930), funda toda a noção de desamparo. Assim, o sujeito se vê diante de pelo menos dois caminhos: de um lado, dá condição para luta, para o crescimento; e, de outro, pode estacioná-lo, paralisá-lo, aprisioná-lo, enfraquecê-lo de recursos internos. E Freud, em 1926, no texto *Inibições, sintomas e ansiedade* coloca no centro do desamparo a seguinte definição: “A ansiedade (*Angst*) tem inegável relação com a expectativa: é ansiedade por algo. Tem qualidade de indefinição e falta de objeto” (FREUD, 1926 p. 190), que pode surgir em situações que a vida coloca em xeque nossa relação com o mundo.

Freud, em *O futuro de uma ilusão* (1927), nos fala das formas substitutivas que o ser humano busca para se proteger, mesmo que seja pela ilusão, como a arte, a religião. E traz a ciência como a possibilidade da libertação de uma possível alienação nas duas primeiras. Entretanto, no mundo contemporâneo, pelo menos no que diz respeito à obesidade mórbida, não temos – ou temos em um grau pouco significativo – as três formas como proteção, mas sim como contribuição para o aumento do desamparo e o sentimento de vazio que domina a cena da vida dessas pessoas.

A contemporaneidade tornou o bem-estar uma paixão universal, quando o ser humano, diante da vivência do desamparo, opta pelo segundo caminho, aprisionar-se ao outro, o que o enfraquece. A promoção do gozo que invade a vida cotidiana parece desmentir Freud (1927), que afirma ser a felicidade um projeto não cogitado pela criação. Se pensarmos no significado

da palavra paixão, segundo o Dicionário *Houaiss da Língua Portuguesa* (2001, p.2105), “grande sofrimento, martírio, sentimento intensos a ponto de ofuscar a razão, hábito ou vício dominador”, percebemos que o pensamento de Freud não foi desmentido. Porém, a felicidade parece habitar no bem-estar e, em especial, dentro do nosso objeto de estudo, bem-estar no corpo: magro, esbelto, perfeito e definido pelo consumo. O bem-estar que promove a felicidade está à venda, é agenciado pelo consumo.

O homem contemporâneo vive em um estado de desamparo, mas aqui não pensado no sentido freudiano de estruturante da subjetividade, mas como sinônimo de desproteção, solidão. O homem, sendo o único responsável pelo seu sucesso e torna-se, assim, vulnerável a medos, frustrações, ansiedade e, sem amparo psíquico interno, volta-se para a ilusão do consumo, como uma tentativa de defesa a tantos estímulos, que acaba por contribuir para as chamadas patologias do vazio.

Gilles Lipovetsky (2007) denomina a sociedade contemporânea como sendo a era do hiperconsumo, da hipermaterialidade, que busca cada vez mais a materialidade na exterioridade. Segundo o autor, a alegria foi redescoberta pelo homem atual, através do culto às sensações imediatas, aos prazeres do corpo e dos sentidos, às volúpias do presente. A sociedade do hiperconsumo se organiza em nome de uma felicidade chamada paradoxal. As receitas de felicidade espalham-se em todas as áreas da alimentação, do amor, da comunicação, da educação e na própria produção de sentido para a palavra felicidade.

A sociedade do hiperconsumo cria o super-humano, que tem como perfil a preocupação com o desempenho e com os prazeres dos sentidos. Isso gera situações complexas e conflitantes, devido à pressão que ele sofre para se superar e sentir-se bem o tempo todo, o que o acaba promovendo a medicalização do corpo e das sensações.

O corpo foi capturado e aprisionado pela sociedade de hiperconsumo e as formas substitutivas de proteção foram aprisionadas pela sociedade de hiperconsumo. O culto ao corpo, que atende a essa sociedade, tornou-se uma religião, mais alienante e impiedosa que as religiões da Antiguidade e da Idade Média. A arte passa a atender à beleza e à criação de um modelo de corpo fugaz, efêmero e mutante e, como se não bastasse, abençoado pela medicina estética, com as infinitas possibilidades de tratamento que visam à beleza externa.

A sociedade contemporânea, ao valorizar a magreza, criou a lipofobia, como foi denominada por Fischler (1995), e que está diretamente associada a uma obsessão pela magreza, sua rejeição quase maníaca a obesidade. Dessa maneira, impõe-se aos indivíduos o

que Morgan e Azevedo (1998) chamam de uma pressão cultural para emagrecer, gerando um pavor doentio de engordar.

O controle do corpo se tornou uma questão de etiqueta social, regra de boas maneiras, por ser entendido como símbolo de felicidade, uma vez que a mídia impõe a certeza de que a pessoa em boa forma física terá garantido sucesso pessoal, profissional, amoroso.

Podemos usar a metáfora de Bauman (1998) como um recurso analógico para compreender a situação do obeso na sociedade contemporânea, complementando as ideias até agora apresentadas. Vagabundo é entendido como aquele que é empurrado pelas forças e incertezas da sociedade contemporânea, mesmo que não queira se mover ou então que não possua as ferramentas necessárias para se mover quando deseja:

Esses são os vagabundos, escuras luas errantes que refletem o brilho luminoso do sol, dos turistas e seguindo placidamente a órbita dos planetas: são os mutantes da evolução pós-moderna, os rejeitos monstruosos da admirável espécie nova. Os vagabundos são o refúgio de um mundo que se dedica ao serviço dos turistas (BAUMAN, 1998, p. 17).

Intoxicado por produtos, por modelagens, o homem vai seguindo, ou melhor, vagando, por entre ruas, casas, bananeiras. Eta vida besta, meu Deus!, como no poema Cidadezinha qualquer, de Carlos Drummond de Andrade. Nesse caminhar, a busca pelo corpo perfeito, que traria a garantia da felicidade, passa ser a moeda de troca com os especialistas do saber. Entretanto, “a atitude estética em relação ao objetivo da vida oferece muito pouca proteção contra a ameaça do sofrimento, embora possa compensá-lo bastante” (FREUD, 1930, p. 102).

Em vão, aumentam o peso das frustrações, da dor, da humilhação, não percebendo ou ignorando que “qualquer escolha levada a um extremo condena o indivíduo a perigos, que surgem caso uma técnica de viver escolhida como exclusividade se mostre inadequada” (FREUD, 1930, p. 103).

E, neste cenário, encontramos os obesos mórbidos que, em seus discursos conscientes, quase reproduzem a frase de Freud. Contudo, assoreados pela mídia, pela medicina estética e pela sua própria voracidade partem em busca de produtos, os tratamentos alternativos, arriscando ainda mais a vida que já se encontra em situação de risco. Veremos a seguir como ocorre o uso da tecnologia nesta busca de se livrar da obesidade.

2.6 O Excesso de Manipulação Técnica e a Obesidade

O corpo tem passado por uma série de transformações ao longo da história da humanidade. A visão histórica do corpo traz o acúmulo de impressões, de gestos e de produção dos diferentes modos de fazer e de sentir. Ela começa com o mundo dos sentidos e dos meios, os estados físicos, um mundo que varia com as condições materiais, os modos de habitar, impondo diferentes modos de experimentar o sensível e de utilizá-lo, porém, um mundo que varia também com a cultura.

Mauss (1974) soube mostrar como nossos gestos mais naturais são fabricados pelas normas coletivas, pelos modos de andar, de jogar, de gerar, de falar, de comer, de dormir. Para o autor, o corpo de diferentes formas de sociabilidade espelha a vida social de uma comunidade. À medida que o ser humano foi abandonando a crença de ter a vida e a morte determinadas pela vontade dos deuses, foi construindo novos saberes ligados à condição humana e condicionados ao desenvolvimento do conhecimento e da técnica.

Na modernidade, o controle do corpo era baseado numa lógica organicista, que visava à análise, a dissecação do ser humano. A medicina transformou-se no principal guia de leitura do corpo e da doença, uma vez que a ciência médica se elaborou no seio da sociedade e como resposta a seus questionamentos, e não num universo subtraído da realidade. O esforço para vencer a doença e adiar a morte exercia sobre o médico uma demanda social de cuidados e de cura. Na tentativa de aumentar a população para o poder militar e econômico, os soberanos absolutos se interessavam pela saúde do povo. Assim, ocorre um apoio às profissões de saúde, à promoção da higiene e aos médicos cientistas. Movimento científico e organização institucional se conjugam para dar à observação um lugar de destaque na medicina e iniciar um movimento sem fim no qual o corpo era explorado e analisado de maneira cada vez mais fina e mais aprofundada.

O século XX saúda o direito à saúde, ampliando a ideia de assistência médica. A medicina ocidental, além de ser o principal recurso em caso de vida, passa a promulgar as regras de comportamento, com a apropriação do corpo, exposto e explorado em suas profundezas, acabando por aprisioná-lo ao cotidiano de uma rede de recomendações.

Georges Canguilhem, um epistemólogo dos tempos modernos, em sua tese de 1943 sobre O Normal e o Patológico, diz que a enfermidade não é no fundo uma prova que visa testar e reforçar as defesas do organismo. A doença não é um estigma; ela caracteriza de certo modo o ser vivo. A palavra chave do século XVII era a felicidade; a do século XIX, a liberdade, e a do século XX, a saúde. A saúde passou a ser a verdade e também a utopia do

corpo. No século XX, o exibicionismo da doença não é mais admissível. O corpo é o lugar em que a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde (COURTINE, 2008).

Segundo Jurandir Freire Costa (2003), a partir do século XIX, desenvolveram-se novas formas de constituição da identidade, trazendo para o primeiro plano o corpo – elemento da cultura que fora até então negligenciado, devido a uma permanente e inquestionável antinomia entre mente X corpo, que fundamentava toda racionalidade desde a Antiguidade Clássica e reiterada pela sistematização do método científico.

Na atualidade, os atributos físicos ganham destaque, ao contrário do que acontecia na moral sentimental burguesa, na qual a identidade se construía a partir da identificação por atitudes comuns ao grupo de nascimento e pelo disciplinamento do corpo (que era tomado como a parte desprezível do ser) em prol do aprimoramento sentimental. Segundo o autor, a virada somática, ou seja, o processo segundo o qual o corpo transita de uma posição marginal para ganhar força e evidência, deu-se em função de um remapeamento cognitivo e, sobretudo, em função da invasão da nossa cultura pela moral do espetáculo.

A partir do Projeto Genoma Humano, em 1997, os corpos são expostos coletivamente à investigação científica na intimidade de seus sofrimentos e na publicidade de suas genealogias. A genética transformou, ou contribuiu para transformar, o olhar sobre o corpo que se torna um rascunho, o corpo digitalizado e programado do homem universal, corpo sofredor e exposto. (LE BRETON, 1983)

O diagnóstico passa a ser realizado quando o indivíduo goza de boa saúde e anuncia o caráter imutável de uma doença que vai aparecer mais tarde. Viver com uma doença ganha um sentido diferente quando ela é representada na cena do genoma: a identificação com a doença e a todo um destino familiar produz um duplo no corpo. O corpo do enfermo não se torna o lugar onde se projeta a futura doença.

O corpo que já pertenceu aos deuses, à medicina que reconheceu a doença, ao estado que ditava as normas visando à maior produtividade, passa a pertencer aos diagnósticos, tornando-se apenas um rascunho da tecnologia (LE BRETON, 1983).

Na cultura contemporânea, marcada por imperativos como competição e consumismo, o corpo é construído no individualismo, é um corpo-mercadoria, corpo-aparência, corpo-ferramenta, corpo-consumidor, cuja função é a promoção social, desde que seja marca de saúde, por ser magro, esbelto, elegante. Prova disso é a explosão de revistas, clínicas e sites que dão conselhos sobre a moda, a alimentação, a beleza, a estética. Essa explosão publicitária não deixa de ser uma expressão da sociedade de consumo, que contribui para criar

e fomentar esses novos hábitos. E é aqui, no presente, no calor dos acontecimentos, que as coisas devem e precisam ser tratadas, surgindo à necessidade dos especialistas para resolver os problemas do momento.

Pode-se dizer que a pós-modernidade é a era dos especialistas, dos guias de casamento, dos livros de autoajuda, é a “era do surto de aconselhamento” (BAUMAN, 1998). A incerteza de estilo pós-moderno não gera a procura pela religião, e sim dos especialistas em identidade. Os homens e mulheres precisam da reafirmação de que podem fazer e de como fazer.

Valendo-se dos especialistas da moda, da estética e da ciência, o cuidar do corpo ultrapassa a higiene e o gosto pessoal e assume importância central na vida privada, o que traz consequências na subjetividade das pessoas, pois, o cuidar do corpo não é para si e tem como objetivo sua exibição em uma aparência de bem-estar, de realização pessoal, de identidade.

O excesso da valorização do corpo em muito contribuiu para o abuso de manipulação da imagem, seja pela estética, com inúmeras técnicas de massagens, seja pelas cirurgias estéticas de correção do corpo. Inclui-se, neste último caso, o aumento de cirurgias de redução de estômago, não porque todos os recursos já foram abordados, mas puramente por uma necessidade de resposta a uma demanda por um corpo magro, esbelto e sem muito trabalho, em tempo mais rápido.

Dessa maneira, até negligenciando os benefícios da ciência, as cirurgias tornam-se mercadorias, e este fato nos leva a pensar que os obesos mórbidos se tornam pessoas condenadas a consumir em excesso, e assim obedecem a lógica do capitalismo. A cirurgia dentro deste contexto se propõe a solucionar a problemática multifatorial da obesidade, acaba por ignorar a constituição psíquica antes e após o ato cirúrgico; “o corpo deixa de ser o lugar do sujeito e torna-se um objeto de seu ambiente” (LE BRETON, 2003, p. 52).

Assim, na sociedade contemporânea não encontramos o homem se valendo da ciência, da arte e da religião com o mesmo objetivo, que lhe garantiriam uma inserção no coletivo, na cultura. Em seu texto *O mal-estar na civilização*, Freud cita Goethe: “Aquele que tem ciência e arte tem também religião; o que não tem nenhuma delas, que tenha religião” (FREUD, 1930, p. 93), referindo-se à relação da religião com a arte e a ciência, como formas de o homem se defender e proteger das adversidades da vida externa e do mundo interno. Freud ainda lembra que esses substitutos contribuem para o caminho do homem em direção à felicidade e sua inserção no coletivo, na cultura. A satisfação circula diante do próprio sujeito, tendo como referencial a conquista do corpo perfeito. Assim, arte, religião e ciência

perdem o objetivo de transcendência, se fecham num único circuito pulsional, sendo o corpo um rascunho a ser modificado.

Inúmeras são as obras de arte que representam o corpo via objetos, como a exposição de Vik Muniz, realizada em Belo Horizonte, no período de 21 de agosto de 2009 a 2 de novembro de 2009, no Museu Inimá de Paula. Nela, os corpos são criados a partir de objetos, objetos-sucatas e objetos da culinária e, independentemente de toda a originalidade e delicadeza das obras, não podemos deixar de perceber o corpo-objeto representado por objetos.

Todo esse excesso de manipulação do e no corpo tem como ponto de ancoragem a garantia da felicidade, sem o adiamento de qualquer satisfação. Tudo pode acontecer e ser modificado, como nos lembra um quadro do programa dito humorístico apresentando pela Rede Globo aos sábados, à noite, no qual a personagem termina falando: “Mas tô pagando!” Pagando o quê e a quem?

Freud nos fala do perigo do excesso, “quando qualquer situação desejada pelo princípio do prazer se prolonga, ela produz tão-somente um sentimento de contentamento muito tênue.” (FREUD, 1930, p.95). E, ainda, ao citar Goethe, adverte-nos que “nada é tão difícil de suportar que uma sucessão de dias belos” (FREUD, 1930, p. 95). O sofrimento sempre nos ameaçará, mas na contemporaneidade há uma tentativa de tamponamento do sofrimento humano, via consumo de objetos, e este se silencia diante da última e revolucionária novidade do mercado.

Segundo Lefevre , a saúde pode ser entendida como “uma mercadoria que incorpora nela própria a saúde como valor reificado, cuja compra pelo consumidor implica que possa tomar posse da coisa saudável a ele vendida” (LEFEVRE, 2009, p. 46), no caso dos obesos mórbidos, a ilusão do emagrecimento sem comprometimento. Ilusão, pois a cirurgia é uma forma de dieta radical e permanente. Considerando que dieta tem tempo limitado, pois o próprio organismo não suporta por muito tempo, basta pensarmos nos períodos de algum tipo de enfermidade que fomos obrigados a nos submeter a algum de restrição alimentar. Quais as consequências deste ato na subjetividade do sujeito?

Acreditamos que são inúmeras as contribuições da medicina, da sociologia e da antropologia, mas se torna fundamental articularmos todos esses saberes ao saber do sujeito, e, para tanto, abordaremos a obesidade mórbida à luz da psicanálise.

3 A OBESIDADE E O SUJEITO

3.1 Corpo em Psicanálise

Para este estudo, pretendemos nos deter no peso da obesidade mórbida que se apossa do corpo do sujeito e, para tanto, defrontamo-nos com vários corpos: o biológico, o filosófico, o histórico, o estético, o religioso, o social, o antropológico e, certamente, o psicanalítico. É justamente este último, abordado pelo instrumental teórico-clínico da psicanálise, que nos interessa.

Como sabemos, Freud sempre levou em conta o corpo e sua diversidade expressiva. Teve também a constante preocupação em se ater ao que é fornecido pelos materiais psíquicos para avançar na construção de suas hipóteses, sem perder de vista as fronteiras epistemológicas que ele começava a traçar com a biologia de sua época. Freud claramente buscou distanciar-se da biologia para criar a psicanálise. Assim, a teoria freudiana permite colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente.

Freud nunca se afastou da biologia, não buscando uma determinação biológica do psiquismo nem os mecanismos experimentais mensuráveis. Buscou, sim, as leis e esquemas gerais do funcionamento do sistema nervoso, que lhe serviram de modelo para a criação da metapsicologia, e deixa claro que sua preocupação era não deixar os termos e os pontos de vista biológicos dominarem a pesquisa psicanalítica, mesmo quando utilizava metáforas da biologia. Para nomear suas descobertas psicanalíticas, Freud valia-se na linguagem de sua formação médica, assim como da física da época.

No entanto, ao se deparar com os sintomas de suas pacientes histéricas, Freud percebeu que as manifestações dessas doenças não decorriam da realidade biológica do corpo, mas constituíam o material de uma narração visual, em que a imagem é erigida como testemunho de um sofrimento diferente do sofrimento de um corpo doente, o que aponta para o sofrimento psíquico. Do trabalho clínico de Freud com as histéricas surge ainda de uma forma incipiente, o corpo psicanalítico – marcado pelo desejo inconsciente, sexual e atravessado pela linguagem –, que se contrapõe ao corpo biológico – constituído pelos órgãos e sistemas funcionais, o organismo físico. O corpo da psicanálise, que evidencia a

sexualidade, traz à tona, posteriormente, uma lógica dada pelo erotismo e regulada pelo desejo.

As idéias de Freud contribuem para pensarmos a obesidade mórbida como expressão de um sofrimento psíquico, desvinculando-se das idéias predominantes: a relação da obesidade com a metáfora de riqueza e poder; a ideia de obesidade, devido à dificuldade motora que lhe acomete, como sinônimo de preguiça, lentidão, desvio de caráter. Para a medicina, a obesidade é definida como correspondente a um corpo com $IMC > 30.0 \text{ kg/m}^2$, uma doença resultado da falta de equilíbrio em consumo e gasto calórico. E, finalmente, a ideia da sociedade contemporânea da obesidade relacionada aos indivíduos desviantes das normas do consumismo e da estética que difundem garantia de sucesso vinculado à magreza. Então, a obesidade mórbida, no enfoque psicanalítico, é investigada em sua relação com uma rede conceitual na qual as definições de pulsão, função materna e corpo ocupam um lugar fundamental, não se restringindo à ocorrência de um corpo obeso concreto definido pelos padrões objetivos da medicina. Segundo Ceccarelli, em seu texto “Os destinos do corpo”, a especificidade de cada sintoma, o que o particulariza, e não havendo a possibilidade de generalização, “é particularidade das representações e das significações através das quais, e nas quais, o sujeito se manifesta.” (CECCARELLI, 2007, p.133)

Diante do exposto, podemos perceber que os conceitos de obesidade, ao longo da história da humanidade, não são suficientes para compreendermos o que se passa com esses sujeitos que sofrem pelo excesso de gordura e não conseguem se livrar de tamanho incômodo. Resta-nos, portanto, concluir que precisaremos lançar mão da teoria freudiana no que diz respeito à construção do corpo e, conseqüentemente, do sujeito em psicanálise. Vejamos o que Freud nos ensina ao longo de sua obra.

A investigação da sexualidade infantil passa a ter um papel significativo na trajetória freudiana quando Freud constata que não poderia mais ignorar a existência de uma vida sexual das crianças, ao perceber que “as crianças são capazes de todas as atividades sexuais psíquicas e também de muitas atividades somáticas” (FREUD, 1898, p. 266). A sexualidade em Freud tem uma multiplicidade de significados e não um sentido único e, além da ordem do corpo biológico, tem também um sentido de linguagem. Birman (1999) afirma que, em Freud, a sexualidade se inscreve na fantasia, sendo este o campo do erotismo, em que a fantasia é a matéria-prima da sexualidade. A fantasia se materializa no registro do corpo, mas ultrapassa esse registro e é marcada pelas pulsões. Quando Freud revê sua teoria da sedução,

abandonando a noção de trauma real, ele desloca o erotismo para a fantasia, e assim inaugura outra visão da sexualidade.

Freud prossegue suas investigações atendo-se ao estudo da sexualidade infantil e, como resultado, tem-se a publicação, em 1905, do trabalho *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, no qual se propõe a reconstrução da pré-história da sexualidade e as vicissitudes a que ela foi submetida. Ele vai além e promove uma revolução, ao afirmar a existência da sexualidade infantil, dizendo que as crianças – e não só os adultos – seriam sexualizadas, na medida em que também seriam permeadas pelas pulsões sexuais. Nesse texto, é introduzida a palavra *libido* para designar a pulsão sexual. “No vocabulário comum não existe um termo correspondente a fome para designar a necessidade sexual; a ciência, porém, usa a palavra *libido* para esse fim” (FREUD, 1905, p. 135). Freud afirma que a sexualidade se faz presente desde a infância e não apenas a partir da adolescência.

Freud, ainda neste artigo, retoma o uso do termo *autoerotismo*, já utilizado para designar o estrato sexual mais primitivo (1899), que age com independência de qualquer fim psicosexual, exigindo somente sensações locais de satisfação. Agora, o termo é usado para caracterizar um estado original da sexualidade infantil, anterior ao do narcisismo, no qual a pulsão sexual, ligada a um órgão ou à excitação de uma zona erógena, encontra satisfação sem recorrer a um objeto. Essa independência em relação ao objeto é que vai mostrar o caráter contingente do objeto da pulsão sexual e distinguir a pulsão sexual do instinto.

Com a noção de zonas erógenas e a de relação de objeto, Freud (1905) desenvolveu seu conceito de organização da libido, no qual o corpo sexual é o corpo infantil seduzido e apossado pela pulsão. A concepção de *autoerotismo* se identifica, assim, com o prazer retirado da manipulação do órgão (boca, língua, mucosa anal etc.) e revela a dimensão do sexual centrada no indivíduo. Isso quer dizer que numa mesma região do corpo a fonte e o objeto da satisfação estariam presentes e se fundiriam.

As zonas erógenas são lugares privilegiados onde se estabelecem as relações entre o dentro e o fora do corpo. Como coloca Freud (1905, p.187), a zona erógena é “uma parte da pele ou membrana mucosa em que os estímulos de determinada espécie evocam uma sensação de prazer possuidora de uma qualidade particular”. Prazer este que percebemos nos obesos, quando a ingestão do alimento não diz respeito ao alimento (sabor, gosto, consistência), mas da pulsão que se encontra fixada no prazer oral como forma de satisfação.

Nesta fase, a criança vivencia a experiência de um corpo e de um ego fragmentado, incompleto, desorganizado, “um estado anárquico da sexualidade no qual as pulsões parciais

estão ligadas ao funcionamento de um órgão ou à excitação de uma zona erógena, sem qualquer referência a uma imagem unificada do corpo ou do ego” (GARCIA-ROZA, 1991, p. 200).

O corpo é marcado, mapeado em zonas erógenas, por ação de outro, a mãe. A criança seduzida pela mãe é introduzida na sexualidade através da erogeneização de seu corpo. Essa relação que o bebê exige da mãe não se deve apenas à sua prematuridade e dependência que caracteriza o ser humano ao nascer, mas é decorrente da condição humana, que é a de se fazer humano através de outro humano. Não se trata apenas de uma sobrevivência biológica, é também uma sobrevivência psíquica, pois dela o ego não pode escapar, sob a condição de não existir.

Com o estudo das perversões, Freud pôde discutir a plasticidade da sexualidade que convive com diversas tendências perversas, as quais se originam de zonas erógenas presentes em todo ser humano. Essas zonas são erotizadas na infância, a partir de experiências de excitação provenientes do adulto durante os cuidados com a alimentação, higiene e nas brincadeiras. Estamos falando de algo de que nenhum ser humano escapa: a sedução dos cuidados maternos. A perversão do corpo infantil é o efeito do investimento libidinal da mãe no corpo da criança. Em função deste investimento e das fantasias, instaura-se a perversão no corpo infantil. Neste momento teórico, Freud postula que tais cuidados poderiam ser considerados aquilo que introduz a sexualidade na criança. Ela se evidencia, preferencialmente, nas zonas erógenas, nesta possibilidade polimorfa perversa característica da sexualidade infantil.

A relação de uma criança com quem quer que seja responsável por seu cuidado proporciona-lhe uma fonte infindável de excitação sexual e de satisfação de suas zonas erógenas. Isso é especialmente verdadeiro, já que a pessoa que cuida dela, que, afinal de contas, em geral é a mãe, olha-a com sentimentos que se originam de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija-a, embala-a e muito claramente a trata como um substituto de um objeto sexual completo (FREUD, 1905/ 1976, p.229-230).

É com o texto de 1914, Sobre o narcisismo: uma introdução, que o ego toma corpo na teoria psicanalítica freudiana. As pulsões autoeróticas que existiam de modo anárquico e sem objeto específico se dirigem ao próprio ego, que se coloca como objeto da libido narcísica. Com o conceito do narcisismo, foi o ego que ganhou a importância e a dimensão que ainda não lhe haviam sido atribuídas. O narcisismo, definido como um amor por si mesmo, um investimento libidinal em si mesmo e decorrente do investimento libidinal do ego, é inseparável da própria constituição deste.

Freud (1914) nos mostra que o ego possui uma natureza dupla, uma espécie de assimetria que vai se constituir na presença do outro, isto é, a unificação do corpo pelo olhar do outro seria constitutiva do ego. Contudo, esse olhar seria o olhar idealizante dos pais, na medida em que o narcisismo destes fica evidenciado diante de seu filho. Os pais esperam que essa criança possa ser e fazer todas as coisas que eles mesmos, pais, não puderam realizar. O ego da criança seria, então, uma espécie de utopia redentora das decepções e feridas narcísicas parentais, uma vez que estaria realizando tudo aquilo que não foi realizado na existência dos pais.

Freud diz que esta imagem perfeita da criança é a que o olhar dos pais mostra, ou seja, uma reprodução do narcisismo dos próprios pais. Esse ego do sujeito seria, na medida em que esse olhar dos pais é um olhar idealizante, proveniente de seu próprio narcisismo, um eu alienado e produto da ficção. Logo, o narcisismo infantil é contemporâneo da constituição do ego.

A constituição deste eu efetiva-se com o concurso da revivescência do narcisismo dos pais que atribuem ao filho todas as perfeições, além de concederem a eles privilégios que eles próprios foram obrigados a abandonar. O eu que surge da confluência da imagem unificada que a criança faz do seu próprio corpo e dessa revivescência do narcisismo paterno é o eu ideal, que corresponde ao narcisismo primário (GARCIA-ROZA, 1995, p. 48).

Com a introdução do conceito de narcisismo e a extensão da erogeneidade a todo o corpo, esse de autoerótico passa a ser pensado como corpo narcísico, o que prepara o terreno para dois movimentos importantes na evolução da teoria freudiana e fundamental para tentarmos compreender a complexidade do sujeito obeso em sua relação parental.

No texto, *Os instintos e suas vicissitudes* (1915) Freud esclarece, antes de tudo, que entende por destinos da pulsão os diversos modos de defesa contra as pulsões, a fim de impedir sua ação de forma direta, ou melhor, uma forma de organizar o fracasso da satisfação. Alguns fins mais frequentes são: sublimação, o recalque, a reversão ao oposto e o retorno em direção ao ego do indivíduo, sendo este o que mais contribuirá ao nosso estudo. Ao discutir a reversão da pulsão a seu oposto, Freud postulou que o narcisismo seria a fase precoce do desenvolvimento do ego. Este narcisismo não seria mais anobjetal, ele teria objetos: o próprio corpo e a organização narcísica do ego marcariam os destinos da pulsão. Esta organização egóica se faria por uma identificação com outro ego (mãe), estando o próprio corpo implicado nesse processo. Conforme nos mostra Garcia-Roza (1988, p. 210-211), citando Lacan, “qual

é, pois, esse Outro a quem sou mais ligado que a mim mesmo, visto que no seio mais consentido de minha identidade a mim mesmo, é ele que me agita.”

Em Além do princípio de prazer (1920), Freud já havia introduzido o conceito de pulsão de morte e de masoquismo, fundando a corporeidade também no registro da dor, do trauma e da angústia. Ele postula a grande oposição que iria sustentar até o fim de sua vida, a contraposição entre a pulsão de vida e de morte. De acordo com Laplanche e Pontalis (1983, p.537), “as pulsões de vida tendem não apenas a conservar as unidades vitais existentes, como a substituir, a partir destas, unidades mais englobantes”, e as pulsões de morte “tendem para a destruição das unidades vitais, para a igualização radical das tensões e para o retorno ao estado inorgânico que se supõe ser o estado de repouso absoluto.”

A partir de 1920, com o artigo Além do princípio do prazer, Freud elaborou a sua segunda e definitiva teoria do aparelho psíquico. O ego, que inicialmente foi pensado com tendendo a uma unidade que funcionava proporcionando à pessoa estabilidade e identidade, agora aparece com a sua maior parte inconsciente, mas ao perceber que o ego manifestava igualmente resistências que lhe eram próprias à tomada da consciência do reprimido. Isso levou à conclusão de que uma parte do ego também era inconsciente, no sentido dinâmico, e assim o ego pode transformar em ação a vontade do id, como se fosse a sua própria vontade. Desta forma, estabelece uma colaboração entre pulsões do id e o ego e, finalmente, a transformação de um impulso do id, que seria egodistônico, num impulso egossintônico. Como exemplo, temos o comer excessivo do obeso, um prazer que lhe custa muito caro e leva a um sintoma egossintônico, razão pela qual fica difícil o tratamento. “Comida é veneno que faz adoecer” (FREUD, 1933, p.151), e mais “(...) quando o impulso substitutivo é levado a efeito, não há qualquer sensação de prazer; sua realização apresenta, ao contrário, a qualidade de uma compulsão” (FREUD, 1926, p. 116).

Dessa forma, fica difícil, e quase impensável, para os obesos, questionar o comer excessivo, principalmente por afirmarem que gostam de comer e que, sem o alimento, vão adoecer e até morrer. Assim sendo, segundo Nadvorny (2006):

A manifestação de um desejo libidinal do id alcança o ego: este, em princípio, gostaria de satisfazê-lo, porém, se o superego considerar esse desejo imoral, proíbe sua realização e ordena que se oponha a esse desejo do id. Por outro lado, o superego não interfere quando se trata de satisfazer um desejo correspondente a uma necessidade vital (NADVORNY, 2006, p. 103).

Podemos perceber como nos obesos mórbidos a pulsão de morte se faz muito presente: o excesso de alimento ataca o próprio organismo. Será essa uma tentativa de busca aos estados primitivos, ao Nirvana?

A teorização da pulsão de morte surgiu a partir da observação da compulsão à repetição, que é de origem inconsciente e que leva o sujeito a se colocar reiteradamente em situações dolorosas. Freud relacionou-a igualmente com a tendência destrutiva e autodestrutiva identificadas nos seus estudos sobre o masoquismo, o que resultou na teoria freudiana de que existe uma pulsão cuja finalidade é “o retorno à quiescência do mundo inorgânico” (FREUD, 1920, p. 73).

A segunda tópica abre espaço para pensarmos a compulsão dos obesos, além de sua relação com o masoquismo e sadismo, e para questionarmos o além do princípio do prazer evidenciado na dificuldade de sair desse circuito mortífero. A alimentação, que poderia estar a serviço da vida, nos mostra no comer excessivo, ao ultrapassar a necessidade orgânica e indo além do prazer, sua submissão à pulsão de morte. Mas a ação da pulsão de morte não se limita ao comer e, muitas vezes, estendem seu poder na forma buscada nos tratamentos. Ocorre uma compulsão nas constantes trocas de tratamento, na contagem de calorias dos alimentos, ou seja, mesmo quando não se come, a comida continua compulsivamente a ocupar o pensamento do obeso. Falhando a dieta, vem a ideia da cirurgia como único recurso possível para barrar o comer excessivo, mas como o que precisa ser barrado é esse poder destruidor da pulsão, tal tentativa pode redundar em novos e irrecuperáveis sofrimentos tanto físicos como psíquicos.

Nesse comer compulsivo, assim como ocorre nas toxicomanias, a autodestruição se faz presente, com um aumento considerável da força do id e, ao mesmo tempo, a diminuição da força do ego. A compulsão alimentar pode se manifestar apropriando-se do lado social da comida, numa monótona repetição de fatos: a reunião com os amigos, o beber, conversar, comer, comer, rir do próprio peso, ser censurado pelo excesso de comida e, por fim, dar boas gargalhadas. Freud (1940), em Esboço de psicanálise, nos diz:

Existem alguns neuróticos em quem, a julgar por todas as suas reações, o instinto de autopreservação na realidade foi invertido. Eles parecem visar a nada mais que a autolesão e a destruição. É possível também que as pessoas que, de ato, terminam por cometer suicídio pertençam a esse grupo. É de se presumir que, em tais pessoas, efetuaram-se desfusões de instinto de grande consequência, em consequência do que houve uma liberação de quantidades excessivas do instinto destrutivo voltado para dentro. Os pacientes dessa espécie não podem tolerar o restabelecimento mediante o nosso tratamento e lutam contra ele com todas as suas forças (FREUD, 1940/ 1976, p.208).

Segundo Nadvorny (2006), na obesidade mórbida, assim como nas toxicomanias, uma das consequências da regressão é a revivência da poderosa compulsão à repetição. Será que, em se tratando de obesidade mórbida, o devorar/ser devorado pela comida corresponde a um desejo de autodestruição, daí a prevalência pela busca de tantos tratamentos alternativos e até da cirurgia como único recurso? Ou estamos falando de um paradoxo da pulsão de morte que se coloca a favor da vida? Estamos falando do que a clínica nos ensina sobre algumas pessoas que precisam chegar ao limite extremo, se aproximar da morte para resolver a viver.

Em *O ego e o Id*, Freud propõe a enigmática frase “o ego é antes de tudo um ego corporal”, (FREUD, 1923, p. 40). Esse é um dos enunciados mais importantes sobre a função do corpo em Freud. Ele considera que o ego possa estar relacionado com o espaço, com a imagem e com o corpo. Ainda nesse texto está situado o centro do discurso freudiano, que começa a entrever outra ordem corpórea, na qual a dor e a morte também se revelam primordiais, ao lado do erotismo que passa para o plano secundário.

Em *O ego e o Id* (1923), numa nota de rodapé de 1927, Freud enfatiza a ligação do ego com o corpo próprio:

O eu em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo além de representar as superfícies do aparelho mental (FREUD, 1923/ 1976, p. 40).

O ego é mais uma subjetivação da superfície corporal do que uma aparelhagem mental do corpo. Podemos entender que é como corpo que o ego se atinge, ou seja, “é como se fôssemos assim supridos como uma prova do que acabamos de asseverar quanto ao ego consciente: que ele é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal” (FREUD, 1923, p. 41).

Para a psicanálise, o corpo é resultado de uma série de ações que são mediadas sempre pelo simbólico, como coloca Elia (1995):

A apreensão do corpo pelo sujeito exige, contudo, que uma nova operação tenha lugar. Esta operação, pela qual o corpo é subjetivado, é da ordem do imaginário, na medida em que depende do investimento de uma imagem – a imagem do corpo (ELIA, 1995, p. 152-153).

Sem essa operação imaginária, regida pela ordem simbólica, o corpo torna-se para o sujeito uma exterioridade estranha, desconhecida, e sua apreensão como corpo próprio, impossível de se realizar.

Fernandes (2002) argumenta que o corpo psicanalítico se apresenta como palco em que se desenrola o jogo das relações entre o psíquico e o somático e como personagem integrante da trama das relações, enfatizando que essa dupla inscrição se evidencia no conceito de pulsão ao colocar o corpo, ao mesmo tempo, como fonte de pulsão e como finalidade. Portanto, a teoria freudiana permite colocar em evidência que o somático habita um corpo que é também lugar de realização de um desejo inconsciente. E questiona que, se o corpo psicanalítico aparece entre o psíquico e o somático, o corpo em Freud não se confunde com o corpo apenas como organismo biológico. De fato, esse corpo é regido segundo uma dupla racionalidade: a do que é somático e do que é psíquico. A racionalidade que rege o psíquico, segundo a autora, “se fundamenta no encontro do ser humano com a trama das relações parentais que constrói o psíquico na primazia da erogeneidade” (FERNANDES, 2002, p. 54). O corpo é lugar de passagem do outro, lugar de onde nasce o sujeito. Sendo assim, podemos dizer que a grande inovação de Freud foi considerar essa dupla racionalidade como articulada pelo desejo inconsciente, mas cuja leitura se dá no corpo.

Segundo Elia (1995), o corpo erógeno, o corpo da psicanálise, não é um elemento natural da experiência direta ou imediata do sujeito, mas o resultado de uma operação, de uma nova ação psíquica, como diz Freud, pela qual o sujeito recobre eroticamente a imagem do objeto (vazio de sentido) em que consiste seu corpo. O autor ainda cita o psicanalista Serge Leclair (1992, p. 54), dizendo que “o corpo erógeno é o duplo do corpo biológico”.

A insistência e a recorrência do sofrimento psíquico nos auxilia a considerar que a obesidade assim como a histeria, destaca-se como a relação do sujeito com seu corpo está para além da noção de corpo biológico. Para a Psicanálise, os transtornos alimentares, anorexia-bulimia e a obesidade são entendidas como construções sintomáticas singulares em resposta a conflitos psíquicos, posições subjetivas assumidas pelo sujeito, que afetam a oralidade e sua imagem corporal.

Para a tentativa de compreensão desse sintoma, faz-se necessário, a escuta da vida infantil marcada pela experiência libidinal, que se estabelece no contato com a figura materna, e o qual vai constituindo a erogeneização do corpo do bebê. Acreditamos ser fundamental para a compreensão da obesidade, enquanto um sintoma, a figura materna relacionada aos conceitos de devoração, formação da imagem corporal e retorno da pulsão ao próprio corpo. Segundo Recalcati (2002, p.61), a obesidade é uma doença da infância, pois o “sujeito permanece fixado em seu status de objeto e não cede lugar à separação.” Neste momento, a criança tanto menino quanto menina se mantém numa relação dual, simbiótica com sua mãe,

vivendo um período, que poderíamos chamar de completude, ou seja, permanece alienado ao desejo do outro-mãe ao recusar o desmame.

Vejamos a seguir como a relação mãe-filho poderá ser fundamental para a constituição da obesidade.

3.2 A Figura Materna na Alimentação e na Alimentação e na Formação da Obesidade

A partir do já exposto, podemos perceber a relevância da figura materna na relação primitiva da criança, na constituição de sua subjetividade e sua contribuição nas psicopatologias futuras. A experiência nos mostra o quanto é importante e mesmo fundamental para o crescimento da saúde e desenvolvimento do bebê sua relação com a ingestão e digestão dos alimentos. O processo alimentar é o eixo da vida emocional no início da primeira infância, é o centro do universo da criança, e o desprazer e a gratificação passam a associar-se aos vários aspectos desta função.

À medida que a mãe vai se ocupando dos cuidados e garantindo a sobrevivência física do bebê, vai também erogeneizando seu corpo, mas para que isso ocorra é preciso que o bebê seja alimentado de forma afetiva e não mecânica, que haja um duplo aspecto na alimentação. Conforme afirma Leclaire, para que o corpo erógeno possa ser construído é preciso ir além da função autoconservadora; é preciso que a concentração de libido na zona em que a função orgânica predomina traga prazer. Nas palavras do autor:

A função Mãe nada mais é que um corpo (nem continente, nem esférico) ao mesmo tempo orgânico e erógeno. É ela quem “assegura” concretamente esta justaposição de funções contraditórias: é preciso que seja plenamente esta superfície em que consiste o corpo. Em outras palavras, é preciso, em suma, que a Mãe seja muito mais a Terra que suporta sem desfalecer, que o mar que engloba e absorve (espaço marinho) (LECLAIRE, 1992, p. 69).

Assim, a relação entre a amamentação e o seio passa a ter outra significação, que vai além da simples satisfação orgânica da fome e que se relaciona com o amor e o afeto, ou seja, é através da identificação com a mãe que o sujeito psíquico se constitui.

Para que isso ocorra, contudo, é preciso, segundo Winnicott (1956), que a mãe desenvolva a preocupação materna primária, como uma condição psíquica muito especial da mãe, um estado de uma sensibilidade exacerbada para com o bebê. A mãe que consegue

atingir esse estágio especial de preocupação materna primária sem ficar doente, fornecendo um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva, que capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a enfrentar as dificuldades próprias da vida. Winnicott (1962) define como *holding* os cuidados maternos que surgem da necessidade física e que colocam mãe e filho numa relação fusional temporária devido à sua imaturidade física e afetiva, o bebê precisa de alguém que o contenha.

As primeiras experiências do bebê, sobre onde ele começa e termina e sobre o que ele é e o que ele não é, começam com experiências como a de ser segurado nos braços da mãe e a de ser-lhe oferecido o seio ou a mamadeira. É necessário esse envolvimento materno, a pele emocional que permite a fusão afetiva em distintos níveis com sua mãe, enquanto se estabelece com ela um tipo de relação diferente da intrauterina. Satisfeita esta necessidade de ser amparado e emocionalmente compreendido, de ser pego e carregado, o bebê poderá ter o seu formato e seus contornos assinalados.

Segundo Didier Anzieu (1988), durante esse estado fusional a mãe-pele é a primeira pele da criança, ainda num universo difuso, a qual possibilitará à criança um espaço psíquico originário, tendo como função a *paraexcitação*. Isso permite que, aos poucos, ao projetar essa pele sobre seu corpo, o bebê possa experimentar a sensação de que seu corpo pode lhe dar tanto ou mais prazer que o corpo materno, e assim a criança começa a explorar seu corpo, até então desconhecido. Anzieu (1988) nos diz:

A boca serve, para os pequeninos, tanto para tocar os objetos quanto para absorver o alimento, contribuindo assim para o senso de identidade e para a distinção entre o animado e o inanimado. A incorporação do objeto pela pele é talvez anterior a sua absorção pela boca. O desejo de ser incorporado desta maneira é tão frequente quanto o desejo de se incorporar pela pele (ANZIEU, 1988, p. 21).

Para Anzieu (1988), Freud não limitava a fase oral à região da boca e ao prazer da sucção e salientava a importância do prazer seguido do sentir-se repleto. A experiência do bebê adquirida pela boca, pela sensação de incorporação, faz com que ele tenha a sensação de superfície e de volume. Essa sensação da pele, associada à relação afetiva com o corpo materno, permite ao bebê não só ter a noção de um limite entre o interno e o externo, mas também estar seguro da integridade de seu envelope corporal.

O corpo materno possibilita experiência pela sua qualidade emocional, como a aquisição do sentimento de confiança, de prazer e de pensamento, ou seja, a noção de espaço interno e externo, como também experiências ligadas à capacidade motora. À medida que a figura materna fala, brinca e massageia o seu bebê, esta massagem se transforma em

mensagem. Essa erotização da pele do bebê, esses prazeres integrados são preliminares da atividade sexual adulta. Assim, a sexualidade genital só é acessível após a criança ter adquirido uma confiança mínima de sua integridade corporal (ANZIEU, 1988).

Freud, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) explica, na fase oral, que a atividade sexual não se separa da ingestão de alimentos; o objeto é o seio, enquanto representante da figura materna e cujo objetivo é a satisfação que ocorre pela incorporação do objeto. Essa ligação entre o bebê e a figura materna será o protótipo de futuras identificações, pois se mesclam a satisfação de autoconservação e o prazer sensual de sugar o seio, o que possibilita que o comer, enquanto atividade de sobrevivência, possa ser vivenciada como prazerosa. O estabelecimento de novos vínculos e qualquer perturbação nesta fase pode indicar perturbações futuras na alimentação e nos vínculos do ser.

Ninguém que já tenha visto um bebê reclinar-se saciado do seio e dormir com as faces coradas e um sorriso feliz pode fugir à reflexão de que este quadro persiste como protótipo da expressão da satisfação sexual na vida ulterior. A necessidade de repetir a satisfação sexual desliga-se agora da necessidade de nutrir (FREUD, 1905/1976, p. 186).

Nesse momento, a criança não se diferencia da mãe, e Freud nos apresenta duas etapas na relação do bebê com a mãe. A primeira é caracterizada pelo fato de que o bebê ainda não pode fazer a representação da figura materna nem de sua volta eventual quando ela desaparece. Nesse primeiro momento, há uma espécie de indissociação entre a mãe e o bebê; o objeto seio não é reconhecido enquanto tal, como objeto exterior determinado; ele é, antes, uma experiência vivida na sensorialidade. Mesmo se a fome não aparece, a ausência da mãe provocará angústia, angústia de perigo. Assim, tanto o alimento quanto o seio e o corpo da mãe são percebidos pelo bebê como se fossem o seu próprio corpo, ou seja, a incorporação do seio materno nada mais é do que uma incorporação do próprio corpo da criança.

Essa situação se modifica com a chegada do desmame definitivo, pois este vai se produzindo lentamente, de forma que os intervalos a cada mamada sejam tolerados ou não pela criança. Segundo Freud (1933), a criança nunca supera o sofrimento de perder o seio materno, ou seja, nunca supera o rompimento de sua relação de completude com a mãe, que implica a vivência de sua primeira experiência de castração. Freud não considera a perda do seio e das fezes, que ocorre numa relação dual com a mãe, como castração, pois tal perda se dá na fase fálica, justamente colocando fim a esse tipo de relação.

Assim, poderemos recorrer a Dolto (2007), que nos mostra que o desmame, ocorrendo de forma positiva, irá despertar na criança o desejo de explorar novos meios de comunicação,

possibilitando a emergência de prazeres diferentes, com objetos que, apesar de não poderem ser incorporados, serão suporte de transferência para um prazer maior, compartilhado com todos aqueles que compõem o seu referencial simbólico. Entretanto, para que tal processo ocorra, é preciso que a mãe aceite o rompimento dessa relação dual, permitindo que, através do espaço vazio antes ocupado pelo objeto primordial, o sujeito possa elaborar a sua subjetividade.

Dolto (2007) considera que o desmame é uma provação dolorosa para o bebê e para a mãe. Quando a mãe para de dar o seio, ela volta para consolá-lo, mas não mais para dar de mamar. Mas, se a mãe não fala com o bebê durante e depois da mamada e permanece distante nesse momento do encontro, o desmame não será favorável nem para a socialização, nem para iniciar a criança na linguagem e estimular sua motricidade. Nesses casos, a mãe promoveria, a partir de suas próprias dificuldades enquanto sujeito, uma supervalorização da boca, ou pela abundância, ou pela escassez do alimento, de forma que a castração oral não ocorreria de forma adequada. Esta ideia é descrita, assim como outras, como desmames fracassados, em seu livro *A imagem inconsciente do corpo* (2007).

Lacan, em seu livro *Os complexos familiares* (1985), vai além e nos ensina que o desmame sempre provocará uma crise no psiquismo, que pode contribuir para as patologias que podem surgir a partir dele:

De fato, o desmame, por qualquer das contingências operatórias que comporta, é frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, neuroses gástricas, revelam suas causas à psicanálise.

Traumatizante ou não, o desmame deixa no psiquismo humano o traço permanente da relação biológica que ele interrompe. Essa crise vital se duplica, com efeito, numa crise do psiquismo (LACAN, 1985, p. 23).

Segundo Lacan, o desmame é contemporâneo do estágio do espelho, quando a criança sai desse estado de indissociação com a mãe e que finalmente tem acesso ao simbólico por sua própria divisão interna. Dessa forma, a angústia que daí advém não é pela frustração do seio, mas pela separação com a mãe, que ainda fazia parte de seu corpo.

No Seminário IV – *As relações de objeto* (1995), Lacan aborda a relação com o seio em termos de relação de objeto. O desmame é tratado como perda do objeto, perda do seio e, segundo ele, é apenas com o objeto perdido que o seio é apreendido. Lacan retorna a Freud (1905), que tinha se dado conta de ser pela perda que o objeto é apreendido, e pela separação que o sujeito institui relações com ele. Freud já tinha revelado que o objeto perdido é o objeto

do primeiro desmame, das primeiras satisfações da criança. O objeto seio ficará ligado ao sujeito para sempre por meio da nostalgia.

Mais tarde, no Seminário 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1998), Lacan sustenta que a perda do seio durante o desmame é a prefiguração da castração e, portanto, faz parte da segunda operação de constituição do sujeito. No complexo do desmame, a oralidade não está relacionada com o alimento, mas com o efeito de uma mutilação que provoca na criança e na mãe. E esclarece que o nada da pulsão oral aquilo que o sujeito desmamou tornou-se nada para ele e jamais será recuperado, apesar de todos os esforços do sujeito, e é em relação ao nada que circularão os outros objetos pequenos. O nada é, ainda, associado por Lacan, em A direção da cura, à falta-a-ser, que está na origem da demanda de amor.

Assim, podemos compreender o que nos diz Recalcati (2002, p.60): “onde falta o signo, o sujeito consome o objeto.”. O sujeito realiza uma forma de compensação da ausência do signo através do poder do alimento. Assim sendo, no que diz respeito ao obeso, este apresenta uma impossibilidade de recusar, de exercitar o poder da recusa no confronto com o outro. O obeso tem o dever de dizer sim. A acumulação obesa não é de peso, mas de objeto, e o sujeito tenta, pelo comer constante, manter sempre presente, produzindo uma angústia de sufocamento. Esta angústia, que é muitas vezes reeditada na clínica da obesidade, quando através de relatos os pacientes nos trazem o aumento de peso em vários momentos em que a vida pede uma separação, pois na obesidade encontramos “a impossibilidade de o sujeito de introduzir pelo menos um Não!, de introduzir pelo menos um pouco de separação”(RECALCATI, 2002, p. 58). Nesse sentido, Recalcati considera que a obesidade deve ser posta do lado da alienação, pois o sujeito aparece completamente apegado à demanda do Outro/mãe.

A angústia de sufocamento pode assumir a forma extrema da angústia de ser sufocado pelo peso do próprio corpo. Nesses casos, a angústia não surge da ausência ou perda do objeto, isto é, não se associa à falta, mas à presença em excesso do objeto: “Essa angústia do ‘demasiado cheio’, do excesso de objeto,” (RECALCATI, 2002, p. 64), sendo nesse excesso de presença, de objeto, que leva o sujeito a sentir-se engolido. Então, na obesidade, “a angústia não está relacionada à falta, mas tal como na psicose, à ‘falta da falta’” (RECALCATI, 2002, p. 64), pois o objeto está sempre ao alcance da boca. Dessa forma, o obeso nos traz uma angústia de aprisionamento a um corpo que não reconhece como seu, a de possuir um excesso que acaba por ser recusado: a falta faz falta.

Esse é um momento em que muitos pacientes fazem a opção pelas cirurgias de redução de estômago: de forma fantasiosa, querem se livrar da angústia, e não do peso, pois ele ainda é uma forma de proteção. Podemos perceber a importância da fase oral na vida de muitos adultos e, nos casos dos obesos mórbidos, as cirurgias podem provocar um colapso emocional com proporções incontroláveis e até irreversíveis, uma vez que o sujeito ainda se mantém aprisionado ao corpo da mãe: o seio não é uma nostalgia, é mantido como uma presença através do comer excessivo.

Vejamos como a figura materna auxilia a criança na formação de seu esquema corporal e na sua imagem inconsciente do corpo e como isso pode ser entendido na obesidade.

No livro *A criança do espelho* (DOLTO, NASIO, 2008), Dolto, em entrevista a Nasio, esclarece que a origem do conceito “imagem inconsciente do corpo” surge a partir da identificação da criança com a mãe e resulta de um jogo de palavras dividido em três partes:

Essas identidades são, no caso, constituintes da palavra “imagem”, a primeira letra “I”, do termo identidade; o “ma”, a primeira sílaba da palavra “mamãe”, que a criança pronuncia sempre precedida do “minha” e seguida do “me ama” (*m'aime*) (homófono em francês ao adjetivo “mesmo” (*même*), que marca a identidade absoluta). Finalmente o “gem” (*ge*), última sílaba da palavra “imagem”, que significa terra, a base ou ainda o corpo, bem como eu (*je*), pronome pessoal da primeira pessoa” (DOLTO, NASIO, 2008,p. 11).

A imagem é, portanto um substrato relacional com o outro, que aparece e desaparece com a imagem especular, com a imagem do espelho.

Segundo Dolto (2007, p.124), “é apenas a experiência do espelho que dá à criança o choque de captar que sua imagem do corpo não era suficiente para corresponder, para os outros, a seu ser conhecido por eles.”. A partir do momento em que a criança experimenta sua imagem no espelho (imagem visual), sofre o processo de castração vivida na experiência do espelho. É através da experiência do espelho que a criança descobre sua imagem do corpo, mas isso não quer dizer que ela consiga se reconhecer na imagem escópica. Ela necessita da mediação do outro para perceber que a imagem do espelho que ela vê é a sua, e não a do outro. Daí a importância primordial da mãe, objeto que se expressa por uma linguagem gestual, mímica, auditiva, em comunicação com seu bebê. É a mãe que, através da palavra e do afeto nela presente, vai colocando os limites para o filho à sua satisfação plena e permite que este não seja mais exclusivamente dependente dela. Dessa maneira, o trabalho de elaboração da imagem inconsciente do corpo prepara a criança para a ausência e para sua constituição.

A criança não pode mais, portanto, na realidade, a partir da experiência escópica compartilhada com o Outro, confundir-se com o Outro, nem com o Outro do Outro, quero dizer, nem com o pai, nem com a mãe, nem com o irmão mais velho, o que anteriormente, fazia de bom grado” (DOLTO, 2007, p. 126).

Nas palavras de Dolto (2007, p. 35), a imagem do corpo é “a síntese viva de nossas experiências inter-humanas, repetidamente vividas através das sensações erógenas arcaicas ou atuais.”. É, a cada momento, a memória inconsciente de todas as relações vividas, sendo ao mesmo tempo atual viva e dinâmica. Nos obesos mórbidos, parece ocorrer um afastamento de si, uma falta do próprio toque, e o olhar do outro é percebido como uma ameaça, dificultando a atualização de imagem do corpo de forma positiva e dinâmica. Ocorre não uma atualização, mas uma mortificação de imagem percebida de si mesmo. Como exemplo, temos este fragmento da fala de um paciente: “Há anos que uso sacos. Todas minhas roupas são sacos: coloridos, mas são. Espelho?! Não existe de corpo inteiro, apenas um para eu ver meu rosto.”

Nos casos dos transtornos alimentares, Bruch (1973) percebeu claramente as distorções da imagem corporal que ocorre nesses pacientes, mesmo que eles demorem ou nem venham a perceber tal distorção. A autora desenvolveu a primeira teoria sistemática a respeito de problemas de imagem corporal nos transtornos alimentares, sendo que essa distorção da imagem corporal é um dos fatores do desenvolvimento da anorexia. Afirma ainda que este era o aspecto mais importante do transtorno e que a melhora nos sintomas da anorexia poderia ser temporário se não houvesse uma mudança corretiva na imagem corporal.

Nos casos de obesidade mórbida, a clínica nos ensina que parece ocorrer uma perturbação da imagem corporal, um congelamento em uma determinada época da vida dos pacientes onde este era magro, que se transforma em sua referência frente ao espelho ou mesmo no ideal do peso a ser atingido. Schilder (1994, p.11) conceituou imagem corporal, afirmando: “entende-se por imagem do corpo humano a figuração dos nossos corpos formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” . Assim o perceber-se gordo ocorre quando pontuado por um terceiro. Como exemplos temos as falas de alguns pacientes: “Só percebi que havia engordado quando minha amiga me falou. Assustei, quando fui a loja e não encontrei roupas e diante daquele espelho, me percebi. O problema não era as roupas. Eu havia engordado e não sabia.”

Em atendimento a pacientes obesos mórbidos é muito comum ouvirmos deles uma perturbação da imagem de si: uns acreditam estar com peso entre 200 e 300 kg, quando a balança indica 110 ou 120, ou até menos; outros acreditam estarem pesando bem menos que 70 ou 80 kg, mas a realidade indica 130 kg ou pouco mais. A implicação dessa percepção da

própria imagem corporal traz consequências diretas no tratamento. Em ambos os casos, podemos perceber o quanto o tratamento terá que enfrentar uma série de dificuldades, a fim de se evitar que ocorra o fracasso, a partir dessa perturbação na imagem inconsciente do próprio corpo. Exemplificando com a fala de pacientes: “Eu sou mesmo uma vaca, de tão gorda que estou? Não tem jeito e teve época que me achava bonita, com toda essa gordura.” À medida que as sessões transcorrem, vão surgindo na paciente as lembranças, até chegar à infância, quando após um adoecimento, recebeu visitas. Quando era elogiada pela recuperação, a mãe se referia à vaca, que também adoecera e se recuperara.

Segundo Schilder (1994), as primeiras experiências infantis são importantes para a conexão do indivíduo com o mundo e consigo mesmo. A imagem do corpo se estrutura pelo investimento libidinal. Todo desejo ou tendência de investimento libidinal altera a estrutura da imagem corporal, modificando também a percepção do próprio corpo nos seus aspectos físicos concretos como peso, volume e outros. A imagem corporal é lábil e mutável, constrói-se e desconstrói-se constantemente, pode encolher expandir, dar partes suas para o mundo e tomar para si partes do mundo. A imagem do corpo é eminentemente inconsciente, tornando-se em parte consciente, quando associada à linguagem (consciente).

Outro ponto a partir do qual podemos pensar a problemática da obesidade, ainda relacionada com a figura materna e que também diz respeito ao desmame, relaciona-se ao binômio obesidade-depressão. Freud, em seu texto *Luto e melancolia* (1917 -1915), explica que o melancólico vive dramaticamente a experiência da perda do objeto, mas não sabe o que perdeu nesse alguém. Nesse sentido, tem-se como certa a perda, mas há uma indeterminação do objeto perdido. Dessa forma, podemos pensar que essa recusa está de acordo com a recusa do trauma do desmame. Assim, a obesidade, como nos traz Recalcati (2002), com seu colecionismo de objetos, pode ser pensada como uma defesa à depressão, a uma perda do objeto que não pôde ser simbolizada.

Segundo Recalcati (2002), disso decore, na obesidade, o impulso ao consumo indiscriminado do objeto-alimento, que vem no lugar do objeto perdido, já que o obeso nada recusa, ao contrário do bulímico, que seleciona os alimentos:

A devoração contínua do objeto manifesta, assim, o gesto paradoxal da oralidade melancólica: a abolição do objeto realiza uma extrema fidelidade ao objeto perdido. Comer é, de fato, uma absorção da sua destruição (RECALCATI, 2002, p. 68).

Recalcati (2002) destaca duas funções para a fome, que, mesmo sendo diferentes, sobrepõem a fome da comida à fome do seio, este representando o significante do primeiro

objeto de satisfação. A diferença se encontra no fato de que a fome de comida pode ser aplacada pelo alimento. Já no caso da fome do seio, não há objeto capaz de conduzir à recuperação do objeto perdido. Na obesidade, o que parece algo mais primitivo, estar em jogo, à tentativa de preencher o vazio, essa fome de seio que não passará, a opressão do sujeito como objeto do Outro. Assim, do ponto de vista teórico segundo Recalcati (2002), a obesidade nos traz uma dinâmica com características peculiares e um modo mais patológico que a bulimia, pois “na bulimia, de fato, alienação e separação convivem. Contrariamente, na obesidade há somente a alienação.” (RECALCATI, 2002, p. 59). A bulimia mesmo estando no eixo da alienação, ocorre através do vômito, uma possibilidade de separação, nos momentos em que o bulímico se sente empanzinado. Enquanto na obesidade a relação com o objeto-alimento, se mantém por uma hiperfagia constante.

Se considerarmos que as perturbações alimentares têm uma estreita ligação com o vínculo materno, podemos supor que o que está em jogo não se limita à circulação da libido em torno da oralidade e que o complexo de Édipo e principalmente o complexo de castração assumem importância fundamental nessa trajetória.

Nasce uma criança, desprovida de condições físicas que garantam sua sobrevivência, necessitando da mãe para sua formação física e psíquica. As primeiras experiências sexuais que uma criança tem na relação com sua mãe são inicialmente de caráter passivo. Ao ser alimentada, amamentada e vestida pela mãe, é também ensinada a desempenhar todas as suas funções de forma autônoma, ou seja, mesmo a criança desfrutando passivamente desses cuidados, “outra parte, porém, esforça-se por transformá-la em atividade... a amamentação ao seio dá lugar ao sugamento ativo” (FREUD, 1931, p. 271). Assim, podemos supor que, neste momento, está em jogo uma intensa relação com a mãe por parte da criança, que pode contribuir para as futuras patologias da alimentação e obesidade, “pois quando a sucção chega ao fim, o pênis também se torna herdeiro do mamilo do seio materno (FREUD, 1933, p. 126).

O tema da sexualidade já fora abordado por Freud em vários artigos, mas, em 1905, ele chama atenção para o fato de o desenvolvimento da sexualidade ser diferente para homens e mulheres, destacando, contudo, o seio como a relação sexual mais importante entre todas, ao afirmar que “uma criança que suga o seio da mãe se tenha tornado o protótipo de toda relação de amor” (FREUD, 1905, p. 229). Podemos também acrescentar as patologias da alimentação e, sobretudo, a obesidade mórbida. Ainda neste texto Freud traz a existência do complexo de castração, que, mais tarde, em 1924, discute mais profundamente: “É de minha opinião ser essa ameaça de castração o que ocasiona a destruição da organização genital fálica da criança.

(FREUD, 1924, p. 219)”. A seguir, abordaremos como a criança que recusa o desmame enfrentará a vivência de castração na fase edípica e suas implicações para a constituição da obesidade.

3.3 O Sujeito Obeso e a Vivência de Castração

Para Freud, o complexo de Édipo é o fenômeno central do período da infância, e a análise da sexualidade feminina revelou ser a mãe o primeiro objeto de amor tanto da menina quanto do menino: “No caso do homem, a mãe se torna para ele o primeiro objeto amoroso... também o primeiro objeto de uma mulher tem de ser a mãe.” (FREUD, 1931, p. 262). Isso se deve ao fato de a criança precisar de alguém que a alimente e dela cuide; assim, “as condições primárias para uma escolha de objeto são, naturalmente, as mesmas para todas as crianças” (FREUD, 1931, p. 262-263).

No artigo A organização genital infantil (1923/1976), Freud descreve a fase fálica, na qual já há um predomínio dos órgãos genitais, porém diferente da organização genital do adulto: “Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo.” (FREUD, 1923, p. 180)

Segundo Freud, o complexo de Édipo possibilita à criança duas formas de satisfação, uma ativa, ao se colocar no lugar do pai e ter relações com a mãe, como o pai, e outra passiva, assumindo o lugar da mãe e ser amada pelo pai. Entretanto, a possibilidade de a mãe ser castrada põe fim a essas duas formas de satisfação pulsional, pois ambas acarretam a perda do pênis – “a masculina como uma punição resultante e a feminina como precondição” (FREUD, 1924, p. 221). Então, do ponto de vista psicanalítico, mais do que uma ameaça real de perda do pênis, estamos diante da ameaça de perda da satisfação ilimitada exigida pelas pulsões.

Mas é na vivência edípica que a castração assume uma força decisiva para o desenvolvimento e constituição do sujeito e do futuro adulto e uma possibilidade de reestruturação e aceitação do desmame, que é veementemente recusado pelo obeso mórbido. Este nos parece ser o ponto fundamental para compreendermos a constituição do sujeito obeso, a dificuldade em se separar do objeto-mãe e se permitir a vivência de castração e a constituição de sua subjetividade.

A descoberta da castração feminina põe fim às duas formas de satisfação da criança no complexo de Édipo: a masculina, de ter relações com a mãe, ao ocupar o lugar do pai, e a feminina, de desejar ser amada pelo pai, ao ocupar o lugar da mãe. Nesse distanciamento, os investimentos de objetos são abandonados e substituídos por identificações. A autoridade da figura paterna ou dos pais é introjetada e forma o núcleo do superego; ao assumir a severidade do pai, instaura a proibição do incesto. Daí, Freud ter afirmado que o superego é herdeiro do complexo de Édipo. Com isso, preserva-se o órgão genital de uma perda, destituindo-o do lugar de poder. Após este período ocorre a dissolução do complexo de Édipo e em seguida o período de latência.

Para Freud, o que leva a dissolução do complexo é a experiência de desapontamento: a menina perde seu lugar de privilégio de amor que acreditava ter desapontado ao pai e o menino perde a posse que acreditava ter sobre a mãe. Desta forma a dissolução do complexo de Édipo ocorre por uma impossibilidade, por uma frustração, pela falta de fusão com o objeto de amor, o que podemos pensar que poderá permitir resquícios dessa frustração pela via oral. Mas vejamos como ocorre a vivência do complexo de Édipo nos meninos e meninas e sua relação com a obesidade.

Em seu texto *A dissolução do complexo de Édipo*, Freud (1924) nos mostra que a destruição do complexo de Édipo nos meninos ocorre à medida que a identificação com o pai ganha um caráter hostil e a rivalidade se instala nesta luta que o menino trava inconscientemente para manter a mãe com seu objeto de amor. Ao ver o corpo nu de uma menina ou de sua própria mãe, constata que elas não têm o pênis/falo, caindo por terra a ideia da universalidade do pênis. Com esta descoberta, a angústia de castração é definitivamente confirmada.

Diante da angústia de castração, o pai se torna uma ameaça, e o menino tomado pelo medo desiste do objeto de seus desejos. Angustiado, o menino dessexualiza os pais e recalca desejos, fantasias e angústia, esquivando-se deles como objetos sexuais para salvar seu precioso pênis-falo, ou seja, para proteger seu corpo. Com a renúncia aos pais e a submissão à lei do interdito do incesto, consuma-se assim o momento culminante, o apogeu do complexo de Édipo masculino.

Na menina, “o complexo de castração, que possibilitou ao menino a saída do Édipo, prepara para sua entrada para a vivência do complexo de Édipo (...) e é introduzido através do complexo de castração (FREUD, 1925, p.318). A menina não teme a castração, por ser um

fato consumado, porém não tolerado, pois ela não tem nada a perder, e “dessa ocasião em diante elas caem vítimas da inveja do pênis” (FREUD, 1925, p. 313).

A menina fica decepcionada com tal constatação e agora passa a duvidar de suas sensações e julga que a fonte de poder não está mais no seu corpo e sim no corpo do Outro. A menina vê-se despossuída, pois a força onipotente que sentia não está nas suas sensações erógenas, assim, vive a dor de ter perdido, se ressentido de uma privação. A menina passa a invejar o menino ao constatar a diferença entre os sexos: “Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo.” (FREUD, 1925, p. 314)

A menina reivindica à mãe a perda que sofreu, mas, ao perceber que a mãe que ela considera onipotente e que poderia lhe dar o tão desejado falo também revela sua impotência diante dessa possibilidade, passa a hostilizá-la e a abandona. Essa experiência de humilhação abre uma ferida narcísica em sua autoimagem, por ter acreditado possuir o falo. Na menina, que não possui o pênis, o objeto narcísico não é o pênis, e sim o seu amor-próprio, a imagem confiante que tinha em si. Segundo Nasio (2007), esse é um período de solidão para a menina, pois esta rejeitou a mãe e ainda não recorreu ao pai. Quando o pai entra em cena como aquele que possibilitará à menina o falo, ainda como resultado de sua inveja deste, mas, ao compreender que o pai a frustra em sua inveja, vê-se impossibilitada de competir com os meninos. A menina, ao reconhecer a distinção anatômica entre os sexos, é obrigada a “afastar-se da masculinidade e da masturbação masculina, para novas linhas que conduzem ao desenvolvimento da feminilidade” (FREUD, 1927, p. 318). A menina abre mão da inveja masculina de ter o pênis e coloca em seu lugar o desejo feminino de um filho, de ser possuída pelo pai e o toma como objeto de seu amor.

Ao sexualizar o pai, este se torna o ator principal de suas fantasias e a menina entra efetivamente no complexo de Édipo. Neste momento, a mãe volta à cena, após ter sido afastada pela menina, em que agora desperta um fascínio como mulher e modelo de feminilidade. Desse modo, realiza-se o primeiro movimento de identificação da filha com o desejo da mãe, o de ser a mulher do homem amado e dar-lhe um filho. Novamente, a menina é frustrada em seu objetivo e recusada pelo pai em seu desejo incestuoso. Assim, ela o dessexualiza, renunciando ao pai fantasiado, e acaba por se identificar com sua pessoa real, ou seja, incorpora-o em seu eu.

O fim do Édipo feminino cumpre um longo caminho, ao longo do qual a menina, ao se tornar mulher, adotará traços masculinos e femininos dos pais e transformará

progressivamente seu desejo de ser possuída pelo pai em desejo de ser possuída pelo homem amado.

O complexo de Édipo, conforme Freud coloca, é estruturante e fundante do psiquismo humano e suas consequências das diferenças anatômicas do sexo acompanharão o sujeito ao longo de toda sua vida de uma forma mais adequada. Nas palavras de Freud: “Se o ego, na realidade, não conseguir muito mais que uma repressão do complexo, este persiste em estado inconsciente no id e manifestará mais tarde seu efeito patogênico.” (FREUD, 1924, p. 222)

Diante do exposto, podemos perceber o quanto o complexo de castração vivenciado na fase fálica se torna fundamental para compreendermos a obesidade, pois, segundo Freud (1926), o medo da castração, que pertence à fase fálica, é o medo da perda do objeto, ou seja, a perda da mãe, da separação desse objeto tão valioso, que passa a ser um perigo, e, diante dessa angústia da castração, surge a defesa. Daí podemos pensar a obesidade como uma defesa contra a castração, um medo da separação.

Na clínica, podemos observar o aparecimento da obesidade nos momentos em que a vida exige da pessoa uma posição frente às separações, onde parece ocorrer uma regressão, devido à capacidade que o ego tem de fazer a pulsão regredir, como nos mostra Freud (1926), uma vez que a angústia produz a repressão, e não a repressão que produz a angústia, como ele pensava. Nesse sentido, “toda inibição que o ego impõe a si próprio pode ser denominada de sintoma.” (FREUD, 1926, p. 168)

Segundo Recalcati (2002), a obesidade é uma doença da infância, pois o sujeito permanece fixado em seu *status* de objeto e não cede lugar à separação, ou seja, recusa a castração, assim como recusou o desmame. Neste momento, o sujeito não quer abrir mão do falo e continua a mantê-lo, o que completa no imaginário a sua própria falta. Nessa relação dual não há falta, ambos estão completos. Em se tratando da criança, esta permanece alienada ao desejo do Outro, e nessa indiferenciação também possui o falo/mãe, através da devoração do alimento. No caso do presente estudo, observamos que, mesmo após a cirurgia bariátrica, a fome continua pulsional, voraz. O corte cirúrgico não tem efeito de corte na relação dual com a mãe.

Recalcati conclui, a partir disso, que essa fantasia responde à lógica fálica da fantasia viril, privilegiando a apropriação e o gozo do objeto, o que promove a negação da falta do Outro – mãe e a sua própria falta, não tendo que se deparar com a angústia de castração. Assim, o comer compulsivo do obeso mostra sua incapacidade de recusar. Recusar não o

alimento, pois o obeso não acumula o peso, e sim os objetos, que lhe garantem permanecer fixado em seu *status* de objeto do desejo da mãe.

É interessante pensarmos que a obesidade mórbida não se trata de uma estrutura ou de um novo sintoma, processo defensivo de fuga contra um perigo, uma maneira particular de não se colocar frente à vivência de castração, de não permitir a entrada da função paterna como instituinte da lei, do limite ao gozo pulsional com a mãe e que pode percorrer e perpassar todas as estruturas.

A obesidade nos diz de um sintoma neurótico, em especial do sintoma histérico, uma modo de questionamento do sujeito quanto a seu valor no desejo do Outro: “Se a fantasia viril é uma fantasia de apropriação, a fantasia feminina é, antes, uma defesa do próprio ser submetido à vontade de apropriação fálica.” (RECALCATI, 2002, p. 66) Nesse caso, pode ocorrer uma obesidade progressiva, como efeito da decisão de não querer reduzir “o próprio ser a um puro objeto do gozo fálico do homem” (RECALCATI, 2002, p. 54), um efeito diante da inveja do pênis/falo.

A obesidade também pode funcionar como uma defesa contra a psicose; neste caso, o sujeito se torna literalmente um objeto-devorado. A pulsão de devoração aparece como completamente desregulada, a ponto de se confundir, na realidade, o sujeito com o objeto: “O sujeito come, mas não sabe se come ou se é comido. O sujeito assume as formas do objeto. È um objeto. (RECALCATI, 2002, p. 70)” Neste sentido, a massa corporal serve como instrumento de separação e defesa em relação a demandas do Outro persecutório.

Recalcati ainda nos traz a ideia da obesidade como indicadora de um traço perverso, na medida em que promove certa angústia em quem olha o corpo gordo: “O caráter obsceno da evidência do corpo gordo revela, aqui, seu traço perverso.” (RECALCATI, 2002, p. 54) Neste ponto, nos chama a atenção pessoas que não aceitam se submeterem á cirurgia de redução de estômago e nem mesmo ao emagrecimento convencional, ou seja, não querem emagrecer. Mas o porquê disso? Acreditamos que possamos pensar a obesidade como um fetiche, um substituto para o pênis, mas não um pênis qualquer e sim “um substituto do pênis da mulher (da mãe)”. (FREUD, 1927, p. 180)

Dessa forma, diante do corte cirúrgico e o emagrecimento rápido, o obeso se vê privado do seu falo e instala-se o encontro com a castração tão evitada, o que pode levar à depressão, desencadear manifestações psicóticas e até mesmo a morte, como ocorre com muitos pacientes logo durante o pós-operatório. Ao perder a obesidade, inconscientemente o obeso se dá conta de que possuía o falo e o perdeu, ou melhor, de que o corpo era o falo,

sendo este o que garantia seu “triunfo sobre a ameaça de castração e uma proteção contra ela” (FREUD, 1927, p. 181). Esse paciente como já foi dito, não podem emagrecer e usam da obesidade como um troféu, uma forma de poder para seduzir o outro, seja expondo seus corpos através de concursos de beleza, seja na comercialização do sexo, através da internet, de postais etc.

Recalcati (2002), em seu texto *O demasiado cheio do corpo*, por uma clínica psicanalítica da obesidade, nos apresenta os vários modos de expressão da obesidade, seja pela evidência obscena e exibicionismo da feiúra, do excesso pulsional da fome de um corpo sem fala, seja de um sujeito que luta todo o tempo para se manter alienado ao desejo do Outro, evitando a separação, mesmo que pague com o preço da vivência de uma angústia de sufocamento pelo excesso de objeto e pela falta que a falta faz neste sujeito. Isso lhe impediria o movimento do desejo, já que este se encontra aniquilado pela demanda do Outro. Vejamos, então, como esse corpo sem fala pode ser compreendido a partir de alguns pontos da vista da psicossomática psicanalítica.

3.4 A Abordagem Psicossomática da Obesidade

Desde os primórdios da civilização, a humanidade vem acumulando evidências de que a saúde é decorrente das boas condições do corpo, da alma e do ambiente. Inicialmente tendo como recursos as crenças mágico-religiosas, estudiosos de Hipócrates a Galeno de Cós já se questionavam o entendimento do homem doente ou somente da doença. Lentamente, os estudiosos foram observando e conquistando conhecimentos sobre a natureza das enfermidades. Ao longo dos séculos, os conhecimentos foram construindo três disciplinas importantes no estudo da natureza das doenças: a biologia, a psicologia e a sociologia. Apesar da crença na existência da interrelação entre a mente e o corpo ser tão antiga quanto a história da humanidade, a palavra psicossomática (do grego: *psyche*, mente e *somático*, corpo) só surgiu em 1818, submetida à cisão cartesiana.

Com a psicanálise, através dos estudos de Freud com as histéricas, foi possível a primeira compreensão global de uma enfermidade: a histeria de conversão. As descobertas de Freud sobre o inconsciente dinâmico permitiram explicar não só a bizarria dos sonhos, mas também certos sintomas mentais estranhos, como as fobias, e também muitas das razões para

o adoecimento somático. Porém, a única vez que Freud empregou o termo psicossomática foi numa carta dirigida a Victor Von Weizsaker, em 1923. Apesar de reconhecer a existência de fatores psicógenos nas doenças, limitou-se aos estudos das psiconeuroses, com fins de pesquisa (VALAS, 2003).

Entre os seguidores de Freud, alguns, desde o início, se interessaram pelo estudo das relações mente-corpo e pela importância das raízes emocionais de doenças orgânicas, como Ferenczi, Jelyfe e Groddeck. Este último considera que as doenças orgânicas se originariam de um desejo e, por isso, teriam um sentido preciso (VALAS, 2003).

Franz Alexander introduz a noção de neurose vegetativa, sendo a doença consequência de emoções, impulsões não satisfeitas, desviadas e reprimidas. Foi a união desta corrente de Alexander com a de Dunbar, que se referiam à neurose de órgão e também à psicose de órgão, que permitiu a fundação da Associação Americana de Medicina Psicossomática, que deu, a partir daí, um ímpeto ainda maior às novas investigações.

A Escola de Psicossomática de Paris abre espaço ao estudo do dinamismo dos diferentes tipos de personalidades dos pacientes somáticos, do dinamismo dos diferentes tipos de doenças somáticas. Trabalha-se, nessa escola, na tentativa de traçar o perfil psicológico do paciente psicossomático, a partir do tipo de atitude e de discurso durante a entrevista, tais como ordem racional, lógica sequencial, pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer uma transferência, entre outros. Tais características foram agrupadas sob a denominação de relação branca, sendo esta decorrente do pensamento operatório, caracterizado por uma limitação das capacidades simbólicas e carência da elaboração fantasmática. Para esses psicanalistas, os sintomas não têm um sentido e seriam decorrentes de uma falta de simbolização e uma carência de representação.

Entretanto, Patrick Valas (2003), em seu artigo intitulado “Horizontes da psicossomática”, nos mostra o paradoxo desta afirmação, “pois estes fenômenos, situados fora-de-sentido, não obstante traduziriam um sentido, que é menos um valor simbólico do que uma falta de meios de simbolização” (VALAS, 2003, p. 73). O autor explica, de forma sintética, que uma personalidade psicossomática possui uma particularidade em relação à realidade. Ela se identifica totalmente com o objeto, aqui no sentido de ser o parceiro, e este lhe aparece sempre como um “duplo dela mesma, de modo que, de imediato, ela tem com ele laços marcados de maior familiaridade” (VALAS, 2003, p. 74). Quanto a sua relação com o mundo, ela o trata manipulando-o pela força de um pensamento operatório cuja eficácia vem do fato de ser desprovido de afetividade. Isso ocorre devido a uma clivagem do supereu, que

não consegue fazer uma ligação e controle entre o isso e o ego, o que favoreceria a intelectualização. Assim, o sujeito aparece “separado de seu inconsciente, ‘o magna fantasmático da primeira infância sendo mantido a distância” (VALAS, 2003, p. 74).

Para Valabrega, os fenômenos psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histórica, mas tanto a ausência de simbolização quanto a equiparação com a conversão seriam ambas falsas, ocorrendo gradações, transições entre a somatização e a conversão. Conhecido pela sua agilidade de pensamento, o autor desenvolve construções tão acrobáticas como incompreensíveis. Estende a noção de conversão e, ao lado da conversão histórica e da conversão emocional, fala de conversão psicossomática. (VALAS, 2003)

A teorização da escola kleiniana, por sua vez, trata de conversão somática relacionada a conflitos anteriores ao período edipiano, nas fases mais arcaicas do psiquismo, possuindo determinações puramente psíquicas.

Nossa proposta não é discorrer sobre a psicossomática psicanalítica; o que nos interessa é que, independente da teorização, todas essas teorias admitem a seu modo a noção de sujeito psicossomático específico. Quanto ao tratamento, a concordância ainda é maior, isto é, esses pacientes precisam ir além do saber médico e necessitam de uma terapêutica que possa reduzir a interpretação os sintomas: “O tratamento analítico permanece a referência principal do tratamento que, seja qual for, é colocado ao modo da prescrição médica.” (VALAS, 2003, p. 77)

Muitas são as divergências já nas definições e tratamentos abordados por vários autores sobre a psicossomática, começando pela dificuldade em se diferenciarem os sintomas dos fenômenos psicossomáticos, em parte ligados às diferentes escolas que acabamos de mencionar. Freud revelou que o sintoma nos propicia o entendimento da história do sujeito, seu modo de defesa; uma formação do inconsciente tem estrutura de metáfora. Através do discurso do sujeito, o sintoma pode ser deslocado por efeito retroativo e modificado por efeitos de verdade. A palavra tem o poder de operar o deslocamento do sintoma, seja este psíquico e/ou associado a alguma doença orgânica. Nesse sentido, os sintomas psicossomáticos seriam comuns na vida de qualquer sujeito. No entanto, o modelo teórico das neuroses, historicamente articulado aos conceitos básicos da psicanálise, não podem ser transferidos para a compreensão e terapêutica dos fenômenos psicossomáticos.

Wilson de Campos Vieira (2003), em seu texto A Psicossomática de Pierre Marty, nos apresenta o princípio básico da psicossomática do referido autor, que está no fato de que a mente, em certas condições, não pode assimilar um traumatismo e, nestes casos, poderão

ocorrer somatizações. A originalidade de Marty está na constatação de que “a capacidade de assimilação mental tem limites e que estes são maiores ou menores conforme os indivíduos, e em um mesmo indivíduo, conforme o momento da vida” (VIEIRA, 2003, p. 17). Cita, como exemplo, o caso de um paciente que por não suportar a dor de um luto, entrega-se à comida para evitar a vivência de uma perda. Neste caso, a obesidade não seria uma defesa contra a depressão? Vivenciar uma perda é mais assustador que todas as consequências da obesidade?

Nesse sentido, o fenômeno psicossomático seria a expressão da excitação quando não se consegue uma saída simbólica através de uma ligação entre afeto e representação, isto é, aquele tende a desorganizar o funcionamento mental do sujeito e promove um curto-circuito do funcionamento psíquico e, como consequência, desencadearia descargas diretas no corpo. Essa pane no psiquismo impedirá a elaboração de seus conflitos, o qual se mostra na clínica como uma indisposição à elaboração, à simbolização, mantendo o funcionamento do psiquismo ligado ao nível concreto, sem mediação representativa.

Aqui, a palavra não oferece uma proteção contra a excitação, sendo o que Marty denomina pensamento ou vida operatória, ou seja, um pensamento consciente que se manifesta sem vínculo com uma atividade fantasmática. No lugar do pensamento surge o ato, por onde a descarga pode ocorrer: “O pensamento operatório é um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis” (MARTY, 1993, p. 17). Em se tratando de fenômeno psicossomático, o ato substitui o pensamento e recai sobre o corpo, o que pode ser exemplificado pela fala dos obesos : “parece que falta o pensamento , pois quando penso se realmente preciso comer, a fome diminui e até passa.”

Nestes casos, angústias difusas precedem, com frequência, a chamada depressão essencial, que traduz o desamparo profundo do indivíduo, provocado pelo afluxo de movimentos instintuais mal controlados:

Esta sintomatologia depressiva define-se pela falta: apagamento, em toda a escala, da dinâmica mental (deslocamentos. Condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica). Não se encontra nesta depressão conveniente, a relação libidinal regressiva e ruidosa das outras formas de depressão neurótica ou psicóticas. Sem contrapartida libidinal, portanto, como a desorganização e a fragmentação ultrapassam sem dúvida o domínio mental, o fenômeno é comparável ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espetacular que a depressão melancólica, sem dúvida leva mais certamente à morte. O instinto de morte é o senhor da depressão essencial. . O tempo passado na depressão essencial é cada vez mais nefasto aos sujeitos (MARTY, 1993, p. 19).

Dessa forma, o aparelho mental poderia apresentar ainda uma perda de sua capacidade associativa, de síntese, de evolução do psiquismo, esvaziando-se a ponto de chegar ao limite necessário para manter em funcionamento suas funções vitais, ou seja, por não haver um tratamento psíquico da excitação que provoca a depressão ou a descarga direta no soma, teríamos o fenômeno psicossomático.

McDougall, ao utilizar o conceito de desafetação, nos fala de algo semelhante. Ao introduzir a ideia de desafetação, a autora desmembra a palavra e se atém ao prefixo, apresentando-nos dois sentidos. Ela leva em consideração o prefixo latino *des*, que nos traz a ideia de separação ou de perda e pode expressar metaforicamente o sujeito psiquicamente separado de suas emoções ou de suas realidades psíquicas. Já o prefixo grego *dis* evoca a ideia de doença e se relaciona ao pensamento operatório, associando-se à patologia do afeto, que “é a incapacidade quase total de manter contato com suas próprias emoções” (McDOUGALL, 1996, p. 104) e que nos diz de um problema grave vivenciado por alguns pacientes.

Segundo a autora, podemos perceber nos tratamentos analíticos um discurso do paciente em que as palavras não têm sua função de ligação pulsional e se apresentam como estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação, o que McDougall nomeou de palavra desafetada (McDOUGALL, 1996, p. 104). São pacientes que não conseguem conceituar nem fazer questões sobre seu sofrimento e, neste ponto, assemelham-se aos obesos que às vezes não sabem pensar sobre a origem do excesso de peso e nem falar de seu retorno após o emagrecimento. Vivem como prisioneiros, mas é nesta prisão que estão protegidos e podem sobreviver, não por uma incapacidade de vivenciar ou de exprimir uma emoção, mas “sim de uma incapacidade de conter um excesso da experiência afetiva” (McDOUGALL, 1996, p. 106). Assim, sem a capacidade de reflexão sobre sua experiência afetiva, não conseguem distinguir um afeto do outro e, dessa forma, vivem um constante perigo de desmoronamento psicossomático. Exemplificamos com a fala dos pacientes obesos que se repetem em diversas pessoas: “ Como por qualquer motivo, se estou alegre, se estou triste. Qualquer motivo serve para comer.”

Dentro dessa economia psíquica, o que resta ao sujeito é a ação, como afirma McDougall (1996, p. 106), “para dispersar imediatamente, sob a forma de ação, o impacto de determinadas experiências emocionais”. Porém, a ação, como defesa contra a dor mental, aumenta a vulnerabilidade psicossomática. Essa ação pode assemelhar-se à descrição feita por Volich, ao citar Fain quando este descreve a mãe-calmante, que tem por desejo acalmar a qualquer preço seu bebê e não satisfazê-lo, sendo este funcionamento materno aquilo que

impede que o bebê consiga construir por si mesmo um paraexcitação de forma autônoma (VOLICH, 2000).

Dejours (1988) nos aponta que não existe previsibilidade em psicanálise e que todo sintoma (o autor não acredita em somatização) é endereçado a alguém:

Se a pulsão de morte não é apenas um conceito econômico, pode-se pensar que não se dirige ao acaso nem de maneira anárquica, mas que tenta atingir, mesmo que seja de uma maneira insólita, e difícil de decifrar, o objeto que o Ego se recusa a deixar atacar diretamente pela violência vinda do Inconsciente. Se essa hipótese pode ser argumentada clínica e teoricamente, então, poderemos parar de pensar que o sintoma somático não tem um sentido (DEJOURS, 1988, p. 173).

Todo o movimento psíquico, como a formação de sintomas e os sonhos, não deve ser analisado tomando-se o sujeito isoladamente, mas deve-se levar em conta o Outro, a sua relação com o Outro, que funciona como pretexto, como a oportunidade capaz de revelar ao sujeito o que já se encontrava nele. Como nos mostra o autor, adoecemos para alguém, assim, o sujeito faz seus sintomas para expressar suas mais variadas formas de disposições afetivas, seus diversos modos de vir-a-ser-humano.

Cássia A. Nuevo Barreto Bruno (2003), em seu artigo *Considerações sobre os distúrbios alimentares a partir da teoria psicanalítica*, em conformidade com as ideias de McDougall, nos alerta para os riscos da ação como forma de defesa. A ação, operando sobre o pensamento e conseqüentemente a capacidade de fantasiar do sujeito, numa tentativa de evitar o contato com sentimentos tão fortes, leva o sujeito a regredir a estágios bem primitivos. Nestes estágios, há falta de recursos psíquicos, que impedem a elaboração e com isso se garante que nada penetre no ego, o que resulta “em comportamentos que implicam uma descarga motora para o alívio da tensão, no lugar da ação dirigida pelo pensamento” (BRUNO, 2003, p. 164).

Assim, podemos observar em alguns casos o uso de procedimentos calmantes, como os obesos mórbidos em sua relação com o comer em excesso, com intuito de minimizar suas fragilidades, sua incapacidade representativa e elaborativa para algumas questões subjetivas. Entretanto, tal procedimento indica um sinal de uma possibilidade de um bom prognóstico, pois, mesmo que de forma bem precária, é uma defesa contra a automação. No caso dos obesos mórbidos, percebemos essa dificuldade elaborativa na sua relação com o alimento e qual o destino que lhe é dado. São, contudo, brilhantes em outras áreas de sua vida, excelentes profissionais, cuidados e zelosos no trato com as demais pessoas. Conforme nos ensina Marty (1993), uma doença pode evitar outra mais grave, neste caso, a obesidade

mórbida pode funcionar com uma defesa contra as angústias impensáveis. Freud nos esclarece que a fuga para a doença surge diante de um conflito psíquico, gerador de tensão, da qual o ego procura livrar-se mediante a formação de sintomas, ou seja, a neurose decorre de uma tentativa que o ego faz para escapar do conflito provocado pelo choque entre a pulsão de vida e de morte. Freud ainda explica que o desejo é a única motivação capaz de colocar o aparelho mental em atividade.

No texto *O ego e o id* (1923), Freud examina as relações que o ego mantém respectivamente com o id e o superego e compara o ego com um empregado que tem que atender a três patrões, sendo o ego ameaçado por três perigos, um proveniente do mundo exterior, o outro, da libido do id, e o terceiro, da severidade do superego. Este, o superego, é que nos interessa para pensarmos a dificuldade dos obesos nos processos de emagrecimento apesar e além da cirurgia, pois encontramos, frequentemente, pacientes que reagem aos progressos da cura de uma forma paradoxal, pois toda melhora de seu estado os leva a um novo agravamento, fenômeno que Freud denominou reação terapêutica negativa. Não há dúvida de que existe algo nessas pessoas que se coloca contra o seu restabelecimento, e a aproximação deste é temida como se fosse um perigo (FREUD, 1923, p. 65). Há, nesses pacientes, uma necessidade de estar doente, pois eles se sentem culpados inconscientemente e não podem renunciar à punição pelo sofrimento: “Esse sentimento de culpa silencia; não lhe diz que ele é culpado; ele não se sente culpado, mas doente. Esse sentimento de culpa se expressa apenas como uma resistência à cura que é extremamente difícil de superar.” (FREUD, 1923, p. 66)

Ainda no referido texto, Freud (1923) explica que, enquanto o instinto destrutivo estiver fusionado com Eros, este controlará o primeiro de forma a não se exceder em suas manifestações. Entretanto, ao ocorrer a desfusão entre os dois, Eros não tem mais como controlar seu opositor, e este passa a agir livremente, devido ao “surgimento pronunciado do instinto de morte” (FREUD, 1923, p. 57), que se torna um grande vilão a ser vencido, pois o que reina é “uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela pode com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte” (FREUD, 1923, p. 70).

Freud volta a falar do sentimento inconsciente de culpa, em 1924, no texto *O problema econômico do masoquismo*, ao afirmar que, no masoquismo moral, há busca do sofrimento, ligado a um sentimento de culpa inconsciente. Nos casos extremos, satisfazer o sentimento de culpa inconsciente constitui o benefício secundário de permanecer doente em vez de se curar, o que faz disso uma das formas mais graves e resistentes ao tratamento, pois o “instinto

destrutivo se voltou novamente para dentro e agora se enfurece contra o eu” (FREUD, 1924, p. 207), fator que traduz sua tendência masoquista. A dificuldade nos tratamentos desses pacientes tanto para o analista quanto para os próprios é mostrada por Freud em uma nota de rodapé, em *O ego e o id*:

A luta com o obstáculo de um sentimento inconsciente de culpa não é fácil para o analista. Nada pode ser feito contra ele diretamente, e também nada indiretamente, exceto o lento processo de descobrir suas raízes reprimidas inconscientes, e, assim, gradativamente transformá-lo num sentimento consciente de culpa. Tem-se uma oportunidade especial para influenciá-lo quando esse sentimento de culpa Ics. É emprestado – quando é produto de uma identificação com alguma outra pessoa que foi outrora objeto de uma catexia erótica (FREUD, 1923/1976, p. 66).

Podemos, então, notar a presença e a força destrutiva de pulsão de morte em muitos pacientes, nos quais, através da compulsão, a repetição se mantém como uma rocha de difícil penetração. Sua ação foi descrita por Freud e por McDougall; esta, ao descrever aos comportamentos adictos. Com relação à obesidade, Recalcati (2002) nos mostra como o impulso à incorporação do objeto manifesta sua ligação profunda com a pulsão de morte. Assim, a falta de limite de hiperfagia deve ser compreendida como uma manifestação de um retorno no real da pulsão de morte, sendo o desejo reabsorvido por um gozo que não é mais filtrado e moderado pela castração. “O gozo devorador que se desencadeia, para além do limite fálico, arrasta o corpo do sujeito para um vórtice que o confunde com o horror primário da Coisa” (RECALCATI, 2002, p. 68). Neste caso, podemos perceber como o excesso no corpo pode ser pensado como a realização dramática de uma regressão do sujeito à identificação com a Coisa.

Assim, a obesidade mórbida é uma forma que o sujeito encontra para satisfazer a pulsão de maneira suportável, através de um corpo que sufoca, diferentemente do corpo histórico, que desfruta da faculdade produtiva do símbolo. O corpo obeso mostra o que não pode ou não consegue expressar por meio da fantasia, do sonho e da linguagem.

Nesse ponto, podemos articular o cessar do comer compulsivo do obeso mórbido ao despertar em relação aos sonhos. Quando adormecemos, os desejos reprimidos, sentindo a censura diminuída, podem alcançar a consciência e serem satisfeitos, embora de forma alucinatória e disfarçada. Quando a pessoa acorda, seu ego retorna à capacidade plena de censura, e os desejos proibidos voltam ao estado de repressão. Da mesma forma, quando se come em excesso, os desejos reprimidos parecem se manifestar e até serem satisfeitos.

Nessa ânsia de atender à realização de um desejo, o corpo do obeso é colocado em risco crescente, ocorrendo uma tendência à autodestruição, talvez pelo fato de a alimentação

estar relacionada a uma necessidade vital e à regressão que lhe acomete, a uma fase oral infantil, quando o sujeito não tem condições de realizar sozinho sua função protetora. E o id age livre, tendo como único objetivo a satisfação: “A satisfação imediata e desregrada dos instintos, tal como o id exige, conduz com frequência a perigosos conflitos como o mundo externo e à excitação. O id desconhece a solicitude acerca da garantia de sobrevivência.” (FREUD, 1938, p. 227)

Segundo Freud (1926), podemos afirmar que, quando há uma falha na possibilidade de representação, é grande a chance de um sintoma se manifestar no corpo sob diversas formas como as somatizações, as doenças psicossomáticas, os distúrbios alimentares, como forma de defesa. O importante é que o sintoma, não tendo condições de transpor para o psíquico, aparece no corpo, como um sinal de que algo não vai bem, sendo a forma como cada sujeito tem para mostrar que existe um problema a ser ouvido. Como nos mostra Freud, no texto *Além do Princípio de Prazer* :

É adotada uma maneira específica de lidar com quaisquer excitações internas que produzam um aumento demasiado grande de desprazer: tendência a tratá-lo como se atuassem, não de dentro, mas de fora, de maneira que seja possível colocar o escudo contra estímulos em operação, como meio de defesa contra elas (FREUD, 1920/1976, p. 40).

Assim, poderíamos pensar a obesidade mórbida como uma defesa, um escudo protetor contra os estímulos internos, pois “a proteção contra os estímulos é, para os organismos vivos, uma função quase mais importante do que a recepção deles” (FREUD, 1920, p. 38). Dessa maneira, a clínica e as entrevistas realizadas para este estudo nos mostram o uso do mecanismo de projeção, quando os obesos afirmam e insistem serem externas as causas da obesidade, motivadas pelo social, pelo valor efetivo da alimentação, mas jamais questionam os motivos internos que poderiam contribuir para essa forma de funcionamento, uma ação agindo sobre o pensar e talvez até mesmo sobre o sentir.

Entretanto, como não existe defesa suficiente e eficiente que possa conter os estímulos internos, até porque, como Freud nos ensina sobre o inconsciente, o reprimido não oferece resistência alguma ao tratamento; pelo contrário, ele se esforça para sua irrupção na consciência, seja pela palavra ou pela ação. No caso dos obesos mórbidos, o que significa esse engordar até e muitas vezes além do limite máximo suportável ao corpo humano? Poderíamos pensar numa tentativa de conservação da vida, voltada para a sobrevivência enquanto não entra outro, o analista, que lhe dê sustentação para sair em direção ao novo, através de uma retificação subjetiva, o que vai possibilitar a entrada no processo analítico. Aí podemos

perceber a compulsão à repetição, que não promove entraves ao tratamento, como já foi descrito, uma reação terapêutica negativa, mas uma compulsão que se coloca além do princípio do prazer, como ocorre nos sonhos repetitivos, nas neuroses traumáticas e no brincar das crianças. Como esclarece Freud (1920), nas manifestações que acompanham esses fenômenos, o princípio do prazer e a compulsão à repetição estão presentes lado a lado, porém é mais difícil percebê-los, e mesmo que exista uma participação do princípio do prazer, este não é o suficiente para dar conta desses fenômenos, pois existe na compulsão à repetição “algo que parece mais primitivo, mais elementar e mais instintual do que o princípio de prazer que ela domina” (FREUD, 1920, p. 34).

Com efeito, talvez todo o sofrimento de alguns obesos mórbidos, que resulta no apelo e no apego a tratamentos fantasiosos, a dietas irracionais e que acabam por desembocar na cirurgia de redução de estômago, possa ser pensado como uma tentativa de se apegar à pulsão de vida. Freud nos mostra que a vida é feita de uma sucessão permanente de tensões perturbadoras, cuja liquidação é sentida como prazer, enquanto a pulsão de morte é silenciosa. No caso da cirurgia de redução de estômago, estamos diante de uma compulsão à repetição que atende mais ao princípio do prazer ou à compulsão à repetição que vai além do princípio de prazer? Quais os efeitos no psiquismo do sujeito a ela submetido?

4 O OBESO E SUA RELAÇÃO COM A OBESIDADE

4.1 Metodologia

Para este estudo, recorreremos ao campo clínico amparado na linha de pesquisa qualitativa e utilizamos, para a coleta de informações teórico-científicas, as entrevistas semiestruturadas em campo. A linha de pesquisa qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Para ele, há uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Elegemos o estudo de caso como metodologia por considerar que, através dele, consegue-se uma aproximação entre a clínica e o tema estudado, já que o instrumento de coleta de informações será a entrevista com pacientes que se submeteram à cirurgia de redução de estômago.

Se o estudo de caso incide sobre um caso particular, a generalização não é por isso excluída; contudo, as conclusões deverão ser marcadas pela prudência. A partir de um caso típico, o pesquisador pode extrapolar do particular para o geral, na medida em que leva em consideração não só os aspectos que convêm a ele pesquisar, mas todos aqueles que possam se verificar pertinentes.

O estudo de caso não serve mais, então, para abordar a exploração do domínio. É preferencialmente usado para o fim de precisar os conhecimentos adquiridos, esclarecê-los, aprofundá-los, destacar as particularidades e atualizar a diversidade de suas manifestações em função dos indivíduos.

Assim, para a coleta de dados, foi utilizado como técnica a entrevista semiestruturada.

A entrevista semiestruturada consiste em uma série de questões objetivas e discursivas abertas, preparadas previamente, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimentos junto às respostas obtidas, a fim de obter mais informações significativas. A entrevista, apresentada em anexo, será semiestruturada, a partir de questões abertas que visam à coleta de informações sobre os três momentos da vida do paciente que se submeteu à cirurgia de redução de estômago: antes da

cirurgia, o período da cirurgia e o pós-operatório, possibilitando uma visão ampla da história do paciente.

Os dados e informações obtidos por meio da entrevista e do depoimento serão analisados à luz da teoria psicanalítica de modo a atender à perspectiva da pesquisa. Os materiais coletados através das entrevistas e depoimentos serão armazenados por um período de um ano após a produção da comunicação final da pesquisa, que será feita através de artigo científico. Após esse prazo, o material coletado será destruído. Será respeitado, em qualquer situação, o anonimato dos entrevistados e demais participantes envolvidos na pesquisa.

Assim, será possível, através das entrevistas, cujo modelo se encontra em anexo, investigar os efeitos psíquicos da cirurgia de redução de estômago, levando-se em consideração o lugar que a obesidade ocupa na economia psíquica do sujeito.

O material utilizado na pesquisa foi o contingente humano dos entrevistados. O local para a realização das entrevistas foi o consultório da própria pesquisadora, que se responsabilizou pelo transporte e despesas dos entrevistados. A entrevista durou aproximadamente a duração de uma hora de sessão terapêutica, correspondendo a 50 (cinquenta) minutos, porém se estendeu para um pouco mais, levando-se em consideração as particularidades de cada sujeito ao abordar sua história pessoal referente ao processo de aquisição da obesidade mórbida, o processo da cirurgia e o pós-operatório.

Os entrevistados para este estudo foram: uma mulher, com 37 anos, e um homem com 33 anos. Os candidatos para a entrevista serão selecionados previamente através de indicações de colegas de profissão.

Os participantes foram contatados por telefone num primeiro momento para explicação sobre a pesquisa a ser realizada e esclarecimento sobre sua participação (pessoalmente, caso se fizesse necessário). Posteriormente, foi agendado um encontro para a leitura, esclarecimento e assinatura dos devidos termos de consentimento da participação no estudo. O anonimato foi preservado em todas as circunstâncias. O conteúdo das entrevistas e a configuração de informações serão tratados de modo a possibilitar a compreensão do obeso mórbido em seu processo de emagrecimento, a construção de sua subjetividade na contemporaneidade e, à luz da psicanálise e, para tanto, constituíram um estudo de caso.

O estudo de caso permitirá um aprofundamento maior na apropriação dos dados, na medida em que os recursos a serem analisados se veem dispostos no próprio caso, “não estando o estudo submetido às restrições ligadas à comparação do caso com Outros casos” (LAVILLE ; DIONE, 1999, p. 156).

4.2 Pesquisa de Campo: Estudo de Casos

4.2.1 *Margarida: Decisão pelo Desespero*

A entrevistada tem 37 anos de idade, é formada em gastronomia e exerce a profissão como profissional liberal. É solteira e não tem relacionamento afetivo. A família é composta pela mãe, com quem vive, e uma irmã, que é enfermeira, casada recentemente, cujo marido não é aprovado pela entrevistada. O pai faleceu há anos devido a complicações surgidas pelo uso abusivo de álcool.

A entrevista ocorreu após um atraso de pouco mais de 30 minutos, devido a uma consulta médica, o qual foi justificado com um telefonema. A entrevistada chega ao consultório demonstrando um pouco de agitação e, após cumprimentos, fala de alguns parentes que se encontram doentes e de uma morte ocorrida. Questiona novamente o motivo do estudo e se mostra interessada em quando ficará pronto e se poderá ter acesso às conclusões.

Como a entrevista foi dividida em três momentos, falamos a princípio de sua relação com a alimentação antes da cirurgia, de suas possíveis causas e tratamentos realizados.

A entrevistada relata: “Eu era compulsiva, comia demais e não tinha horário, toda hora era hora de comer. Comia toda hora, mas à noite era pior, e acordava muitas vezes de madrugada e só comia doces”.

Quando questionada sobre o ritmo da alimentação, disse ocorrer de forma acelerada, sem tempo para o metabolismo processar. Assim, a entrevistada jamais se sentia satisfeita. Ela fala de forma rápida e repetitiva, quase sem pausa. Fala em comer demais, sem fome, sem medida e sem escolha; qualquer coisa que via comia, sem motivos e com todos os motivos: comia por nervosismo, ansiedade ou alegria. Perdia o controle. Comia escondido. Era quase tudo escondido: pizza, biscoito recheado, refrigerante e, principalmente, doces. A entrevistada relata que a mãe sempre chamou sua atenção pelo excesso de chocolate, que, segundo ela, “era detonado”, ou seja, o consumo ocorria de forma compulsiva.

A entrevistada relata ainda que não fazia dietas ou qualquer tipo de tentativa de emagrecimento: “Nunca fiz exercícios físicos, nem na escola. Como tinha problemas no joelho, conseguia atestado. E aí comia mais pela frustração. Mas tudo era motivo para comer.

Os regimes eram de 15 dias, quando minha mãe fazia também para me ajudar.” Mas a dieta era apenas da mãe. “Como eu tinha dinheiro, fazia regime em casa, e na rua comia em dobro, chocolate, biscoito. Na rua, eu debandava.”

Ela conta que para compensar a compulsão por comida, começou com a compulsão sexual, para desviar a vontade de comer, fazendo parte de um grupo que se reunia com local, data e hora marcada para a prática sexual compulsiva.

No segundo momento da entrevista, abordamos a escolha da cirurgia, o motivo que levou a entrevistada a tal escolha e suas expectativas. Ela sempre inicia sua fala de forma sequencial, sem pausa. Conta que ganhou a cirurgia de uma amiga, cujo marido é dono de um grande hospital. A cirurgia foi um presente, pois a amiga, vendo seu estado, quis lhe ajudar, mas a tia da entrevistada foi a intermediária, pois a amiga não se sentiu à vontade para lhe falar diretamente, devido às suas alterações do humor. A princípio, ela conta não ter aceitado o presente, foi contra: “Eu bati o pé para não fazer. Tinha medo de morrer na mesa de cirurgia.”

A decisão em aceitar a cirurgia foi tomada num dia de desespero. Era mês de fevereiro e, ao sair para comprar roupa e não encontrar nada que lhe servisse, nem em lojas especializadas para pessoas com sobrepeso. A entrevistada liga, então, chorando para a tia e pede que fale com a amiga de sua decisão. Então, diante desse episódio da compra das roupas e da dor nos joelhos, aceitou. Relata que, como tinha muito medo de morrer na mesa de cirurgia, buscou na internet as informações sobre a cirurgia e suas consequências e, quando viu que os problemas seriam alcoolismo e compulsão sexual, fala de não ter ficado tão assustada, pois já tinha os dois, e o medo de morrer não a importava mais; se tivesse que morrer, morreria, e pronto. O fato referido ocorreu no fim de semana, e já na segunda-feira a entrevistada vai ao médico e começa uma bateria de exames. Vai ao psicólogo, que aconselhou a terapia antes, durante e depois. A cirurgia escolhida foi de capela, realizada há nove anos, quando pesava por volta de 158,5 kg .

O terceiro momento da cirurgia diz respeito ao pós-operatório e às mudanças que a cirurgia trouxe para sua vida tanto em relação à alimentação quanto às mudanças orgânicas e emocionais.

A entrevistada relata que teve apenas um dia muito marcante em sua vida pós-cirurgia: “Foi muito ruim, pois a dieta prescrita pelo médico constava apenas de duas colheres de gelatina. Imagina! Eu, que comia dois pratos cheios, uma pizza grande, dois litros de refrigerante. Fiquei fraca e não aguentava nada, era uma fraqueza geral por falta de comida.”

Então, a irmã, que é enfermeira, bateu no liquidificador fígado de boi e lhe deu para tomar, o que, segundo ela, lhe restabeleceu as forças. A irmã, que estava de viagem marcada, mudou a sua dieta, e ela relata não ter tido mais problemas, apesar de afirmar que sentia momentos de ansiedade e tristeza ao comer.

Ela relata que o outro problema enfrentado após a cirurgia foi a alergia aos pontos cirúrgicos. Conta ainda ter tido anemia, mas não associa tais à cirurgia, e sim à falta de comida. Provocava vômitos, que foram interrompidos após seis meses de cirurgia, pela advertência do psiquiatra e vigilância da mãe. A entrevistada apresenta ainda o problema do refluxo. Relata que, após perder em torno de 70 kg, pára de emagrecer. Quando chega aos mais ou menos 95 kg, engorda mais ou menos 15 kg, o que lhe provoca muita indignação e um grande susto, pois havia se passado apenas três anos da cirurgia. A entrevistada conta que, se não “fechasse a boca”, engordaria novamente e teria que manter um regime rigoroso, comer de três em três horas, o que é difícil devido ao tipo de profissão que tem. Hoje, pesa 108 kg, sendo o seu peso ideal 70 kg, que nem ela nem a endocrinologista que a acompanha consideram bom. O aumento de peso vem acontecendo aos poucos, e isso a preocupa.

Algumas das mudanças nos hábitos alimentares da entrevistada foram: passou a evitar carne, pois embrulha o estômago e provoca o vômito, provocando um gosto amargo na boca, que só passa após ingerir muita água gelada. O arroz também tem sido difícil de comer, por ter que mastigar muito, o que provocou desgaste nos dentes da entrevistada. Devido a isso, teve que se submeter a um tratamento odontológico constante e sério. Sua alimentação se resume, pois, à comida mais pastosa, porém o ritmo mudou pouco. Come um pouco menos aceleradamente, menos que antes da cirurgia e mais que no pós-operatório. Relata algumas mudanças sem explicação, como não conseguir comer na casa dos outros, pois passa mal, e não beber mais água gelada nem refrigerante.

A entrevistada relata ainda que continua acordando muito à noite, mas, em lugar da comida, toma muita água, e acrescenta que a diminuição da fome está ligada ao uso de topiramato e, sem a medicação, a fome aumenta aos poucos.

Seu humor continua como antes, cheio de altos e baixos, e acredita que até piorou. Logo após assim afirmar, em seguida nega, alegando estar melhor. Na sequência, diz sentir um desânimo muito grande, de precisar ser empurrada para trabalhar, mas esclarece que tudo isso é apenas orgânico. Fala da saúde orgânica, que após a cirurgia parece ter piorado, com o aparecimento de uma série de dores e vários problemas, como no coração e alteração na glicose. A compulsão sexual aumentou após a cirurgia, mas disse ter interrompido a prática,

devido aos problemas no coração, uma vez que a cardiologista não sabe precisar qual doença ela tem no coração.

A bebida se tornou para a entrevistada um problema sério, pois trocou comida pela bebida, com medo de engordar. Mas, novamente após interferência da mãe, alertando sobre os efeitos do álcool entre os familiares, diminuiu o consumo, pois costumava beber todos os dias, após a faculdade, mesmo trabalhando à noite. Explica que o sexo é para tampar algo do passado, mas a bebida é por prazer, pelo sabor.

Terminamos a entrevista, porém a entrevistada me pede o endereço do meu email, caso se lembrasse de alguma outra coisa. Passados alguns dias, envia o complemento da entrevista, alegando que se lembrou de algumas coisas que poderiam ser importantes. Diz sentir muita azia, seguida de mal-estar com quase tudo que come, e não saber se é devido aos vômitos provocados, pois já se sentia assim antes deles. Sustenta que a cirurgia a capela é muito radical e, com isso, traz coisas boas e ruins. As ruins são: todo o nutriente necessário saiu de seu organismo; sente muitas câimbras e o intestino não funciona, continua muito preso. Apesar dos esforços, não tem tido solução. Passou a sofrer os efeitos da TPM – Tensão pré-menstrual, que não tinha antes da cirurgia, e, apesar do tratamento, o resultado não é satisfatório, e nos dias de mais crise fica muito irritada, mais do que o normal, o que a leva a um círculo vicioso. No lugar do choro, passou a falar muito, a ponto de se incomodar, e isso desencadeia uma forte dor de cabeça, cólicas, além de provocar vômito.

Por fim, a entrevistada relata outras situações em que provoca o vômito, como quando sente o cheiro da comida, até quando é ela quem cozinha; quedas de pressão arterial e calafrios com duração curta; esquecimentos frequentes; anemia acentuada e dificuldade para realizar as tarefas com a mesma rapidez de antes. Mas, insiste: “Sei que isso tudo é fator orgânico, falta de algo que está desencadeando isso.”

4.2.2 João: Cirurgia, Escolha da Mãe

Esta entrevista foi realizada também com atraso de aproximadamente 30 minutos, sendo justificado pelo trânsito e pela dificuldade em estacionar.

O entrevistado é um rapaz de 33 anos de idade, solteiro, sem relacionamento estável, apenas algumas paqueras, ficantes, com ensino médio. Exerce a profissão de taxista, é brasileiro, descendente de pais libaneses, e filho único.

Ele se mostrou muito tímido, com muita dificuldade para se expressar, tom de voz muito baixo, atendo-se apenas a responder às perguntas. Este comportamento se manteve durante toda a entrevista e apenas no final o entrevistado esboçou sorrisos, numa expressão de alívio.

Iniciamos a entrevista falando de sua relação com a alimentação antes da cirurgia, seu ritmo ao comer, os motivos que o levavam a comer. Ele relata que comia várias vezes ao dia e apenas besteiras: sanduíches, massas, doces, refrigerante, principalmente coca-cola. Não tinha horário, comia a qualquer hora, porém comida de sal, como almoço ou jantar, consumia muito pouco.

Não tinha dificuldades para comer fora, pois seu trabalho é na rua. Então, durante o trabalho, consumia salgados, sanduíches e refrigerante. Em casa, comia sempre mais do que na rua, principalmente à tardinha, e à noite comia muito e sem atentar para a quantidade. Chegava a perder o controle, não sabia direito a hora certa em que sentia fome, que era constante. Não sabe explicar direito como seria esse perder o controle. À noite, quando saía com os amigos, comia, mas não sabe dizer se motivado por fome ou pela companhia. Quando questionado como era esse comer sem fome, não consegue explicar, cala-se e lança um olhar distante, parecendo buscar uma explicação, que não vem. Sabe somente falar de uma fome constante. A satisfação durava muito pouco e logo começava a comer besteiras novamente. Não sabia a hora de parar, comia o dia todo.

Relata que engordou ainda criança, com o uso de corticóides, devido à alergia, que se iniciou após cinco anos de idade. Acredita que o peso aumentou muito na adolescência, por volta dos 12 anos, mas não tem certeza. Fez no máximo três regimes, mas voltou ao peso anterior. Então, continuou comendo muito e não fez mais nada para compensar o excesso, nem dieta nem atividade física. O peso não o incomodava, não era problema. Antes da cirurgia era de 196 kg.

No segundo momento da entrevista, falamos da opção pela cirurgia.

A cirurgia foi ideia de seus pais, principalmente da mãe. Inicialmente, o entrevistado colocou-se contra a ideia, mas, mesmo assim, realizou uma consulta com o cirurgião e alegou para este que faria a cirurgia pelos seus pais, sobretudo a mãe, pois ele não se importava com

o peso que tinha. O médico disse que, nestas condições, não iria operá-lo, pois ele “não operava gordo feliz”.

Mesmo assim, realizou todos os procedimentos do pré-operatório: consultas com a nutricionista e com o psicólogo: “Percebi que eu precisava da cirurgia devido à pressão alta, nefrite, lúpus durante os encontros com a psicóloga e nutricionista, que duraram uma semana.” Em seguida, realizou os exames médicos e foi operado, mas, segundo ele, “mas aí eu queria operar”. Realizou a cirurgia de ligação do intestino ao estômago, que retira 90% do estômago e introduz um anel. O entrevistado não sabe explicar o porquê da escolha deste tipo de procedimento e nem ao certo quanto tempo faz que foi operado, talvez por volta dos seis anos. Na época, usava medicação para pressão. A expectativa em relação à cirurgia era ficar mais saudável, diminuir as complicações da saúde, a pressão alta e os problemas que tinha. Afirma, contudo: “A obesidade nunca dificultou meus relacionamentos.”

O período do pós-operatório, para o entrevistado, foi muito difícil. Os primeiros quinze dias incluíam apenas dieta líquida: 50 ml por hora, após três dias de jejum total. Depois, comida pastosa, muito pouco, mais caldo de feijão com carne. Em seguida, comida mais consistente. Depois desse período, o entrevistado foi liberado para comer de tudo, mas durante um ano não conseguia comer carne e bebida gasosa.

O entrevistado afirma que chegou a pensar que seria pior, uma vez que ele comia muito e que tinha que parar de uma vez, mas não sentiu fome. Em seguida, relata ter vontade de comer sanduíche, mas nada assim exagerado (nesta hora, seus olhos se enchem de lágrimas). Depois, a comida de sal passou a machucar seu estômago, o que levou o entrevistado a comer biscoito de polvilho, doces, refrigerante e, com o tempo, voltou a engordar. Ele não sabe precisar quanto tempo após a cirurgia voltou a engordar. Também não sabe explicar porque não voltou ao médico, mas “não foi por tristeza”.

Após a cirurgia, ao longo de um mês perdeu 32 kg. Chegou a pesar 108 kg. No total, perdeu 82 kg no curso de mais ou menos um ano: “Fiquei muito bem, mais leve, pois tinha dificuldade para andar devido ao peso. Tudo normalizou a pressão alta – e parei de usar medicação.” Após um tempo (não sabe dizer quanto ao certo), começou a comer “besteiras”, doces, e a “comida de sal”, como dito, machuca seu estômago. Voltou a engordar e, hoje, pesa 144 kg, que para ele está normal, pois a sua pressão normalizou. O entrevistado faz apenas hemograma uma vez por ano, para controle do lúpus.

Hoje come mais devagar, mas mais besteiras. A alimentação é a mesma de antes da cirurgia, com um pouco mais de besteiras, só que em menores quantidades, pois o

entrevistado come de duas em duas horas. Ele relata que não alcançou todas as metas, pois quando voltou a engordar foi por erro seu, em função do fato de comer muito e mal e de não fazer cirurgia plástica.

O entrevistado conta ainda que a mãe também fez a cirurgia de redução de estômago, com o mesmo médico. Ela não era tão gorda, tinha menos de 100 kg, mas era muito vaidosa. Em uma consulta com o cirurgião, ela comentou sobre o aumento de peso do filho e obteve a explicação de que seria pela necessidade da plástica, pois, de acordo com o médico, o corpo entende que os espaços vazios devem ser preenchidos com a gordura. O entrevistado, contudo, não desejava fazer a plástica, mesmo engordando. Quando questionado sobre o peso que gostaria de ter, alega nunca ter pensado nem sobre o peso que tinha ou que desejava ter, mas explica que ter tido 108 kg não foi bom. Ele diz ter achado esquisito, talvez pela altura, achou que ficou muito magro e acredita que 120 kg seria o peso ideal.

O entrevistado diz estar mais feliz após a cirurgia, mais extrovertido. Ele não se comunicava com facilidade antes da cirurgia, e agora os relacionamentos também melhoraram e ele fez novas amizades. Afirma que comia em excesso pelo mesmo motivo que come hoje, não sabe dizer ao certo por que, talvez por distração, stress trabalho ou ansiedade. Mas, hoje, não consegue comer em excesso e, após a cirurgia, come de duas em duas horas, o que dá no mesmo, segundo sua observação. Às vezes passa mal, quando come carne e arroz, tendo que provocar vômito. No começo era frequente, hoje, nem tanto. Atualmente usa vitaminas, as quais, segundo ele, serão para o resto de sua vida. Ele afirma estar satisfeito com a cirurgia, já que não toma mais remédio para pressão.

4.3 Análise das Entrevistas

Percebemos no discurso do sujeito um modo particular de falar de si, de suas escolhas e, conseqüentemente, da escolha pela cirurgia de redução de estômago e de suas conseqüências. O discurso dos entrevistados é marcado por contradições, ambigüidades e muita negação. As afirmativas são realizadas em forma de negativas, o que nos indica a dificuldade em expressar o próprio desejo não apenas para o entrevistador, mas principalmente para si mesmos. Essa atitude se encontra presente nas duas entrevistas: nos atrasos, na escolha pela cirurgia. No caso de Margarida, esta agenda com mais de um mês a

entrevista e precisa ir ao médico, cuja consulta já estava marcada anteriormente. Outro exemplo de negação usado por Margarida é tentar justificar durante toda a entrevista que fazer a cirurgia foi uma excelente escolha, porém, passados alguns dias da entrevista, isto é negado, quando a entrevistada envia um email explicando todas as suas complicações e sofrimentos.

João é taxista e mesmo assim chega atrasado, alegando complicações no trânsito, apesar de ter escolhido o horário para a entrevista num horário de menor movimento. Com a ajuda de Freud, a partir de seu texto *A negativa* (1925), podemos entender que se trata de um procedimento utilizado pelo paciente para negar algo que lhe pertence, em geral, usando o raciocínio lógico para justificar a alegação. Ademais, João, quando não consegue explicar algo com razão, usa sempre as frases “Não sei direito”, “Nunca pensei nisso” etc., que corroboram a afirmativa de Freud (1925, p. 296) : “A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido” , porém, sem que isso garanta a aceitação do que está reprimido, sendo, dessa forma, pertencente à pulsão de morte e à compulsão à repetição.

Percebemos ainda a presença maciça e destruidora da pulsão de morte, que silenciosamente opera num processo de desfusão entre as pulsões e garante a supremacia sobre a pulsão de vida, através da maneira como lidam com a alimentação.

A forma de alimentação dos entrevistados mostra a diferença entre o corpo regido pela necessidade biológica e o corpo pulsional. Para o corpo biológico, há um limite na ingestão de alimentos que garante a sobrevivência e a saciedade. Mas, para o corpo pulsional, a satisfação não virá, por mais que se coma. Apoiado de início na fonte orgânica, não haverá limites, pois, sob o efeito da pulsão de morte, nada será suficiente para garantir a satisfação e a saciedade, conforme podemos confirmar no discurso dos entrevistados. Como nos fala Margarida: “Não tinha horário, comia a qualquer hora. A fome era constante. A satisfação durava muito pouco tempo e logo começava a comer besteiras. Não sabia a hora de parar, comia o tempo todo. Eu era compulsiva, comia demais e não tinha horário. Toda hora era hora de comer. Mas à noite era pior, acordava de madrugada e devorava caixas de chocolate. Perdia o controle e comia escondido.”

O ritmo da alimentação basicamente não se alterou com a cirurgia, tampouco a compulsão alimentar, pois hoje os entrevistados comem seguindo orientação médica, em quantidades menores, porém mais vezes ao dia, como afirma João: “A alimentação é a mesma de antes da cirurgia, com um pouco mais de besteiras, só que poucas quantidades. Como de duas em duas horas.” Segundo Margarida: “A alimentação agora é mais pastosa, o ritmo continua o mesmo, mudou muito pouco. Continuo acordando à noite, mas no lugar da comida

tomo água. E o topiramato diminui a fome, pois sem ele a fome aumenta aos poucos. Tô engordando porque como.”

Assim, percebemos que a fome do obeso é pulsional, como nos mostra Recalcati (2002), sendo que o corpo e a fome inumana da obesidade, sempre em excesso, parecem manifestar o “fundo obscuro e indomável do real acéfalo da pulsão, o caráter residual da animalidade como impulso a um gozo mortífero” (RECALCATI, 2002, p. 53). Com isso, nos deparamos com a dificuldade dos obesos em barrar o circuito pulsional, em recusar o alimento, o que pode indicar a existência de uma colagem entre a necessidade e o objeto pulsional. Isso pode se ilustrado pela fala de Margarida: “Fazia regime em casa e na rua comia o dobro. Na rua eu debandava. E quando não comia muito na rua, em casa eu comia o quádruplo.” João também nos mostra a intensa dificuldade em dizer não, em recusar: “Eu comia muito sem perceber a quantidade, E não sei explicar direito essa fome.” Assim, encontramos a devoração e a incorporação infinitas, a impossibilidade de recusar o objeto-alimento. Tem-se sempre o dever de dizer sim.

Percebemos ainda o caráter repetitivo, monótono da pulsão de morte, presente na compulsão alimentar no discurso de João e, principalmente, no de Margarida, ao falar de suas outras compulsões: “Para compensar a compulsão por comida, comecei a compulsão sexual, para desviar a vontade de comer. E com a cirurgia a compulsão alimentar aumentou e por medo de engordar troquei a comida pela bebida.” Margarida trocou a comida pela bebida, desenvolvendo a anorexia alcoólica, nomeada pela psiquiatria como a *drunkorexia*, na qual o álcool age como um inibidor do apetite e, à medida que seu efeito passa, a ingestão e a frequência de álcool vai aumentando e, com isso, evita-se a alimentação. Como a bebida passa a ser consumida com o estômago vazio, seu efeito é acelerado de forma que a pessoa passa a se sentir bem rapidamente, o que a leva a um ciclo vicioso.

Margarida ainda fala : “E tem dias que falo tanto que até eu fico incomodada, pois não tem sentido nem valor o que é dito.” Observamos o sofrimento dos entrevistados em se livrar de um hábito já tão arraigado e como sua não execução assemelha-se a uma síndrome de abstinência, uma vez que a falta do objeto, o incômodo e a ansiedade são vividos de forma quase mortal. Na obesidade percebemos que através do mecanismo de deslocamento e projeção buscam-se Outros objetos, troca-se uma compulsão por outra.

Assim, o comer vai além do princípio do prazer e assume um caráter verdadeiramente mortífero, e, aprisionado neste circuito pulsional, o sujeito é mais agido do que age. Nesse sentido, Recalcati coloca a obesidade como uma doença efetivamente da infância devido à

opressão do sujeito como objeto do Outro, pois, não cedendo à separação, se aliena ao desejo do Outro.

Este é outro ponto bem marcante nas duas entrevistas. A relação edípica se configura numa forte ligação com a mãe, com quem ambos ainda mantêm laços que vão desde um cuidado a uma extrema dependência. O pai praticamente não é falado pelos entrevistados, a não ser por Margarida, ao falar do alcoolismo de seu pai. A figura paterna parece não conseguir realizar sua função de corte, de instalação da lei de forma satisfatória, desde o período do desmame, ou seja, não exercia a função de forma que garantisse a interdição do gozo mãe-filho. Daí se pode pensar que a falta de limites na ingestão alimentar pode associar-se a uma insuficiência da inscrição na lei, advinda da função paterna. A mãe aparece como uma figura forte e marcante, cuja interferência é decisiva nas escolhas dos filhos. No caso de João, este alega que chegou a ir ao médico para operar para agradar sua mãe: “Cheguei a falar com o médico que operaria para agradar meus pais, principalmente a minha mãe. Mas ele disse que não operava gordo feliz.” E, após a consulta com a psicóloga, se convence de que a cirurgia era sua melhor opção. Parece haver uma projeção da figura materna na psicóloga.

Se tomarmos como eixo as operações de constituição do sujeito, localizaremos os entrevistados colados a suas mães. Este momento é descrito por Freud como pré-edípico, no qual tanto meninos como meninas escolhem a mãe como primeiro objeto de amor. Estando, portanto, aprisionados nesse momento da constituição subjetiva, esses sujeitos resistem em afastar-se do Outro-materno, o que lhes garante uma fixação na fase oral, como via de obtenção de prazer, pela comida, pela fala excessiva, pela bebida. Parecem manter um caráter passivo em relação à mãe, submetem-se ao desejo da mãe, sem irem em direção ao pai, o que lhes colocaria numa posição ativa. E isso acaba sendo perpetuado pela vida, ou seja, precisam de alguém que agencie seu desejo, que lhes aponte o caminho, mesmo que este não faça parte de sua escolha. Assim, é a amiga de Margarida quem traz a ideia da cirurgia, a psicóloga quem convence a João aceitar o pedido da mãe e aceite a cirurgia. Então, podemos perceber como os entrevistados permanecem alienados do desejo ao Outro e, não conseguindo ir em direção à segunda operação de constituição da subjetividade, há a separação, que culminaria na travessia edípica.

Como as demandas desse bebê foram atendidas? Como ocorreu a libidinização do corpo via cuidados físicos e via palavra?

Ainda pensando na relação mãe-filho, podemos inferir que essas mães não conseguiram (nunca será possível conseguir por inteiro), de forma satisfatória, o exercício de

sua função materna, ao exercerem a preocupação materna primária. No caso de João, parece estarmos diante de uma mãe-morta, muito voltada para si mesma, pois, como ele relata, “ela é muito vaidosa. Até fez com o mesmo médico a cirurgia de redução de estômago, mas pesava menos de 100 kg.” André Green, em seu livro *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (1983), também nos fala da importância da figura materna na constituição do psiquismo e das possíveis patologias psíquicas futuras, ao descrever a existência da mãe-morta, “uma mãe que se mantém viva, mas que, por assim dizer, está psiquicamente morta aos olhos da pequena criança, seu filho, em seu carinho e cuidado” (GREEN, 1988, p. 148).

No caso de Margarida, parece que os cuidados foram maciços e o tempo de espera para atendimento de suas demandas, flexível: sua mãe, sem necessidade inicia um regime para ajudá-la. Parece que essas mães, dentro de seus limites enquanto sujeitos, exerceram a função da mãe-calmante, já descrita por Fain, buscando acalmar o filho a todo custo para acalmar a si mesmas. Esta parece ser a situação de Margarida: para ela, as dificuldades da mãe vão ao encontro do que nos fala Mahler (1982) sobre a necessidade da disponibilidade psíquica da mãe para ajudar o seu bebê no desenvolvimento de seu psiquismo, apesar da interpretação de suas necessidades estar submetida ao inconsciente materno e, portanto, sujeita a equívocos.

Dessa forma, ocorreu uma falha na simbolização e os sujeitos permanecem fixados ao objeto-seio, recusando-se à vivência do trauma do desmame, a separação. O que resta ao sujeito é o corpo para expressar em seu excesso, o que não é possível simbolizar, pois não diz respeito à linguagem, mas sim ao somático, que toma conta do real do corpo.

Isso é o que muitos autores, entre eles Recalcati, mais especificamente, observa como uma atitude dos sujeitos quanto a adotarem uma espécie de pensamento concreto-operatório, o que garante a separação entre afeto e pensamento, entre o sujeito e a sua realidade psíquica. Na clínica, encontramos esses sujeitos que se atêm à descrição do cotidiano, sem implicação afetiva, como dificuldade própria de assumir sua participação na construção de sua história. Eles trazem uma palavra vazia separada do ser do sujeito, a inadequação do simbólico para interferir no real do corpo, que acaba funcionando como um fenômeno psicossomático.

A imagem corporal é formada a partir da relação especular entre o bebê e sua mãe, sendo que a mãe é quem confirma ao filho a certeza de que ele vê é a si mesmo durante o estágio do espelho, separado do corpo de sua mãe. A mãe possibilita que a criança veja diante do espelho dois corpos, o dela e o de sua mãe. Esse olhar a si mesmo, agenciado pela mãe, permite à criança ver que a mãe tem um olhar particular e que este se estende além dela, o que promove o crescimento saudável do bebê e também a saída da mãe do período já mencionado,

de preocupação materna primária, e voltar-se para o marido e Outros interesses. Mas, no obeso, a percepção do gordo ocorre de forma sofrida, muitas vezes apenas quando o corpo se acha tomado pelo excesso de gordura, como ocorreu com Margarida, que se decidiu pela cirurgia no momento de desespero quando nem em lojas de roupas para pessoas com sobrepeso encontra roupas. Mas, diante do corpo magro, parece que este é visto como um monstro. Margarida se desespera pela feiura do corpo ou pelo excesso de devoração que não consegue barrar?

Outro ponto nas entrevistas são os indicativos da presença de um estado de depressão que se encontram esses sujeitos. Eles trazem um discurso distante de si, como se contassem a história de outra pessoa. Falam de instabilidade de humor, da irritabilidade, do afastamento do convívio social e alegam que não apresentaram muitas mudanças após a cirurgia. Podemos pensar que a obesidade funcionava como uma proteção contra os efeitos de uma depressão e também como um impulso ao “consumo indiscriminado do objeto-alimento que vem no lugar do objeto perdido” (RECALCATI, 2002, p. 67). Assim, o corpo obeso se transforma num corpo demasiadamente cheio de objeto, que o sujeito vive com um vazio infinito.

A forma que o corpo obeso adquire contrapõe-se completamente ao padrão de estética de contemporaneidade, mas parece que os entrevistados não se importam muito com este fato. Apesar do momento atual, a sociedade se vê capturada pelo discurso capitalista com favorecimento ao consumo e um grande elogio ao corpo magro, esbelto, como sinônimo de saúde, sucesso pessoal e profissional. Como nos mostra Le Breton (2003), o corpo se tornou rascunho a ser modificado, criado. Tendo como recurso as diversas técnicas cirúrgicas, os sujeitos entrevistados não se mostram seduzidos por esse discurso. Ambos não se importam com o corpo obeso, não demonstram incômodo nem pessoal nem profissional, não apontam para um desejo de ter um corpo magro, pelo contrário, querem manter um peso com o qual se sintam bem, que é um corpo obeso, apesar da cirurgia. João nos fala: “A obesidade nunca dificultou meus relacionamentos. Nunca me incomodei com meu corpo, levava uma vida normal”. E, com o emagrecimento decorrente da cirurgia de redução de estômago, João ainda nos fala de um estranhamento diante de um corpo mais magro. “Ter tido 108 kg não foi bom para mim. Achei que ficou esquisito. Uns 120 kg estariam bons. Hoje tenho 144 kg, e acho normal”. Margarida também relata o incômodo com a perda do peso: “Após perder mais ou menos uns 70 kg, parei de emagrecer e engordei de novo. Hoje estou com 108 kg. O peso ideal pelas normas seria uns 70 kg, mas nem eu nem minha endocrinologista achamos bom.” A entrevistada, contudo, não sabe falar qual seria o seu peso desejado.

É como se eles não percebessem o próprio corpo, e o corpo sarado, esbelto do outro não entra como objeto de desejo, cobiça, inveja ou, por nos mostrar que independente do momento atual, desse consumo exagerado, não é isso o que lhes importa, parece que suas dificuldades em perceber o próprio corpo dizem muito mais de uma fusão com o corpo da mãe, que não pode ser separado. O incômodo com o olhar do outro sobre o próprio corpo não seria uma forma de vislumbrar a possibilidade de uma separação? E esses sujeitos, ao se recusarem a manter o corpo magro após a cirurgia, precisando voltar a pelo menos um sobrepeso, não estariam nos indicando o horror em lidar com a castração? Neste caso, a cirurgia, que poderia funcionar como um corte, a inscrição simbólica de um traço referente à função paterna, não tem efeito sobre a relação fusional mãe-filho?

Assim se apresenta o corpo obeso – um corpo que não fala, que não desfruta da faculdade produtiva do simbólico, mas é um corpo que sufoca, devido ao demasiado cheio de gozo que o marca (RECALCATI, 2002). Assim, podemos perceber como ocorre uma separação do eu da imagem do corpo criada no imaginário de forma narcísica e que aparece como um escudo que os defende, mas não os representa.

Este estudo nos possibilitou perceber que o corte cirúrgico reduziu o estômago, mas não foi capaz de promover um efeito no simbólico; pelo contrario, intensificou-se a proteção que o corpo efetua. Reduziu-se o estômago, mas não se desviou a pulsão da satisfação oral. Segundo Freud (1915), a pulsão pode tomar diferentes caminhos, desde que encontre satisfação, mas, no caso dos entrevistados, a pulsão oral resiste em tomar outros modos de satisfação, seja na forma de alimentação, que basicamente não se alterou, seja na intensificação de sintomas ligados à oralidade, como as compulsões, que se mantiveram mais graves.

Com a cirurgia, parece ter havido um movimento mais intenso, um agravamento do poder demoníaco da pulsão de morte, o que, no caso de João, nos mostra seu lado mais sombrio e silencioso, que lhe consome a vida e se agrava com a apresentação de um quadro depressivo mais intenso após a cirurgia. João, ao ser entrevistado, provoca na pesquisadora uma sensação de que a vida lhe escapava, que escorria diante de seus olhos, porém sem que o percebesse. No caso de Margarida, apesar de a cirurgia ter lhe provocado uma série de complicações orgânicas e emocionais (que a entrevistada nega durante toda a entrevista e mesmo no email), parece haver um movimento pulsional diferente do que ocorre em João: há o grande paradoxo que a pulsão de morte nos mostra, um agravamento, um quase encontro

com a morte real, mas a serviço da vida, desde que encontre um outro, analista, que seja seu espelho, a fim de que reflita seu pedido de socorro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta neste estudo foi analisar a obesidade mórbida a partir dos conceitos da psicanálise freudiana. Neste sentido, a partir do discurso dos entrevistados, no que diz respeito à voracidade do comer, fez-se necessário percorremos a importância do vínculo materno para o surgimento da subjetividade humana. A partir das necessidades físicas e biológicas, a mãe vai libidinizando o corpo do seu bebê, até que este se constitua como um corpo erógeno, marcado pelo movimento das pulsões. Estas pulsões inicialmente se apresentam de forma parcial, sendo privilegiada a cada fase do desenvolvimento uma zona erógena: oral, anal e fálica. Em cada fase ocorrem separações entre a mãe e seu bebê, as quais se iniciam com o nascimento, desmame até culminar na vivência edípica. Tais separações serão reeditadas ao longo da vida de todo e qualquer ser humano e, dependendo da forma como o sujeito atravessou cada uma dessas fases, sua postura frente à vida adulta será determinada. Quanto menos adequadamente o sujeito lidou com as separações ocorridas na infância em cada fase de seu desenvolvimento, mais essas repercutirão na fase adulta em forma de dificuldades, quando a vida exigir que o sujeito se posicione frente a novas separações.

Pudemos observar que a obesidade, assim como a investigação e preocupação com o emagrecimento, não é um tema atual. Pensamos que a valorização que se deu à discussão sobre a obesidade talvez seja uma tentativa de apaziguar os questionamentos sem resposta sobre a dificuldade em explicar o emagrecimento e mesmo as causas da obesidade. Estes questionamentos ainda continuam sem respostas e seu modelo de entendimento e tratamento se baseia no modelo médico. Segundo este modelo, a causa da obesidade se resume à ideia de ingestão calórica maior do que é permitido à pessoa e gasto energético menor. Não se questiona, entretanto, o que leva à voracidade, à compulsão alimentar. Dessa forma, é crescente o número de tratamentos de emagrecimento e estética dentro dessa perspectiva dicotomizante mente-corpo. Os aspectos psíquicos e emocionais são pouco valorizados e, quando levados em consideração, dizem respeito às consequências da obesidade, tendo como parâmetro a idealização de um corpo magro, tão difundido na sociedade contemporânea. Neste ponto, acreditamos não haver diferença quanto ao lugar ocupado pela obesidade na história, o *status* social e doença, pois ainda nos encontramos sem respostas e questionamentos que possam realmente levar à maior compreensão da obesidade, e, quando o

ser humano não consegue uma resposta, cria-as, mesmo que seja de uma forma mítica, estigmatizada ou sobrenatural.

Dentro dessa realidade, a obesidade se tornou o foco de atenção dos profissionais da área de saúde, a partir do momento que passou a ser considerada uma doença. O presente circula em torno das causas e consequências da obesidade, e daí surgem os diversos tipos de tratamento oferecidos, nos quais o foco principal está na perda de peso e melhoria física e orgânica da saúde, com o objetivo de se recuperar a autoestima, perdida com a obesidade. O corpo passa a ser operado como um objeto para a constituição da pessoa, que deve ser modificado quantas vezes for necessário até que se consiga chegar ao ideal. Mas, como o ideal a ser conquistado não diz respeito ao sujeito e à sua história, mas, muitas vezes, cede à demanda de uma sociedade capitalista, os tratamentos em grande parte são fracassados. Sabemos que existe um mercado que vende ilusões das mais variadas formas, desde tratamentos para queda de cabelo e impotência sexual, empregos com rendas fabulosas, e, como a obesidade se tornou uma epidemia mundial, com mais questões que soluções, também foi abocanhada por tal mercado. Os tratamentos fracassam não por estarem incorretos ou venderem ilusões, pois sabemos que não é possível emagrecimento sem reeducação alimentar ou mesmo sem dieta (que implica uma retirada de alguns alimentos) e atividades físicas, mas pela forma como estes tratamentos são oferecidos e principalmente como o sujeito se coloca diante deles.

Acreditamos que, nesse ponto, podemos fazer uma interlocução com a sociedade pós-moderna, discutida no primeiro capítulo deste estudo. Muitos autores acreditam ser a obesidade decorrente da pós-modernidade, considerada como parte da clínica dos novos sintomas. Mas, ao longo deste estudo, pudemos perceber que a obesidade é um problema tão antigo quanto a existência do homem, sendo abordado desde a Antiguidade. O ponto que nos chama atenção é o aumento de casos, a ponto de configurar-se uma epidemia com proporções mundiais, independente de posição social, econômica e cultural. Assim, poderíamos interrogar o que pode estar contribuindo para este crescente aumento de casos de obesidade. Levar em consideração a fartura alimentar, o aumento dos *fast food* e atribuir este fato aos avanços tecnológicos que trouxeram mais comodidade e conforto seria desconsiderar o psiquismo humano, pois, afinal, nem todos os que estão inseridos nesta época histórica são ou se tornaram obesos mórbidos. Então, para tentarmos entender a situação, precisamos recorrer à psicanálise e considerarmos a particularidade do sujeito que está obeso mórbido. Segundo

Recalcati (2002), a dificuldade de acesso ao metabolismo simbólico precede fundamentalmente a dificuldade do metabolismo fisiológico.

Na sociedade pós-moderna, observamos o avanço do discurso capitalista que sustenta a ideia do tudo consumir, de forma incessante e globalizante, na ilusão de que nessa consumação infinita e desenfreada, a falta-a-ser constitutiva do sujeito, possa ser magicamente resolvida, com os diversos objetos oferecidos a ele. O discurso capitalista, perversamente, não apenas oferece os objetos a serem consumidos para solucionar o que falta, mas junto com eles cria também uma nova falta, que deve ser resolvida com o consumo de outro objeto. Dessa forma, o discurso social pautado na demanda compulsiva de objetos parece encontrar ressonância na compulsão que ocorre em alguns casos de obesidade e, neste caso, a satisfação não virá, e sim o efeito mortífero da pulsão. Dessa maneira, os obesos se consomem, acreditando consumir alimentos que lhe satisfazem, e depois consomem objetos para o emagrecimento. Porém, como estes objetos, estes tratamentos mágicos, são pseudosoluções, a pulsão de morte reina absoluta sobre a mediação da pulsão de vida, e o corpo se reduz a um continente de objetos de gozo.

Levando em conta as considerações de Recalcati (2002), o que podemos observar neste estudo é que a obesidade é uma patologia da infância, sendo recusada a separação com a mãe. Com isso, o sujeito permanece alienado ao desejo do outro, o que acaba entrando em sintonia com o momento atual, pois esse consumo excessivo de objeto o coloca como objeto do gozo do outro. A angústia que surge é a do demasiado cheio, do excesso de objeto, que faz com que o sujeito se sinta engolido, não pelo excesso de gordura no corpo disforme, mas pela falta que a falta faz ao sujeito para que este se constitua. Dessa forma, a obesidade indica uma posição de passividade do sujeito que não consegue realizar nenhuma forma de desmame dessa oferta asfíxiante e ilimitada do consumo, por ainda permanecer fixado em sua relação especular com a mãe.

Nesse cenário, surgem as cirurgias de redução de estômago, povoadas pelo discurso de melhoria de vida física com a perda de peso, através da redução de ingestão de alimentos. O tratamento cirúrgico se tornou a garantia de felicidade, de liberdade, baseadas, contudo, apenas nos impedimentos físicos que a obesidade mórbida traz, como o simples movimentar, sentar/abaixar, correr, amarrar o sapato. Num momento em que o belo-magro é tão valorizado, a cirurgia se tornou uma opção muito atraente, porém estritamente perigosa, pois, na grande maioria dos casos, os aspectos psíquicos não são considerados. Este fato pode ser confirmado no próprio protocolo a ser seguido pelo candidato à cirurgia de redução de

estômago, o qual, além dos exames médicos, precisa de uma avaliação psicológica para a liberação do procedimento cirúrgico. Entretanto, essa avaliação psicológica é buscada na maioria das vezes quando a cirurgia já está agendada. Neste ponto, a obesidade continua sendo tratada dentro da divisão corpo/mente, ou seja, leva-se em consideração o corpo orgânico do obeso e não a subjetividade do obeso. Assim, a cirurgia, que poderia ser um recurso técnico satisfatório, se torna uma ilusão, uma fantasia, uma mágica (e mágica tem tempo de validade, expira rápido), como as dietas, a atividade física. Apenas mais um objeto a ser consumido, cuja função faz parte do gozo mortífero da pulsão de morte.

A cirurgia não promove modificações na pulsão oral, o que pudemos constatar nas entrevistas, pois mesmo após a operação os sujeitos continuaram sendo dominados pela pulsão oral, a ingestão calórica de alimentos continuou, porém, como eles mesmos afirmaram, passaram a comer menos quantidades de uma vez, mas pequenas quantidades mais vezes ao dia. Como exemplo, temos o caso de Margarida, que trocou a comida pela bebida, desenvolvendo a anorexia alcoólica.

Nos entrevistados, constatamos que a separação com a mãe não ocorreu de forma satisfatória e, com isso, fica-lhes difícil sair da alienação ao desejo do outro materno, que lhe garantiria a possibilidade de se beneficiar do exercício do não. Sem considerar a possibilidade de questionamento do desejo materno e sua posição neste desejo, o sujeito não consegue saber de si, de seus limites, precisa de outro que faça isso por ele. Nos entrevistados, percebemos como são falhos em falar do próprio desejo em vários momentos da vida e, como não poderia ser de outra forma, até de se posicionarem frente à cirurgia, ou melhor, de não se posicionarem frente a ela.

A obesidade marca o empuxo ao preenchimento do vazio que tanto os sujeitos reclamam e leva ao comer compulsivo, que leva ao assassinato da falta, da separação que deveria ter ocorrido. A cirurgia, poderíamos pensar, promoveria a anorexização do sujeito, como única manobra possível de separação, de operar uma castração. Entretanto, mesmo que a cirurgia promova a anorexização do sujeito, pois alguns pacientes até usam como recurso à anorexia, não tem efeito no simbólico, pois o corte é apenas um ato cirúrgico, sem implicações subjetivas. A anorexização da obesidade começa com as dietas radicais, tratamentos à base de medicações sem devido acompanhamento médico, até a cirurgia de redução de estômago. Promessas de emagrecimento fácil e rápido, o que corresponde ao momento atual onde a velocidade e o consumo acabam engolindo as pessoas. Entretanto, como observamos neste trabalho, como a fome do obeso é na maioria das vezes pulsional e

não física, instala-se uma série de complicações na vida desses pacientes, que além de ofertarem o que não se têm para ofertar, minam as esperanças e expectativas desses sujeitos. Com isso, o sujeito obeso corre o risco de extraviar a identidade imaginária que a expansão de seu corpo lhe proporcionara. Corre o risco de perder-se de tal forma a não mais se encontrar, de dissociar-se da própria imagem especular que, até o momento, lhe garantia um lugar, uma posição.

Trabalhar com pacientes obesos mórbidos em psicanálise pode ser comparado ao ato de um jardineiro que cuida de orquídeas. A orquídea é uma flor que aparentemente se mostra frágil, muito dependente do jardineiro, mas que nasce nos lugares mais inusitados, até mesmo em penhascos, sob outras plantas. No período de floração, necessita de pouca água para que as flores durem mais tempo, precisa lutar contra a falta de água para sobreviver. Conjeturamos se não seria aqui a pulsão de vida necessitando da pulsão de morte para que a vida se desenvolva. Da mesma forma, os obesos precisam ir além do prazer na alimentação e, através da hiperfagia, a compulsão assume sua forma demoníaca, que poderá levar o sujeito à morte. Neste caso, é preciso se aproximar da morte para que ocorra um pedido de socorro para que a vida surja. Sendo esta situação muito comum na clínica, bem como o fato de que os obesos buscam o tratamento diante de um adoecimento, como exemplo, temos a fala de um paciente: “Precisei ter uma crise de pressão arterial, uma trombose para perceber que precisava de ajuda, pois senão eu morreria com todo esse peso.”

Entretanto, através das entrevistas, pudemos perceber o quanto a doença prevalece sobre o desejo de restabelecimento, o que Freud (1923) chamou de sentimento inconsciente de culpa e necessidade de punição. O sentimento de culpa encontra sua satisfação na doença e se recusa a abandonar a punição do sofrimento. Entretanto, é um sentimento de culpa que não faz com que a pessoa se sinta culpada, mas apenas doente. Enquanto o sujeito estiver envolvido por este tipo de sentimento inconsciente de culpa, estamos diante de uma resistência à cura. É muito difícil, neste momento, segundo as palavras de Freud (1923), convencer o paciente de que esse sentimento encontra-se por trás do fato de ele continuar enfermo. Isso foi observado nas entrevistas, pois ambos os entrevistados afirmam ser o problema da obesidade a alta ingestão de alimentos e pouco gasto calórico, tanto antes quanto após a cirurgia. Assim, a obesidade foi considerada apenas uma doença orgânica, e o psíquico ficou excluído.

Para que o tratamento analítico possa apontar para maiores possibilidades de sucesso, é necessário descobrir, como Freud (1923) pontua, a catexia objetal anterior por trás do

sentimento inconsciente de culpa. Esta tarefa sabemos ser árdua, pois, para que ocorra o sucesso terapêutico, faz-se necessário um intenso trabalho e disponibilidade do terapeuta para o tratamento psicanalítico; é preciso uma transformação da queixa em uma demanda endereçada ao analista e que o sintoma passe da busca de uma resposta para o estatuto de uma questão para o sujeito. (QUINET, 1991).

Com este estudo, percebemos também que a cirurgia, em que a presença do psicólogo resume-se apenas à emissão de um laudo para liberação da mesma, acaba se tornando uma resposta a uma demanda que nem sempre é do paciente. Dessa forma, o sucesso da cirurgia no que diz respeito ao emagrecimento e manutenção do peso se torna temporário e se agravam os problemas encobertos pela obesidade, que são tratados como orgânicos.

É preciso ir além do modelo que se tem hoje de avaliação para cirurgia, sendo necessário um tempo de acompanhamento desses pacientes para que ocorra a implicação do sujeito com seu modo de funcionamento psíquico.

Trabalhar a obesidade a partir dos conceitos psicanalíticos talvez seja uma possibilidade de sairmos da concretude fixada no corpo, pela impossibilidade de usar de forma satisfatória o pensamento e questionar sua submissão ao seu desejo ao desejo do outro. Mas Freud nos alerta que o caminho a ser percorrido é de intenso trabalho, que exige muito fôlego e vai totalmente contra o momento atual, em que impera uma velocidade que fragmenta o tempo e a elaboração e que prima por uma voracidade. Talvez este seja um grande desafio para a psicanálise: não se deixar ser devorado pela voracidade do outro e incentivar o obeso a abdicar do jugo das identificações, ou seja, sair da posição de objeto do outro para encontrar sua certeza em seu ser de objeto.

Concluimos, tomando de empréstimo as palavras de Mário Quintana:

Meu saco de ilusões, bem cheio tive-o.
Com ele ia subindo a ladeira da vida.
E, no entanto, após cada ilusão perdida...
Que extraordinária sensação de alívio!

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K. **Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. São Paulo: Imago, 1970.

ANZIEU, D. **O Eu pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

APPOLINÁRIO, A. L. G; ABUCHAIN, W. Coutinho. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto alegre: Artmed, 2006.

APPOLINÁRIO, J. C. **Obesidade e psicopatologia**. In: HALPERN, A. *et al.* (Org). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998, p. 217-227.

ASSOUN, P. L. **Metapsicologia freudiana. Uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

AXELRUD,E; GLEISER,D.; FISCHMANN,J. **Obesidade na adolescência: uma abordagem para pais, educadores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicologia**. São Paulo: Vetor, 2003.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**. A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Record, 1999.

BRUCH, H. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within**. New York: Basic Books Publishers, 1973.

BRUNO, C. A. N. B. Considerações sobre os distúrbios alimentares a partir da teoria psicanalítica. In: FERRAZ, Flávio Carvalho; RANÑA, Wagner; VOLICH, Rubens Marcelo (Org.). **Psicossoma III: interfaces da psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p.159-170.

CECCARELLI, P. R. Configurações edípicas da contemporaneidade: reflexões sobre as novas formas de filiação. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XV, 161, p. 88-98, set. 2002. Disponível em:< <http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/ configedipicas.htm>>. Acesso em: 02 Ago. de 2010.

CECCARELLI, P. R. Os destinos do corpo. In: DE A. C., Arrantes M. A.; FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). **Psicossoma II**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p.127-134.

CORDÁS, T. A. **Fome de cão**: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade. São Paulo: Máltese, 1993.

COSTA, J. F. **Psicanálise e violência**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

COUPRY, F. **O elogio do gordo**: em um mundo sem consistência. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

COURTINE, J.J; COURBIN, A.; VIGARELLO, G. **A história do corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M. A *et al.* **Transtornos Alimentares e Obesidade**, Porto Alegre, Artmed, 1998, p. 197-202.

DÂMASCO, A. **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DEJOURS, C. **O corpo entre biologia e psicanálise**. Tradução : Dóris Vasconcelos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

DOLTO, F; NASIO,J, D.**A criança do espelho**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

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

ENRIQUEZ, E. **Da horda ao estado**: psicanálise do vínculo social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

FERNANDES, M. H. **Corpo** : clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D.B. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo (1924 c). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19, p. 215-217.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico (1914). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14, p. 13-82.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.18, p. 13-75.

FREUD, S. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925e). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.. 19, p. 303-309.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937a). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. E. S. B., Vol. XXIII, p.241-287.

FREUD, S. A negativa (1925 d). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19, p.293-295.

FREUD, S. A organização genital infantil (1923 a). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19, p.177-184.

FREUD, S. Construções em análise (1937b). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 23, p.291-312.

FREUD, S. Esboço de psicanálise (1940[1938]). Parte III- O rendimento teórico. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 23, p.224-238.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1899). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.1, p.197-299.

FREUD, S. Fetichismo (1927b). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 21, p. 175-185.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.12, p. 277-291.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.7, p. 1-107.

FREUD, S. Futuro de uma ilusão (1927). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 21, p. 15-80.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 20, p. 107-201.

FREUD, S. Luto e Melancolia (1917e [1915]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14, p. 271-293.

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1933 [1932]). Conferência XXXII, Ansiedade e vida instintual. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.22, p. 103-139.

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1933a [1932]). Conferência XXXIII, Feminilidade. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.22, p. 139-166.

FREUD, S. O ego e o id (1923). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19, p. 13-79.

FREUD, S. O inconsciente (1915 d). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 14, p. 183-224.

FREUD, S. O mal-estar na cultura (1930a [1929]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 21, p. 81-174.

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo (1924 b). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.19, p. 197-199.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes (1915b). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14, p. 129-167.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895/1950). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.1 , p. 303-421.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego (1921a). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 18, p. 79-154

FREUD, S. Repressão (1915c). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 14, p. 169-182.

FREUD, S. Sexualidade feminina (1931c). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 21, p. 257-279.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1915a). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14, p. 85-89.

FREUD, S. Totem e tabu. (1913/1912). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.13, p.17-190.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905a). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.7, p. 123-228.

GARCIA-ROZA, L. A. G. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

GARCIA-ROZA, L. A. G. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

GARRIDO JR. A. (Org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

HALPERN, A. Obesidade: considerações terapêuticas. In: MEDEIROS-NETO, G. (Org.). **Obesidade**: uma nova fronteira metabólica. São Paulo: Aché, 1998, p.160-165.

HALPERN, A. & Mancini, M. C. Como diagnosticar e tratar a obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, n 56, 1999, p. 131-140.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: 2002.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KRISTEVA, J. **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro, Rocco: 2002.

KUMAR, K. **Da sociedade pós-industrial à pós-moderna**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. **Os complexos Familiares**: na formação do indivíduo (1938). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. **O Seminário, livro 4**: a relação de objeto. (1964-1957). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J. **Teoria da sedução generalizada e outros ensaios**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS. **Vocabulário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Campinas: Papirus, 2003.

LECLAIRE, S. **O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo**. São Paulo: Escuta 1992.

LEFEVRE, F. **O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

LOLI, M. S. A. **Da mesa farta à mesa da cirurgia: reflexões quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2007.

LOLI, M. S. A. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000.

MAHER, M. **O processo de separação-individação**. Tradução: Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Edusp, 1974. v. 2, p. 209-234.

MONTEIRO, C. A. ou MONTEIRO, C.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, Rio de Janeiro, v.19, n. Supl.1, 2003, p. 67-75.

MONTEIRO, J. R. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: HALPERN, A. et al. (Orgs.). **Obesidade**. São Paulo: Lemos ED., 1998, p.15-31.

MORGAN, C. M. e AZEVEDO, A. M. C. Aspectos socioculturais. In: NUNES, M.A. A., et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed., 1998, p.86-93.

NABUCO, J. **Minha formação**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

NADVORNY, B. **Freud e as dependências**: droga, jogo, obesidade. Porto Alegre: Editora Age, 2006.

NASIO, JD. **Édipo**: o complexo que nenhuma criança escapa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2007.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

RECALCATI, M.. O “demasiado cheio” do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. **Latusa**. Rio de Janeiro, n.7, p.51-74, 2002.

SCAZUFCA, A. C. M. **Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade**. 1998. 144f. Tese (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SCAZUFCA, A. C. M.; BERLINCK, Manoel Tosta. Abra a boca e feche os olhos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology online**, IV, 1, p. 84-85. Disponível em:<<http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v4-n1/4-7.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

SEGAL, A. **Obesidade não tem cura, mas tem tratamento**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

SCHILDER, P. A. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

VALAS, P. Horizontes da psicossomática. In: WARTEL, R (Org.). **Psicossomática e psicanálise**. Tradução: Luiz Fortes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p.69-86.

VALABREGA, J. P. **Fantasma, mito, corpo e sentido**. [s.l.]: Payot, 1980.

VIEIRA, W. C. A psicossomática de Pierry Marty. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C. Ferraz; RANÑA, W. (Org.). **Psicossoma I**: interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p.17-24.

VOLICH, R. M. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: DE A. C., Arrantes M. A.; FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). **Psicossoma II**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, 22-38.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise**. Tradução Davy Bogomeletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 399-405.:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: , 2000.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

N ° **Registro CEP:** 0071.0.213.000-09

Título do projeto

“Os destinos do alimento e a obesidade: uma leitura psicanalítica na pós-modernidade”

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas.

1 - Introdução

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Os destinos do alimento e a obesidade: uma leitura psicanalítica da pós-modernidade”.

A pesquisa será realizada através de estudo de caso. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2 - Objetivo

O objetivo deste estudo é estudar os aspectos psicológicos ligados aos destinos do alimento que levam à obesidade, através de uma leitura psicanalítica. Queremos estudar os conceitos de pulsão e seus destinos, que persistem nos pacientes mesmo após a realização da cirurgia de redução de estômago, a fim de contribuir para o manejo no tratamento psicológico desses pacientes. É um estudo de caso de base psicanalítica, o qual lançou mão de seus conceitos, numa interlocução com a contemporaneidade.

3 - Procedimentos do estudo

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado a dar um testemunho através de entrevista sobre sua relação com a comida e a obesidade e a sua cirurgia, a fim de podermos acompanhar suas mudanças após a cirurgia. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza a utilização das informações adquiridas nas entrevistas, as quais serão escritas e trabalhadas teoricamente. Este tipo de trabalho cerca-se de sigilo acerca da identidade do paciente, sendo indispensável mascarar todos os dados e detalhes que possam identificar a pessoa do analisando.

4 - Riscos e desconfortos

Pode haver um risco de desconforto para você em ter informações suas relatadas, ainda que tenha a certeza do sigilo de sua identidade e do mascaramento de todos os dados que possam identificá-lo.

5 - Benefícios

A participação nessa pesquisa não acarretará gasto para você, sendo totalmente gratuita. Você poderá ter acesso aos resultados dessa pesquisa e esse conhecimento poderá beneficiar com informações e orientações futuras em relação ao seu problema/tratamento/situação de vida, especialmente em relação à modificação de hábitos de vida, alimentação, trabalho e um melhor conhecimento dos fatores de risco sobre a obesidade, beneficiando-o de forma direta ou indireta.

O tratamento poderá ou não trazer benefícios a você, mas as informações obtidas por meio do estudo poderão ser importantes para a descoberta de novos tratamentos/técnicas/tecnologia, capazes de diminuir os problemas existentes em relação aos efeitos psicológicos da cirurgia de redução de estômago.

Se diagnosticado algum problema, este será tratado e/ou encaminhado para tratamento apropriado.

6 - Custo/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pela sua participação.

7 - Caráter confidencial dos registros

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. A pesquisadora, agências governamentais locais, o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde o estudo está sendo realizado, ou seus representantes, podem precisar consultar seu registro. Você não será identificado quando o material de seus registros for utilizado, seja para propósito de publicação científica, seja educativa, mas não é incomum que você se reconheça no caso. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros, sabendo que sua identificação será mantida como informação sigilosa.

8 - Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário aplicado pelo (a) entrevistador (a). É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. No caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá comunicar à pesquisadora. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão nos seus cuidados nesta instituição.

9 - Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. Caso você venha a sofrer algum dano relacionado ao estudo, por favor, ligue para Maria Goretti Machado no telefone 3295-1038 ou 88741038, ou entre em contato com ela no seguinte endereço: Rua José Machado 56/902, Nova Suíça – Belo Horizonte. Você poderá contatar também uma terceira pessoa, que não participa da pesquisa,

a coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC - Minas, professora Maria Beatriz Rios Ricci, no telefone 3319-4229, ou por e-mail: cep.proppg@pucminas.br, ou, ainda, no seguinte endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 , prédio 43, sala 107, Coração Eucarístico – Belo Horizonte.

10 - Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos a serem utilizados nesta pesquisa, as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.

Declaro que tive tempo suficiente de ler e entender as informações acima. Declaro também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reserva para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante

Data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do participante

Data

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC MINAS

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2010.

De: Profa. Maria Beatriz Rios Ricci
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Maria Goretti Machado
Programa de Mestrado em Psicologia

Prezado (a) pesquisador (a),

O Projeto de Pesquisa CAAE – 0071.0.213.000-09 “*Os destinos do alimento e a obesidade: uma leitura psicanalítica na pós-modernidade*” foi **aprovado** no Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas.

Atenciosamente,

Profa. Maria Beatriz Rios Ricci
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – PUC Minas

ANEXO C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1 - Descreva sua relação com a comida antes da cirurgia.

1.1 - Você considera que comia muito? Havia algum horário em que comia mais? Quanto tempo durava o comer demais? Qual era o seu ritmo para comer? Como era quando você estava em casa?

2 - Descreva por que você escolheu a cirurgia como forma de resolução do problema da obesidade.

2.1 - Por que você optou pela cirurgia? Qual o tipo escolhido? Quais eram suas expectativas?

3 - Descreva sua relação com a comida após a cirurgia.

3.1 - Fale da mudança em relação a mastigar, à quantidade ingerida e suas implicações emocionais.