

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

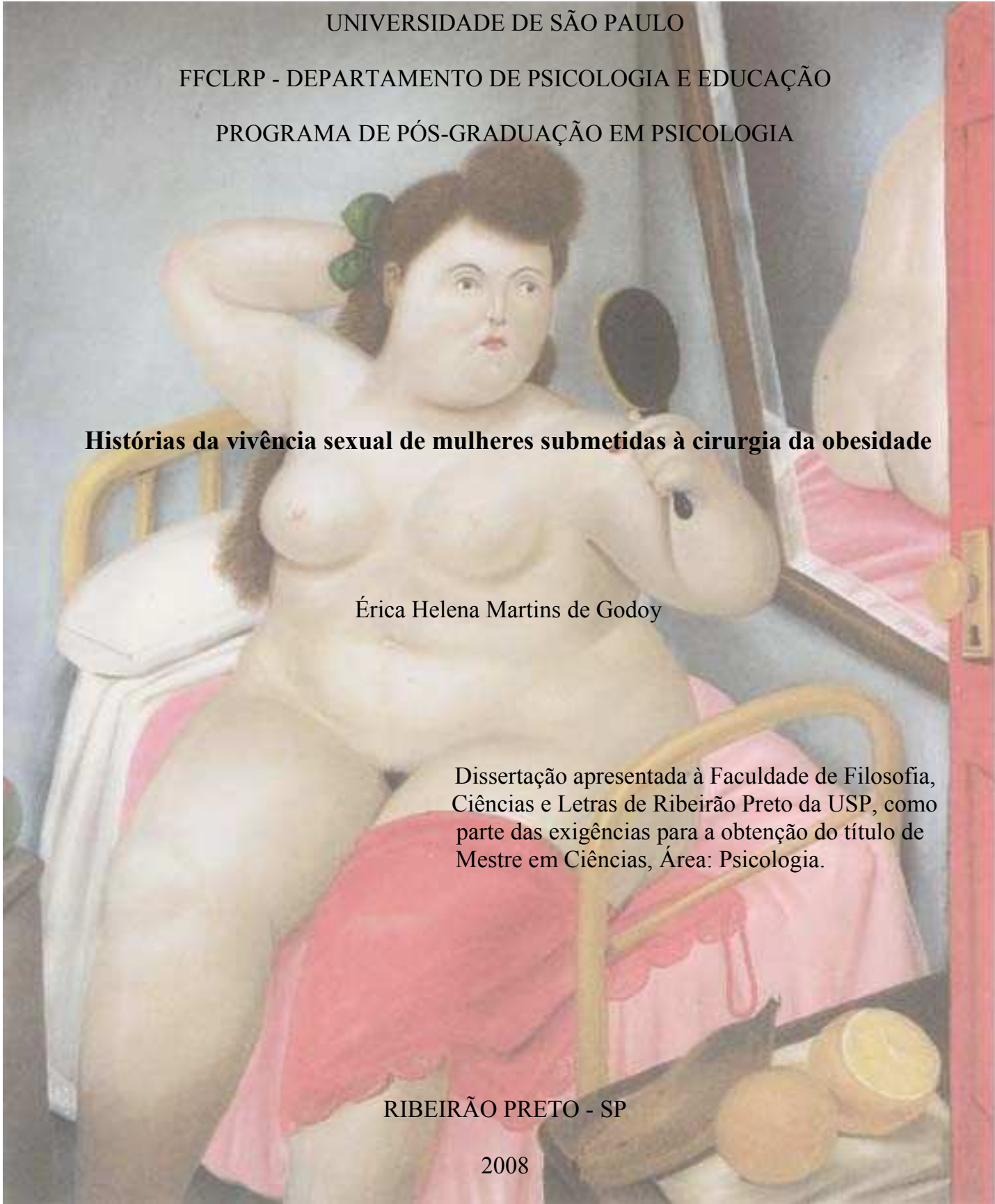
Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade

Érica Helena Martins de Godoy

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008



Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade

Érica Helena Martins de Godoy

Orientador (a): Dra. Maria Alves de Toledo Bruns

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Godoy, Érica Helena Martins de
Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à
cirurgia da obesidade. Ribeirão Preto, 2008.
367 p. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências
e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e
Educação.

Orientador: Bruns, Maria Alves de Toledo

1. Obesidade. 2. Sexualidade Feminina. 3. Cirurgia
bariátrica. 4. Fenomenologia. 5. Psicanálise.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade
Érica Helena Martins de Godoy

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta, em especial ao meu amor Júlio César, pelo incansável apoio e afeto durante boa parte de meu percurso na Psicologia.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força para superar os desafios e persistência para seguir em frente.

Às colaboradoras que me permitiram entrar em seu mundo por alguns instantes e compartilhar os sentidos e significados de suas vivências possibilitando a concretização desse estudo.

Aos meus pais, Helena e Nelson pelo ambiente acolhedor que me proporcionou ser quem sou hoje, além do apoio e confiança em todas as decisões que tomei em minha vida. Obrigada.

Ao meu irmão Nelson Henrique e aos demais familiares pelo interesse em meu sucesso profissional e pelas orações.

Ao meu namorado Júlio César que renunciou a momentos que seriam nossos por compreender que esse era um importante passo em nossa vida rumo à construção de um futuro melhor juntos. Eu te amo muito.

À minha segunda família, meu sogro Mário, minha sogra Sirlei e minha cunhada Priscila por me acolherem como membro da família, incentivarem e aplaudirem minhas conquistas.

À minha orientadora a Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns que acreditou em mim e no meu trabalho, me ensinou a fazer pesquisa inserindo o fenômeno no contexto atual e me proporcionou vislumbrar novos horizontes.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Sexualidadevida – USP/CNPq pela troca de conhecimento e afeto, em especial à Lélia Reis que me auxiliou na contatação de uma colaboradora.

Aos gastroenterologistas Dr. Jorge Hage Zbeidi e Dr. José Michel Haddad que também me auxiliaram na contatação das colaboradoras.

Ao Prof. Manoel Antônio dos Santos, por quem tenho enorme admiração quanto à inteligência, competência e dedicação à pesquisa, pela valiosa contribuição no exame de qualificação e em outros momentos de encontro ao longo desse percurso da pós-graduação.

À Profa. Ana Lúcia Ribeiro de Oliveira, pela importante contribuição no exame de qualificação. Aos funcionários da FFCLRP-USP que sempre me instruíram e orientaram em relação às normas e procedimentos associados ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial à Isilda e ao Robson pela dedicação e disponibilidade.

Aos professores do curso de Psicologia da Unesp/Assis que influenciaram de forma significativa e positiva os caminhos tomados por mim em relação à prática psicológica: Prof. Dr. Silvio Yasui que me abriu as portas do mundo acadêmico, à Profa. Dra. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro por seu interesse em meu projeto de vida, e às Profa. Dra. Marlene Castro Waideman e Profa. Dra. Maria Luisa Louro de Castro Valente.

À psicóloga Eunice Dias Fiúza Ferreira que me acolheu em seu antigo trabalho no Programa de Obesidade Mórbida do Hospital Regional de Assis e me despertou o interesse pelo estudo da obesidade utilizando o referencial teórico psicanalítico.

Ao Prof. Dr. Alcindo José Rosa que me incentivou à prática acadêmica acreditando em meu potencial como pesquisadora.

À psicanalista Andréa Theodoro Toci Dias pela contribuição intelectual e acolhida de meus conflitos psíquicos.

À todos os meus queridos amigos que perto ou longe compartilharam comigo essa trajetória e são nossos laços afetivos que me fortalece nos momentos difíceis.

À todos aqueles que mesmo não tendo sido citados aqui, estiveram presentes nesse percurso e torceram por minhas conquistas.

AS CONTRADIÇÕES DO CORPO

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta

Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente,
Inocula-me seus patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.

O seu ardil mais diabólico
está em fazer-se doente.
Joga-me o peso dos males
que ele tece a cada instante
e me passa em revulsão.

Meu corpo inventou a dor
a fim de torná-la interna,
integrante do meu Id,
ofuscadora da luz
que aí tentava espalhar-se.

Outras vezes se diverte
sem que eu saiba ou que deseje,
e nesse prazer maligno,
que suas células impregna,
do meu mutismo escarnece.

Meu corpo ordena que eu saia
em busca do que não quero,
e me nega, ao se afirmar
como senhor do meu Eu
convertido em cão servil.

Meu prazer mais refinado
não sou eu quem vai senti-lo.
É ele, por mim, rapace,
e dá mastigados restos
à minha fome absoluta.

Se tento dele afastar-me,
por abstração ignorá-lo,
volto a mim, com todo o peso
de sua carne poluída,
seu tédio, seu desconforto.

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta

saio a bailar com meu corpo.

Carlos Drummond de Andrade

GODOY, E. H. M. de. **Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade**. 2008. 367f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RESUMO

O corpo da pós-modernidade tem sido aprisionado por um padrão de estética extremamente magro. Este corpo atual exige o reconhecimento do outro e sofre ao ser excluído, por não se adequar aos padrões impostos pela sociedade. Sendo assim, nos questionamos sobre o sofrimento daqueles que não se enquadram nesta sociedade como os obesos. Atualmente a obesidade tem sido considerada uma grave questão para a saúde pública. Sua expressão mais severa, a obesidade grau III, pressupõe um Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m² e tem como indicação de tratamento a cirurgia bariátrica. O emagrecimento provocado por este procedimento gera uma modificação na imagem corporal e em diversos fatores da vida do indivíduo, dentre os quais destacamos os relacionamentos afetivo-sexuais. Partindo dessa premissa, realizamos esta pesquisa com dez mulheres adultas submetidas à cirurgia bariátrica, há pelo menos seis meses, objetivando compreender que sentido e significado a mulher obesa atribui à sua vida afetivo-sexual no decorrer de sua existência, em especial com a nova imagem corporal proporcionada, no período pós-operatório. Utilizamos a metodologia de pesquisa qualitativa fenomenológica, centrada na redução fenomenológica, o que nos permite o retorno ao mundo da experiência vivida pelas colaboradoras. Como estratégia de coleta de dados, utilizamos a entrevista fenomenológica compreensiva mediada pela seguinte questão: "Fale a respeito de sua vida, como foi sua infância, sua adolescência, sua vida adulta, relacionando com aspectos da obesidade e de sua vida afetivo-sexual". Os depoimentos foram analisados de acordo com os seguintes passos: leitura e releitura das entrevistas; discriminação das unidades de significados; elaboração de categorias e identificação das divergências e convergências nos discursos. Destacaram-se as seguintes categorias construídas a partir das unidades de significado: 1) Nos horizontes da infância; 2) A temporalidade da adolescência; 3) A temporalidade da vida adulta; 4) Vivência após a cirurgia bariátrica; 5) Nos horizontes dos projetos de vida. A análise compreensivo-interpretativa, utilizando o referencial psicanalítico, desvelou uma vivência repleta de sucessivos fracassos, além de histórias familiares marcadas por perdas reais ou simbólicas de pessoas queridas sentidas como abandono, ou então doenças físicas graves que afetaram a utilização de defesas neuróticas. A adicção pelo alimento, independentemente da estruturação psíquica, pode ter surgido como tentativa de cura de si mesmas, diante do conflito interno ou vazio simbólico. A melhora nos relacionamentos afetivo-sexuais, após o procedimento cirúrgico, foi referendada pelas colaboradoras que possuíam um corpo simbólico e não depositavam no corpo físico o peso de sua existência marcada pelo drama da alteridade. Esta pesquisa nos permite concluir que a realização da cirurgia transforma o corpo externamente contribuindo para a melhora na Qualidade de Vida, mas não proporciona mudanças na elaboração psíquica dos acontecimentos, na erogeneização do corpo, permitindo que ocorram problemas na veiculação erótica desse novo corpo, sendo que a busca pelo preenchimento do objeto faltante continue. Assim, se faz necessário destacar a importância do tratamento multiprofissional no pré e no pós-operatório da cirurgia bariátrica, para que o indivíduo possa refletir sobre suas vivências afetivo-sexuais e aprecie uma melhora de dentro para fora.

Palavras-chave: Obesidade, Sexualidade Feminina, Cirurgia bariátrica, Fenomenologia, Psicanálise.

GODOY, E. H. M. de. **Histories from the sexual being of women submitted to the obesity surgery**. 2008. 367f. Dissertation (Mastership) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ABSTRACT

The post modernity body has been confined by an extremely thin esthetic standard. This present body claims the recognition by the other and suffers for being excluded, for not being adapted to the standards imposed by the society. So, we ask ourselves about the suffering from the ones who don't fit at this society, like the obeses. Nowadays, the obesity has been considered a serious question to the public health. Her more severe expression, the obesity step III, presupposes a corporal mass rate (CMR) above 40 kg/m² and it has like a treatment indication the bariatric surgery. The thinning provoked by this proceeding generates a modification in the corporal image and in different factors of the individual's life, among which we detach the affective-sexual relationships. Setting from this premises, we made this research with ten thousands adult women, submitted to the bariatric surgery, in, at least, six months, objectifying understand what sense and meaning the obese woman attributes to their sexual life in the course of their lives, specially with the new corporal image proportioned, in the post operating period. We used the phenomenological qualitative research's methodology, centered in the phenomenological reduction, what allow us the return to the world of the experience lived by the co-workers. Like given's collect strategy, we used the phenomenological understanding interview mediated by the following question: "Tell us about your life, how was your childhood, your adolescence, your adult life, relating with obesity aspects and your affective-sexual life". The testimonies were analyzed under the following steps: reading and rereading of the interviews; meaning's unities discrimination; categories's elaboration and divergences and convergences's identification in the discourse. The following categories were detached from de meaning unities: 1) In the childhood's horizon; 2) The adolescence's temporality; 3) The adult life's temporality; 4) Being after the bariatric surgery; 5) In the life's projects horizons. The analysis understanding-interpretative, using the psychoanalytical referential disclosed a being full of successive failures, in addition to familiar histories marked by real or symbolic loses of dear people, felled like abandonment, or grave physic diseases, that affected the neurotic defense's utilization. The addition by the food, independently of the psychic structuring, may be arise like an essay of cure of themselves, in front of the intern conflict or symbolic emptiness. The improvement in the affective-sexual relationships, after the surgical proceeding, was countersigned by the co-workers that used to have a symbolic body and didn't deposit on the physic body the weight of their existence marked by the drama feeling the other's qualities. This research allow us conclude that surgery's realization transforms the body externally, contributing to the improvement in the Life's Quality, but it doesn't proportionate changes on the occurrence's psychic's elaboration, on the body's erogenezation, allowing that it occur problems on the erotic's propagation of this new body, being that the search by the missing object's accomplishment continues. So, it is necessary detach the multiprofessional treatment's importance in the bariatric surgery's before and after-operating, in order to that the individual may ponder about his affective-sexual beings and appreciate an improvement from inside to outside.

Key words: Obesity, Female Sexuality, Bariatric Surgery, Phenomenology, Psychoanalysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO 1. O CORPO FEMININO: APRISIONADO, AMORDAÇADO E OU CULTUADO?	7
CAPÍTULO 2. OBESIDADE: CONCEITOS, CAUSAS E EPIDEMIOLOGIA.	37
CAPÍTULO 3. OBESIDADE COMO SINTOMA: A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA	51
3.1. A ADICÇÃO ALIMENTAR SEGUNDO A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA	58
CAPÍTULO 4. SEXUALIDADE FEMININA NA INTERFACE COM A OBESIDADE	67
CAPÍTULO 5. A TRAJETÓRIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO: SONHOS E REALIDADES	77
5.1. O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	79
5.2. O PSICÓLOGO NO CONTEXTO DO TRATAMENTO	89
5.3. O PERÍODO APÓS A CIRURGIA	93
CAPÍTULO 6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA QUALITATIVA	101
6.1. A ESCOLHA PELO MÉTODO QUALITATIVO	103
6.2. ACESSO AOS DEPOIMENTOS: A ENTREVISTA	113
6.3. MOMENTOS DA ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	117
6.4. ACESSO ÀS COLABORADORAS: CAMINHO PERCORRIDO E DIFICULDADES ENCONTRADAS	119
6.5. PERFIL DAS COLABORADORAS	122

CAPÍTULO 7. A TEMPORALIDADE DA VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA	127
COLABORADORA 1	133
COLABORADORA 2	149
COLABORADORA 3	169
COLABORADORA 4	187
COLABORADORA 5	202
COLABORADORA 6	221
COLABORADORA 7	234
COLABORADORA 8	251
COLABORADORA 9	274
COLABORADORA 10	299
CAPÍTULO 8. O DESVELAR DA AFETIVIDADE E SEXUALIDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA.	321
HORIZONTES	341
REFERÊNCIAS	347
ANEXOS	361
ANEXO A. OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO – USP	363
ANEXO B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	364
ANEXO C. QUESTIONÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	366
ANEXO D. ROTEIRO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES PARA CARACTERIZAR O PERFIL DAS COLABORADORAS.	367

APRESENTAÇÃO

A idéia da realização da pesquisa apresentada teve sua trajetória iniciada no curso de graduação em Psicologia na Universidade Estadual Paulista – Unesp/Assis, na qual me formei em janeiro de 2006.

Durante o período da graduação, realizei diversos estágios, mas três em especial me trouxeram questionamentos que contribuíram para a idealização deste estudo. O primeiro e mais importante foi um estágio extracurricular realizado durante os anos de 2003 e 2004, no Programa de Obesidade Mórbida do Hospital Regional de Assis, onde foi possível estabelecer o primeiro contato com pacientes obesos mórbidos no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Em 2003, estava no terceiro ano do curso de graduação e, portanto, tudo era novidade. Meu interesse junto ao de outras duas colegas de turma fizeram com que fôssemos buscar um estágio na área hospitalar, o qual não era fornecido pelo curso, e, ao chegarmos ao Hospital Regional de Assis, mantivemos contato com a psicóloga Eunice Dias Fiúza Ferreira que nos acolheu no Programa de Obesidade Mórbida e se tornou ponto de referência ao aprendizado do manejo terapêutico com esses pacientes, utilizando o referencial teórico-psicanalítico. Até mais ou menos junho de 2004, atuei como co-terapeuta no grupo de obesidade grau III com pacientes que esperavam a cirurgia e aqueles que já haviam operado. O grupo se reunia semanalmente. Após junho, com a estagnação das cirurgias por questões burocráticas, alguns pacientes começaram a abandonar o grupo e com isso decidimos atendê-los individualmente.

Logo que decidi iniciar o estágio no hospital, a psicóloga Eunice pediu que algum professor vinculado à Unesp ficasse responsável por nós, para que atendêssemos todas as exigências burocráticas da instituição. Com dificuldades de encontrar alguém aberto a esta função, ela nos indicou o Prof. Dr. Alcindo José Rosa que, na época, foi contratado pela

Unesp para ministrar algumas disciplinas. Esse professor me estimulou a enviar trabalhos sobre a experiência no hospital e me despertou o desejo pela carreira acadêmica.

Ainda em 2004, realizei um estágio curricular, porém não obrigatório, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Maracaí, cidade localizada a aproximadamente 25 km de Assis, sendo supervisionada pelo Prof. Dr. Silvio Yasui. Nesse ano, ministrei duas Oficinas Terapêuticas, a de *Contadores de Histórias*, com mais outras duas estagiárias, e a *Oficina Inventando Moda*, esta sozinha.

Na *Oficina Inventando Moda*, ou de Costura como ficou conhecida, apareceram várias questões relacionadas ao corpo, sua real dimensão e o peso da sociedade na formação de uma imagem corporal. Neste espaço, foram revelados os sofrimentos de mulheres, já vítimas de preconceito pela sociedade devido à loucura, neurose grave ou psicose, em relação a seus corpos que, na grande maioria, não se encaixavam nos padrões estabelecidos pela sociedade, talvez pelo excesso de consumo medicamentoso que proporcionava um aumento de peso.

No período de dezembro de 2004 a fevereiro de 2005, realizei um outro estágio extracurricular na *Clinique de La Borde*, ponto de referência da Psicoterapia Institucional francesa. Em outro país, outra cultura, mais uma vez surgiu o interesse pelas questões relacionadas ao corpo. Lá participei de diversos ateliês, mas aqueles relacionados à expressão corporal e moda me causaram muito interesse por revelarem a relação com a imagem corporal que o indivíduo portador de neurose grave e psicose estabelece. Neste ambiente também foi possível notar as diferentes utilidades da comida. Ora ela é utilizada para unir as pessoas, ora é utilizada para ocupar a boca e calar o sofrimento.

Nesse período na França, como já estava mais familiarizada com as desordens alimentares e o “comportamento oral”, minha atenção esteve voltada aos pacientes que sofriam de anorexia, bulimia, comer compulsivo e a todos os procedimentos que pudessem

favorecer ou ressaltar este comportamento na referida instituição, como o consumo exagerado de laxantes e de cigarros.

Retornando ao Brasil em 2005, à *Oficina Inventando Moda*, e ao atendimento de uma paciente obesa grau III que solicitou a continuidade da psicoterapia, mesmo após o término do estágio, essas questões já mostradas acima foram se esclarecendo e se transformando em diversos questionamentos que contribuíram para a elaboração desta pesquisa. Assim, fui em busca de um programa de pós-graduação no qual pudesse desenvolver um estudo que relacionasse obesidade-sexualidade-cirurgia bariátrica.

Ao revelar meu interesse pela vida acadêmica e pelas temáticas da obesidade, sexualidade e da psicanálise à Profa. Dra. Diana de Sá Pancini Antunes Ribeiro, minha supervisora de estágio em clínica infantil em 2005, fui indicada a procurar a Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns. Ao entrar em contato com esta professora, fui informada que suas pesquisas utilizavam o método fenomenológico e me senti estimulada a conhecer mais sobre suas pesquisas orientadas, antes de iniciarmos o percurso de desenvolvimento do projeto.

Curiosa em conhecer sobre a fenomenologia e o método fenomenológico, fui me interessando pelos trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa SexualidadeVida USP/CNPq, coordenado pela referida professora e declarei meu real interesse em desenvolver uma pesquisa que abordasse a sexualidade da mulher obesa no processo de mudanças advindas com o procedimento cirúrgico. Iniciamos, então, o trabalho de elaboração do projeto de pesquisa para submissão à seleção do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da USP de Ribeirão Preto.

O projeto se alicerçou nas seguintes questões: Podemos dizer que as mulheres obesas grau III são reprimidas em sua sexualidade? A cirurgia realmente traz mudanças positivas na imagem corporal e na veiculação do corpo na sociedade? Os relacionamentos afetivo-sexuais sofrem mudanças positivas com o emagrecimento?

A partir desses questionamentos, elaboramos o projeto de pesquisa com o objetivo de compreender que sentido e significado a mulher obesa atribui à sua vida afetivo-sexual no decorrer de sua existência, em especial com a nova imagem corporal proporcionada pela perda de peso após a cirurgia bariátrica.

Após a aprovação na seleção no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da USP de Ribeirão Preto, iniciei o curso de mestrado em agosto de 2006.

Com o objetivo de inserirmos nosso fenômeno na pós-modernidade, realizamos uma revisão da literatura para fundamentarmos nosso estudo. Assim, no primeiro capítulo, “O corpo feminino: aprisionado, amordaçado e/ou cultuado?”, realizamos um breve percurso na história do corpo, mais especificamente sobre a presença do corpo obeso ao longo do tempo, até situarmos o corpo no contexto pós-moderno e refletirmos sobre as implicações do culto ao corpo para o sujeito, fora de padrões como o obeso.

No capítulo 2, intitulado “Obesidade: conceitos, causas e epidemiologia.”, desvelamos o fenômeno da obesidade à luz de um referencial biopsicossocial, abordando a obesidade como doença, ao revelarmos suas possíveis origens, assim como a preocupação que tem gerado ao se transformar em grave problema de saúde pública.

No capítulo 3, “Obesidade como sintoma: a contribuição da psicossomática psicanalítica”, discorremos sobre a obesidade vista segundo uma perspectiva mais psicológica e entendida como um sintoma, como uma manifestação sintomática que utiliza o corpo como linguagem para expressar um sofrimento psíquico. Assim, utilizamos o referencial teórico psicanalítico para dialogarmos com este fenômeno psicossomático.

No capítulo 4, denominado “Sexualidade feminina na interface com a obesidade”, discutimos a sexualidade como erogeneização, ligada ao reconhecimento simbólico. Destacamos a importância do Complexo de Édipo para a formação da identidade feminina e a significação corporal.

No capítulo 5, “A trajetória do tratamento cirúrgico: sonhos e realidades”, analisamos o procedimento cirúrgico para a obesidade grau III, sua realização por meio de planos de saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o papel do psicólogo no contexto do tratamento e as possíveis implicações no mundo interno dos sujeitos submetidos a este procedimento.

No capítulo 6, “Trajetória metodológica qualitativa”, abordamos a escolha pelo método qualitativo-fenomenológico de pesquisa alicerçado pela redução fenomenológica, uma das modalidades da pesquisa qualitativa fenomenológica, o que nos permite retornar ao mundo da experiência vivida por essas mulheres. Também proporcionamos o diálogo entre as teorias da fenomenologia e da psicanálise, esclarecendo a riqueza da utilização das duas teorias na pesquisa. Além disso, discorreremos sobre o caminho percorrido ao acesso às colaboradoras e suas dificuldades encontradas, a entrevista como escolha de acesso ao relato das colaboradoras, os passos da análise dos relatos e o perfil das colaboradoras.

O capítulo 7, intitulado “A temporalidade da vivência afetivo-sexual de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica”, apresenta a análise interpretativa individual dos relatos das colaboradoras, a partir da utilização de conceitos teórico-psicanalíticos para desvelarmos os sentidos e significados que essas mulheres atribuem à sua afetividade e sexualidade, à sua obesidade e à vivência no período, após a cirurgia.

No capítulo 8, denominado “O desvelar da afetividade e sexualidade de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.”, realizamos uma reflexão sobre os sentidos convergentes e divergentes expressos nos discursos das colaboradoras, o que possibilitará uma síntese compreensiva sobre a vivência afetivo-sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade.

Nos “Horizontes”, finalizamos a pesquisa, esclarecendo e discutindo os possíveis caminhos deste estudo, apontando trajetórias futuras visando à ampliação do conhecimento sobre a temática obesidade - sexualidade no contexto atual.

CAPÍTULO 1

O CORPO FEMININO: APRISIONADO, AMORDAÇADO E/OU CULTUADO?

Matriz da subjetividade, o corpo guarda as marcas de nossa chegada ao mundo, da acolhida e dos cuidados pelo outro, do reconhecimento, da satisfação ou da frustração de nossos desejos. O corpo é nosso principal capital. Nem todos podem oferecer ao olhar do outro o poder, os sinais de status, o dinheiro. Mas em busca do reconhecimento, oferecemos o corpo a esse olhar. Da mesma forma, somos solicitados pelo corpo do outro a reconhecê-lo com nosso olhar (VOLICH, 2005, p. 30).

As palavras de Volich caracterizam a veiculação do corpo do indivíduo pós-moderno, situado na sociedade do espetáculo, na qual a imagem prevalece principalmente se for de um corpo magro, sem necessariamente ser saudável, cujas medidas foram impostas tiranicamente aos nossos olhos como as ideais.

Pensando na importância que a sociedade atual denota ao corpo e aos prazeres relativos a ele, este capítulo recorre ao passado para refletir sobre as formas de apropriação e cuidados com o corpo, através dos tempos, com o intuito de compreender o culto ao corpo da atualidade e suas conseqüências também para os relacionamentos afetivo-sexuais dos indivíduos.

É importante destacar que as mulheres são mais vulneráveis a estas mudanças de padrão corporal e, conseqüentemente, as que mais desenvolvem doenças como anorexia, bulimia e obesidade. Portanto, neste momento, abordaremos especialmente o corpo em sua relação com os prazeres da alimentação e da sexualidade do gênero feminino, assim como sua transformação inspirada na moda e no padrão de beleza de cada época.

O corpo nem sempre foi cultuado com o formato magro da atualidade, a referência às formas obesas são bem antigas, datam desde o período paleolítico (30.000 a 20.000 anos a.C.) com a estátua da Vênus de Wilendorf, passando pelo final do período neolítico (26.000 a.C. até 5.000 a.C.). As mulheres obesas também foram representadas em esculturas pré-históricas gregas, babilônicas e egípcias, talvez seja porque nesse período a falta de alimento era um risco à humanidade.

A medicina da época da Grécia antiga trouxe a preocupação com o regime. Este é entendido como a maneira pela qual se conduz a existência humana, permitindo a fixação de um conjunto de regras que pretende mensurar os exercícios, os alimentos, as bebidas, os sonos e as relações sexuais (FOUCAULT, 1984).

As numerosas proibições alimentares que eles prescreviam tinham significações culturais e religiosas; e a crítica que faziam a qualquer abuso na ordem do alimento, da bebida, dos exercícios e das atividades sexuais, tinha ao mesmo tempo valor de preceito moral e de conselho eficaz para a saúde (FOUCAULT, 1984, p.94).

O regime definindo a boa saúde e o bom estado da alma exigia do indivíduo uma postura de firmeza moral para manter sempre a justa medida, nunca a maior ou a menor quantidade. Talvez daí tenha surgido o pensamento de considerar o transgressor dos padrões, como o obeso, um fraco de caráter.

O pensamento grego não valorizava apenas positivamente o ato sexual, quando, por exemplo, referia-se à sua função de provocar o emagrecimento devido ao exercício excessivo, mas negativamente, ao associar sua prática exagerada ao surgimento de doenças graves (FOUCAULT, 1984).

Entre os séculos XIII e XVIII, a Igreja considerava a mulher um receptáculo de pecados e o seu corpo impuro. Estes eram resquícios do pecado original difundido por Eva que o introduziu na Terra e induziu o homem a também cometê-lo. (DEL PRIORI, 1999).

A teologia interpretava a dicotomia corpo/alma à sua maneira, positivamente, como o corpo de Cristo, imagem do corpo físico como meio e lugar da salvação espiritual, e negativamente, o corpo como vetor do pecado original, corpo-carne em contato com outra carne, marcado pela luxúria e pelo pecado (DEL PRIORI, 1999).

O pecado baseado na intenção foi, sem dúvida, a grande jogada do cristianismo a fim de dominar o cidadão em uma esfera mais abrangente e, com isso, aniquilar seus instintos agressivos e sexuais. Pois os grandes pecados capitais consistem em: não atentar contra a vida dos outros; não subtrair o capital alheio; não atentar contra o pudor. Compreenda-se que

esses valores eram válidos apenas para os fiéis subalternos, pois a elite da época, constituída basicamente por papas, bispos e apaniguados destes primeiros, transitavam impunemente, cometendo os referidos pecados (COUTO, 1995, p.60).

O útero feminino em movimento, ou seja, procriando, era sinal de normalidade e remissão do pecado original realizado por Eva. Assim, várias doenças associadas à imagem feminina tiveram sua causa atribuída ao útero, ao ciclo menstrual irregular, à incapacidade de procriação, pois dessa forma a mulher estava negando o papel reservado a ela, o de mãe, procriadora. E com isso a mulher se tornava escrava de sua fisiologia (DEL PRIORI, 1999).

A associação, muitas vezes, do sangue menstrual com a ‘maldição’ determinou sentimentos de vergonha ou culpa. Como consequência, algumas crenças desenvolveram-se: a comida poderia estragar-se ou apodrecer se uma mulher menstruada a tocasse, a proibição de praticar ato sexual, lavar a cabeça, andar descalça, ingerir alimentos ácidos, tocar em flores, comer ovo, entre outras (RODRIGUES, 1979, p. 83).

As doenças associadas à fisiologia feminina podiam ser a melancolia, a histeria, a ninfomania. Os sintomas melancólicos podiam surgir devido à abstinência sexual e se revelavam com a falta de vontade de comer, de apetite e de dormir. De acordo com as pregações de Santo Agostinho, a melancolia da mulher era vista como causada por forças ocultas, o que a torna objeto das manobras do demônio.

Na idade média, época das mulheres santas, ou mulheres bruxas que deveriam ser punidas pela Inquisição, surgiu uma doença bastante difundida na atualidade, a anorexia. Esta se justificava pelos constantes jejuns sugeridos pela Igreja para purificação da alma e da grande importância dada aos sete pecados capitais, dentre eles destacamos a gula.

Com o advento do Cristianismo, houve uma substituição drástica dos deuses obesos, hedonistas, pelos cristos magros. As imagens gordas de divindades ancestrais, bem como o hábito dos grandes banquetes romanos seguidos de vômitos auto-induzidos foram extintos. Nos primeiros anos da Idade Média, a glotonaria passou a ser sinônimo de impureza, a gula converteu-se num dos sete pecados capitais, e a rejeição aos alimentos foi eleita a penitência

preferida para alcançar o estado de máxima espiritualidade. A busca da santidade e do puro exigia privações do corpo (WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2005).

Com isso, essa foi uma época em que santidade era sinônimo de anorexia. Porém, estas santas e devotas, com seus jejuns auto-impostos, perseguiram um ideal não de beleza, mas de ascese e de comunhão com Deus. Elas também utilizavam esta recusa em alimentar-se como uma forma de conservar a virgindade e opor-se a casamentos arranjados.

Ao pensarmos em estereótipo de beleza, devemos destacar que mulheres gordas foram amplamente retratadas em quadros pintados por grandes artistas da Renascença, período iniciado no século XIV na Itália e que atingiu seu apogeu em toda a Europa no século XVI. Em 1552, por exemplo, Veronese pinta *A bela Nani*, ideal de beleza feminino do Renascimento.

O corpo devia ser entre o magro e o gordo, carnudo e cheio de suco”, segundo um literato francês. A “construção”, como dizia-se então, tinha que ser de boa carnadura. A metáfora servia para descrever ombros e peito fortes, suportes para seios redondos, e costas em que não se visse um sinal de ossos (DEL PRIORI, 2000, p. 18).

As dobras rosadas das “gordinhas” de Rubens e Rembrandt eram cultuadas na Europa. Essa mulher desnuda e rechonchuda pintada pelos renascentistas representava vida criadora e geração. Gordura não era só sinônimo de beleza, mas, também, de distinção social, de riqueza, pois a nobreza podia se dar ao luxo de consumir cremes, manteiga, açúcar e molhos ácidos e temperados. Assim, esta dieta ditava um ideal feminino que andava de par com a corpulência das grandes damas.

No Brasil, vivíamos no período colonial, o qual possuía um padrão de beleza feminina bem diferente do retratado pelos pintores europeus dessa época, que correspondia aos cabelos claros, ondulados ou anelados, com rosto e colo leitoso como pérola, bochechas largas, fronte alta, sobrancelhas finas e bem separadas. Em terras brasileiras, prevalecia o modelo moreno

sendo muito apreciado pelo gênero masculino como as presas que seriam devoradas sexualmente.

[...] poder-se ia afirmar que a mulher morena era preferida dos portugueses para o amor físico. A moda da mulher loura, limitada às classes altas, teria sido antes repercussão de influências exteriores do que expressão do gosto nacional. Prova disso, segundo o mesmo autor, é que nosso lirismo amoroso não revela outra tendência do que a glorificação da mulata, da cabocla, da morena celebrada pela beleza de seus olhos, pela alvura de seus dentes, pelos seus dengues, quindins e embelecocos, muito mais do que as “virgens pálidas” e as “louras donzelas” (DEL PRIORI, 2000, p. 20).

A nova representação da mulher era difundida pelos livros de receitas com os segredos de beleza existentes na Europa desde o século XVI, o que demonstrava a evolução da cosmética. Com isso, aqui no Brasil a beleza característica da morena era transformada para se assemelhar ao gosto europeu.

No período colonial, os dispositivos de embelezamento eram de conhecimento geral. O investimento maior de beleza se concentrava no rosto, sendo as outras partes do corpo menos valorizadas. Para isso eram utilizadas técnicas domésticas com produtos naturais e com o crescimento das trocas comerciais a partir do século XVI, surgiram novos produtos como as especiarias. Nessa época era estreita a relação entre a cosmetologia em prol da saúde e em prol da beleza (DEL PRIORI, 2000).

Por outro lado, a preocupação da brasileira com a aparência no período colonial era controlada pela Igreja. E assim a mulher considerada perigosa devido à sexualidade e à beleza preocupava os pregadores católicos.

Del Priori (1999) comenta que, a partir do século XVII, a Igreja e a medicina passaram a unir forças em defesa da constituição de um Estado centralizado, lugar onde tanto o médico, que cuidava do corpo, quanto o padre que cuidava da alma, tinham acesso ao corpo feminino.

Foucault (1997) sugere que o século XVII pode ser considerado o período da origem da Idade da Repressão, pois coincide com a origem do capitalismo, da ordem burguesa. Esse período econômico pressupõe a dedicação total ao trabalho e à produção, o que não permite a

dissipação da força de trabalho em prazeres como o sexo, por exemplo, a não ser que seja para fins reprodutivos.

Esse mesmo autor comenta que se quisermos analisar a História do ponto de vista da repressão sexual, devemos dividi-la em dois períodos. O primeiro, por volta do século XVII, que corresponde ao nascimento das grandes proibições, à valorização exclusiva da sexualidade adulta e matrimonial, imposição da decência, evitação obrigatória do corpo, contenção e pudores impostos à linguagem. O segundo período corresponde ao século XX em que ocorre um afrouxamento dos mecanismos repressivos, uma relativa tolerância às relações pré-nupciais ou extramatrimoniais, uma certa eliminação da condenação pela lei dos perversos, e uma quase completa eliminação dos tabus sexuais infantis.

Foucault (1997) comenta que, no século XVIII, surgiu uma das novidades nas técnicas de poder, a “população”, sendo que esta era considerada em seus fenômenos específicos e variedades próprias, como natalidade, mortalidade, esperança de vida, fecundidade, forma de alimentação e moradia, estado de saúde, incidência das doenças. Com este fato, o sexo, ou melhor, sua forma de utilização passou a ser um problema econômico e político, e assim

[...] é necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecunda ou estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas – desses famosos “segredos funestos” que os demógrafos, na véspera da Revolução, sabem já serem conhecidos no campo. É verdade que já há muito tempo se afirma que um país devia ser povoado se quisesse ser rico e poderoso. Mas é a primeira vez em que, pelo menos de maneira constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados não somente ao número e à virtude dos cidadãos, não apenas às regras de casamentos e à organização familiar, mas à maneira como cada qual usa seu sex. (FOUCAULT, 1997, p. 28).

A partir do século XVIII, existiram dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo, em que destacamos a histerização do corpo da mulher e a socialização das condutas de procriação.

Na preocupação com o sexo, que aumenta ao longo de todo o século XIX, quatro figuras se esboçam como objetos privilegiados de saber, alvos e pontos de fixação dos empreendimentos do saber: a mulher histérica, a

criança masturbadora, o casal malthusiano, o adulto perverso, cada uma correlativa de uma dessas estratégias que, de formas diversas, percorreram e utilizaram o sexo das crianças, das mulheres e dos homens (FOUCAULT, 1997, p. 100).

A preocupação com a higiene e a saúde física estavam presentes na família do século XVIII juntamente com o cuidado com o corpo. O nascimento da burguesia e o da Idade Moderna no fim desse século também trouxeram várias mudanças à sociedade.

Foucault (1997) ao comentar sobre a burguesia revela que:

A valorização do corpo deve mesmo ser ligada ao processo de crescimento e de estabelecimento da hegemonia burguesa; mas não devido ao valor mercantil alcançado pela força de trabalho, e sim pelo que podia representar política, econômica e, também, historicamente, para o presente e para o futuro da burguesia, a “cultura” do seu próprio corpo. Sua dominação dependia dele em parte; não era apenas uma questão de economia ou de ideologia, era também uma questão “física” (FOUCAULT, 1997, p. 118).

O movimento higienista ditava as regras de formação do corpo sadio, valorizando-o e cultuando-o. Dentre estas regras estavam, por exemplo, horários para alimentação. Este movimento também regulava o sexo, ao lançar teorias sobre as conseqüências da prática da masturbação. É interessante notar que as referências ao físico do masturbador revelavam questões associadas às práticas alimentares como o emagrecimento rápido, lesão no sistema digestivo e aumento do apetite como compensação da despesa de energia. Dentre as regras para combater a exacerbação da sexualidade, estavam a prática de exercícios físicos e a não-ingestão de certos alimentos como os condimentos.

A educação sexual que, segundo a higiene, deveria transformar homens e mulheres em reprodutores e guardiões de proles sãs e ‘raças puras’ conseguiu, em grande parte, estes objetivos. A sanidade física da família de elite aumentou, na medida em que as condutas sexuais masculina e feminina foram sendo respectivamente reduzidas às funções sócio-sentimentais do ‘pai’ e da ‘mãe’. Em contrapartida, esta mesma educação desencadeou uma epidemia de repressão sexual intrafamiliar que, até bem pouco tempo, transformou a casa burguesa numa verdadeira filial da ‘polícia médica’. Instigados pela higiene, homens passaram a oprimir mulheres com o machismo; mulheres, a tyrannizar homens com o ‘nervosismo’; adultos, a brutalizar crianças que se masturbavam; casados, a humilhar solteiros que não se casavam; heterossexuais, a reprimir homossexuais, etc. O sexo tornou-se emblema de respeito e poder sociais. Os indivíduos passaram a usá-lo como arma de prestígio, vingança e punição (COSTA, 1989, p. 14).

De acordo com Costa (1989), havia separações entre regime alimentar animal e vegetal, relacionando-os com características da personalidade. O regime animal era indicativo de homens corajosos, independentes, cruéis, pouco sociais. Já o regime vegetal era indicativo de homens dóceis e compassivos, servis. Outros alimentos também eram rotulados, como os condimentos que estimulavam o apetite em demasia, provocavam a repleção do estômago e o conseqüente embotamento da sensibilidade geral. Porém, não nos esqueçamos de que estas opiniões também foram influenciadas pela penetração dos costumes europeus no Brasil e as reações da adaptação à transformação cultural.

Na época do movimento higienista, o vestuário servia para diferenciar as classes sociais. Os indivíduos vestiam-se com as normas da civilização européia e possuíam regras que limitavam a exposição de certas partes do corpo ou manifestação de certos tipos de contato físico. Devido a isso, surgiram as vergonhas em exhibir as “carnes” também na intimidade.

Até a época imperial, a mulher não imaginava a importância que tinha na proteção às crianças, no exercício da maternagem. Com a urbanização, a mulher passou à sociabilidade mundana, mas continuou inconsciente de suas obrigações com relação à prole, pois as preocupações com os compromissos sociais e com a moda consumiam todo o tempo.

A moda, como definição da sociabilidade mundana e do vestuário, foi muito criticada pelas teses médico-higiênicas, especialmente devido à imitação insensata dos hábitos europeus. Ela era acusada de ser um foco higiênico de infecção moral da sociedade, de influenciar as mulheres, que por segui-la, sacrificavam sua saúde e a de seus filhos apertando-se em espartilhos para construir um corpo-ampulheta e encobrir as possíveis imperfeições.

O amor à moda transtornava as mulheres, tornando-as relapsas e irresponsáveis. Entregues a sonhos e devaneios românticos só pensavam em satisfazer seus volúveis prazeres. Esqueciam-se, assim, que o dever fundamental da mulher era a conservação de sua saúde e da saúde dos seus filhos. Por esta razão, a condenação à moda era mais veemente quando se

tratava de criticar a conduta da mulher grávida ou da que devia amamentar (COSTA, 1989, p. 134).

O controle do que vestir fez com que as pessoas aprendessem a esmiuçar, reconhecer, caracterizar os detalhes de seus corpos e dos corpos dos outros. As roupas adequavam-se à idade, sexos e “temperamentos”. Com esta preocupação em adaptar as vestes, mulheres e homens começam a notar, cada vez mais, suas imperfeições físicas.

Entre os séculos XV e XVIII, a roupa possuía uma função político-social, era um instrumento de regulação política, social e econômica. Em suas peculiaridades como tipos de tecidos, bordados, acessórios, garantia as marcas de poder, de forma semelhante ao poder das marcas da atualidade.

A partir da segunda metade do século XIV, ocorre uma diferenciação entre a vestimenta masculina e feminina. As roupas têm por função exibir os encantos do corpo e acentuar a diferença dos sexos, assim, a vestimenta torna-se:

[...] traje de sedução, desenhando os atrativos do corpo, revelando e escondendo os atrativos do sexo, avivando os encantos eróticos: não mais apenas símbolo hierárquico e signo de estatuto social, mas instrumento de sedução, poder de mistério e de segredo, meio de agradar e de ser notado no luxo, na fantasia, na graça amaneirada (LIPOVETSKY, 1989, p.66).

Sem dúvida foi a partir do surgimento da burguesia que a moda passa a ter um caráter das tendências passageiras, do gosto coletivo e efêmero, bem diferente das vestimentas modestas e moderadas do feudalismo. Com as sociedades burguesas, o corpo, mas o corpo vestido, domado pela compostura burguesa e embalado pelo código das roupas, passa a ser considerado como propriedade privada e responsabilidade de cada um.

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, os hábitos sociais europeus foram se multiplicando cada vez mais entre as diferentes camadas sociais.

Em nosso país, a moda também tinha grande importância apesar da condição econômica das pessoas serem bem diferentes dos europeus. Assim, eram dispendidos quaisquer esforços para se vestir adequadamente, ou seja, segundo os modelos europeus,

mesmo que para isso contraísse uma dívida financeira. Começava a cultura da boa imagem a todo custo, a cultura da aparência (DEL PRIORI, 2000).

Lipovetsky (1989) fala de uma moda como sistema, afirmando que esta só surgiu a partir do final da Idade Média, pois foi a partir daí que a renovação das formas se torna uma regra, o ritmo precipitado das frivolidades e o reino das fantasias se instalam de forma sistemática e duradoura. Este autor compreende a moda como “um dispositivo social caracterizado por uma temporalidade particularmente breve, por reviravoltas mais ou menos fantasiosas, podendo, por isso, afetar esferas muito diversas da vida coletiva.” (LIPOVETSKY, 1989, p. 24).

De acordo com o referido autor, a moda também propicia aos seres a observação e apreciação de suas aparências, favorece o olhar crítico dos outros, a observação da elegância alheia, é um agente de autonomização do gosto e aparece como um aparelho gerador de juízo estético e social (LIPOVETSKY, 1989).

A moda tem ligação com o prazer de ver, mas também com o prazer de ser visto, de exibir-se ao olhar do outro. Se a moda, evidentemente, não cria de alto a baixo o narcisismo, o reproduz de maneira notável, faz dele uma estrutura constitutiva e permanente dos mundanos, encorajando-os a ocupar-se mais de sua representação-apresentação, a procurar a elegância, a graça, a originalidade. As variações incessantes da moda e o código da elegância convidam ao estudo de si mesmo, à adaptação a si das novidades, à preocupação com o próprio traje. A moda não permitiu unicamente exibir um vínculo de posição, de classe, de nação, mas foi um vetor de individualização narcísica, um instrumento de alargamento do culto estético do Eu, e isso no próprio coração de uma era aristocrática. Primeiro grande dispositivo a produzir social e regularmente a personalidade aparente, a moda estetizou e individualizou a vaidade humana, conseguiu fazer do superficial um instrumento de salvação, uma finalidade da existência (LIPOVETSKY, 1989, p.39).

Segundo Del Priori (2000), em meados do século XIX, a obesidade começava a ser vista como negativa. O corpo pesado, negligenciado, era justificado pela indolência, pelos banhos quentes, pelo amor à comodidade, pelo ócio excessivo da sociedade escravista, pelo matrimônio e a maternidade precoce, pelas formas de lazer e de sociabilidade que não estimulavam o exercício físico e pelo confinamento ao lar.

Del Priori (2000) afirma que as mulheres de formas mais salientes tendiam a ser consideradas mais femininas. As ancas, popularmente falando nos dias de hoje “bundas”, eram o símbolo da mulher sexuada, desejável e fecunda. Parece que começava aí a fama das brasileiras, a partir da confirmação da função biológica de procriar.

Por outro lado, a corpulência correspondia ao ideal de beleza dos brasileiros. “Dizia-se que o maior elogio que se podia fazer a uma dama no país era notá-la cada dia ‘mais gorda e mais bonita’.” (DEL PRIORI, 2000, p. 56). Porém, quando estas mocinhas atingiam a casa dos 30 anos, já estavam obesas e incapazes de provocar o olhar de estrangeiros, o que as protegia das tentações da carne.

A falta de exercícios físicos foi associada às duas doenças vilãs do final do século XIX, a histeria e a melancolia. Assim também surgia o pensamento de Freud que desenvolveu a teoria psicanalítica a partir do corpo, com os estudos sobre a histeria e sua atenção às conversões. Através do conceito de determinismo psíquico, Freud também resgata a importância dos aspectos internos do homem.

Ao realizar o trabalho clínico com as histéricas, Freud define um novo corpo, o corpo psicanalítico, aquele marcado pelo desejo inconsciente, sexual, e atravessado pela linguagem, e que se contrapõe ao corpo biológico constituído por órgãos, o organismo físico. O corpo da psicanálise, que evidencia a sexualidade, traz à tona, posteriormente, uma lógica dada pelo erotismo e regulada pelo desejo.

Assim, Freud inicia uma ruptura com a medicina da época ao delinear uma nova leitura sobre a corporeidade e a vida sexual das pessoas no fim do século XIX. Os estudos psicanalíticos sobre o psíquico e o somático serão mais bem explicados no capítulo 3.

O século XX trouxe transformações, pois estimulava a prática de exercícios físicos em demasia. Desde o início do século, na Europa, multiplicavam-se os ginásios, os professores de

ginástica, os manuais de medicina que chamavam atenção para as vantagens físicas e morais dos exercícios.

No passado, o exercício era sinônimo do mundo feminino. Varrer o quintal e esfregar o chão era tido por ginástica eficiente e útil. Não faltavam, também, manuais ensinando as pessoas a conservarem a beleza e a saúde. Não eram apenas regimes alimentares, mas regimes de vida em que se buscava o equilíbrio entre exercício e repouso, ar e meio ambiente, alimento e bebida. Talvez aí tenha surgido o culto ao corpo da atualidade, o que tornou os homens servos do corpo saudável e belo.

Porém, a introdução dos exercícios no meio feminino não foi apenas visto com bons olhos, criticavam o tempo que a mulher gastaria com os esportes ao invés do lar e do papel de mãe.

Esse período no Brasil correspondia ao fim do Segundo Reinado e ao início da República. A nova mulher também movida pelos exercícios físicos começava a realizar mudanças bruscas em sua aparência e na forma de se vestir, os cabelos estavam bem curtos, as saias mais curtas, os espartilhos mais flexíveis e logo seriam substituídos.

O século XX foi o marco do império do corpo magro, esbelto e delicado, surge a perseguição aos “quilinhos a mais”, a obsessão pelo emagrecimento e pela utilização do tamanho de manequim adequado a esses novos padrões.

O “tamanho”, ou seja, rubrica que passa a determinar a largura e a conformação do corpo em relação à roupa, torna-se uma espécie de forma anatômica. Além de constrangimento moral e não apenas corporal, o tamanho traduzia, num martírio mental e não mais físico, a linha de demarcação que passara a reprovar e estigmatizar toda mulher que o extrapolasse (DEL PRIORI, 2000, p. 66).

Essa sociedade também não aceitava a velhice e a gordura, sendo uma associada à outra. Surge então a lipofobia, a repugnância a qualquer excesso de gordura. As formas arredondadas, símbolo da prosperidade burguesa e de um indivíduo saudável, agora se tornam

determinante da feiúra e da deselegância. A gordura era o oposto da emergência de corpos ágeis, rápidos e menos vestidos.

Mas vale também destacar que esta não parecia ser a preferência masculina. Eles continuavam desejando as formas mais arredondadas com quadris e nádegas salientes. O tipo da mulher procriadora.

De acordo com Sant'Anna (1995), as variadas publicidades expressas entre os anos de 1900 e 1930 serviam ao combate da feiúra física, que muitas vezes era comparada às doenças e por isso os remédios para curá-la. Ainda não se falava em produtos de beleza.

[...] ao mesmo tempo doentes e desprovidas de beleza: as imagens publicitárias dos inúmeros remédios para a saúde e a beleza da mulher exibem, sem pudor, uma galeria de aparências distorcidas, tomadas pelos mais variados tipos de doença. A alma da beleza está no aparelho reprodutor feminino, insistem os conselhos e o discurso publicitário. A feiúra é descrita longamente a as queixas das mulheres tidas como deselegantes são freqüentes (SANT'ANNA, 1995, p. 123).

Por outro lado, tudo devia ter um equilíbrio, embelezar-se demais poderia sugerir uma moral duvidosa, comparar a mulher às libertinas da época e trazer à tona o caráter sexual do ato de embelezamento que excessivamente utilizado serviria para atrair os homens, o que não era um comportamento adequado a uma moça respeitável. Além disso, a beleza era considerada um dom divino e deveria revelar uma alma pura (SANT'ANNA, 1995).

Em nosso país, a importância dada à beleza estaria em franca ascensão no século XX. Começavam os concursos de beleza e a invasão na imprensa de imagens de mulheres que davam conselhos de beleza e moda. A indústria fonográfica também instigava a exposição dos corpos. O higienismo ainda presente, apoiado pela medicina social, ressaltava a importância da prática de exercícios físicos em prol não apenas da vida saudável, mas também do corpo firme e jovem. A excessiva utilização de maquiagem, para corrigir imperfeições, poderia ser substituída por hábitos como a vida higiênica, disciplinada e moderada.

Nesse século surgiu a negação ao feio. A fotografia, o cinema, a imprensa revelavam os padrões de beleza que deveriam ser seguidos. A boa aparência era exigida até nos poucos empregos ocupados por mulheres, além de ser fundamental para garantir o bom matrimônio.

No final dos anos de 1950, início dos anos de 1960, as belas mulheres de Hollywood ou da Rádio Nacional aconselhavam outras mulheres sobre a importância de ser bela, de cuidar do corpo, além dos conselhos sobre a vida amorosa. Assim, a mulher se torna responsável pela própria beleza, não é mais algo de Deus, o que ocasionou uma ditadura e o desprezo àquelas que não conseguiam atingir o padrão de beleza, pois “só é feia quem quer”. Este pensamento nos traz à tona a questão do preconceito com as “diferentes”, como as obesas, que eram consideradas relapsas no cuidado ao corpo e dietas, além de não femininas (SANT’ANNA, 1995).

Nessa época os produtos de beleza são considerados como influenciadores do bem-estar psíquico das mulheres, tornando-as mais felizes e satisfeitas consigo mesmas. É a cura dos males através da aparência, de fora pra dentro. (SANT’ANNA, 1995). Porém, o embelezamento, ao se tornar algo comum e cotidiano, transforma-se em regra indispensável à vivência feminina, deixando-a refém da mesma forma que era ao pai, no patriarcalismo.

Numa época em que o corpo feminino se tornou um sensível dotado de uma linguagem própria, de uma profundidade outrora inimaginável e de uma complexidade antes frequentemente negada, a beleza a ser obtida faz parte, necessariamente, de um trabalho infinito. Mais do que combater a feiúra, o que se exige é a obtenção de um estoque de beleza suplementar. Nesse sentido, se, atualmente, o embelezamento representa mais do que acabar com a feiúra, se ele integra a esta promessa aquela de fazer a mulher se encontrar com ela mesma, resistir à compra dos cosméticos ou, ainda, às aulas de ginástica, aos regimes, às cirurgias, etc., significa, sobretudo, resistir a proporcionar para si mesma um prazer suplementar. E, muitas vezes, uma tal renúncia representa uma experiência intolerável. (SANT’ANNA, 1995, p. 137).

Com esse discurso da aparência, o corpo feminino era transformado em objeto de desejo e fetiche. A partir das imagens femininas nos meios de comunicação, a mulher se

tornava objeto passivo de consumo. “Ora, o poder de sedução de estrelas do cinema marcou toda uma geração de mulheres, servindo de modelo para a imagem que queriam delas mesmas.” (DEL PRIORI, 2000, p. 75).

No Brasil, a influência do cinema americano contribuiu também para outras mudanças como o padrão da loura. A sociedade caracteristicamente morena passava pelo clareamento de pele e cabelo pela ascendência do pensamento estrangeiro, principalmente alemão, que invadia nosso país. Com isso, a beleza e a “nobreza” estavam associadas ao rosado da pele e ao dourado dos cabelos dos modelos estrangeiros.

Talvez seja por isso também que uma boneca criada em 1959, e vinda ao Brasil por volta de 1970, símbolo de sucesso, beleza e juventude tenha tido tanta popularidade também em nosso país. A Barbie surgiu loura e vestida na última moda, a boneca nasceu com o corpo de manequim, longas pernas e cintura fina, uma verdadeira *top model* que iria influenciar as gerações de mulheres que a sucederam.

Nos anos de 1960, a ascensão de modelos como Twiggy, símbolo da mistura entre androgenia e anorexia, propiciou o fim das mulheres para as quais inventaram a expressão “tentação da carne”, que tinham como exemplo Marilyn Monroe e outras estrelas da década de 1950.

Essa tirania da beleza extremamente magra, iniciada na década de 1960, proporciona o surgimento do mecanismo da identificação com algum líder, ou alguma pessoa que represente o ideal de visibilidade e não o da busca de uma identidade. Por isso a importância dada às celebridades e à fama, ao reconhecimento do outro.

O sujeito não se torna mais visível ao participar da massa – pelo contrário -, mas compensa sua invisibilidade identificando-se com a imagem do líder ou do ídolo. O gozo fálico presente no ato de fazer-se visível é obtido vicariamente, através da imagem do Outro que o sujeito por identificação, assume como sendo (também) sua. O espaço público neste caso deixa de ser o espaço das negociações horizontais, das trocas de idéias, das composições de discursos coletivos, para se tornar espaço de adesão à palavra do líder. Ainda assim, a dimensão pública e a dimensão dos ideais estão preservadas – com as devidas ressalvas (KHEL, 2004b, p. 153).

Pensando assim, também podemos perceber que não são apenas as atrizes, modelos, cantoras que exercem influência sobre as mulheres, mas os estilistas também, aqueles que ditam a moda e dizem qual o número de manequim que um ser humano “normal” deverá usar.

A sociedade contemporânea é bem diferente da sociedade de 1800 porque é comandada pela lógica do capital e obedece à ética da visibilidade. O espaço da política é substituído pelo espaço do espetáculo e da publicidade, tendo a fama uma importância maior que a cidadania (KHEL, 2004b).

A certeza subjetiva que nos garante, muito precocemente que “eu sou”, não provém da nossa capacidade de pensar, mas da nossa identificação a uma imagem. A imagem corporal. Antes de saber que pensa, o filhote de homem já “sabe” que existe, a partir do olhar que o outro dirige à sua imagem. Não é o pensamento que garante a singularidade do ser; isto é o que nos ensina a filósofa Hannah Arendt, baseada em seu conhecimento da Antiguidade clássica. O que garante o ser, para um sujeito, é sua visibilidade – para outro sujeito (KHEL, 2004b, p.148).

Na sociedade do espetáculo, os sujeitos são convocados a gozar sem nenhuma justificativa moral, atendendo apenas à satisfação das necessidades. Os chamados, antigamente, de pecados como a gula, a cobiça, a luxúria, a ostentação, a inveja, a vaidade e a preguiça, são hoje invocados como normatizadores do consumo.

Na sociedade do espetáculo que, como o leitor já percebeu, é a própria sociedade de consumo, o mecanismo que garante ao sujeito a visibilidade necessária para que ele exista socialmente (no campo do Outro) já não é o da identificação (com o líder). Na horizontalidade da circulação das imagens/mercadorias, o mecanismo das *identificações* é substituído pela tentativa de produção de *identidades*. Já não é mais com a imagem do Outro que o sujeito tenta se identificar, mas com uma espécie de imagem de si mesmo apresentada pela televisão como uma *imagem corporal*. Se a publicidade, a telenovela, o jornalismo/espetáculo e o cinema de massas dirigem-se permanentemente a um sujeito que deve ser “todo mundo” e não é particularmente ninguém; se a imagem capaz de convocar a multidão de homens genéricos é a imagem mais abrangente, e, portanto, mais vazia possível; se o gozo dessa imagem vazia é elevado à condição de experiência subjetiva (e de experiência estética) para os sujeitos da sociedade do espetáculo; se, finalmente, a eficácia dessa experiência depende do apagamento de todas as outras dimensões da vida que não caibam no puro tempo presente do acontecimento como *aparecimento*; então, só a imagem do corpo próprio – tornado o mais parecido possível com um corpo Outro,

sem história, sem sofrimento e sem falhas – pode servir de suporte para a construção de uma ilusão de identidade para os sujeitos da sociedade do espetáculo (KHEL, 2004b, p. 158, grifo do autor).

Podemos dizer que a TV brasileira nascida em 1950 com a primeira transmissão ao vivo pela Tupi, em São Paulo, e que só foi firmar sua hegemonia no país em meio à ditadura militar ocorrida entre 1964 e 1985, tem um papel importante nestes mecanismos de identificação.

A TV Globo nasceu em 1965 e, no final dos anos de 1980, já era considerada uma das cinco maiores redes de televisão privada do mundo. Através da combinação de melodrama (a novela) com o telejornal, a nação brasileira se reconhece e se reelabora.

A TV une e iguala, no plano do imaginário, um país cuja realidade é constituída de contrastes, conflitos e contradições violentas. A TV conseguiu produzir a unidade imaginária onde só havia disparidades materiais. Sem tal unidade, o Brasil não se reconheceria Brasil. Ou, pelo menos, não se reconheceria como o Brasil que tem sido (BUCCI, 2004, p. 222).

Corroborando com as idéias de Khel (2004b), no Brasil, a cidadania também é associada à visibilidade, ao acesso ao olhar do público, sendo esta última mais importante que a primeira.

As novelas exerceram uma função capital. Foram elas que infundiram nos brasileiros o hábito de ver TV. Ligar TV todas as noites tornou-se algo tão essencial como jantar todas as noites. Entre os anos 1970 e 1980, as novelas eram capazes de prender mais de 70% dos telespectadores. Elas inventariaram, consolidaram e sistematizaram o repertório da vida privada brasileira: vendo novelas, as mulheres de classe média aprenderam a se vestir e a comprar o sofá da sala, as famílias mais pobres tiveram noções de controle de natalidade, os adolescentes aprenderam a namorar (BUCCI, 2004, p. 224).

Segundo Julien (1997) no século XX, a mulher adquire três poderes que a fazem menos soberana ao pai. Com o poder médico pode decidir por si mesma sobre o nascimento ou não de um bebê e até por um aborto; com o Poder Judiciário, em 1889, há a queda do patriarcado na Europa, em 1938, o poder marital é suprimido e, em 1970, o poder paterno e no caso de divórcio a mãe tem a prioridade à guarda dos filhos pela questão do vínculo materno;

e por fim há o poder do ensino em que as mulheres estão atuando nas áreas intersubjetivas junto à população.

Hall (2001) comenta sobre a contribuição do movimento feminista da década de 1960 para o descentramento do sujeito. Este movimento propiciou a inclusão de assuntos como família, sexualidade, trabalho doméstico, divisão doméstica do trabalho, o cuidado com as crianças, nas contestações políticas. As discussões expandiram a ponto de acrescentar nas discussões a questão da formação das identidades sexuais e de gênero. “O feminismo questionou a noção de que os homens e as mulheres eram parte da mesma identidade, a ‘Humanidade’, substituindo-a pela *questão da diferença sexual*” (HALL, 2001, p. 46, grifo do autor).

O movimento feminista, no Brasil, correspondente ao final do século XIX se estendendo às três primeiras décadas do século XX, pode ser dividido em três tendências. A primeira tendência corresponde ao movimento sufragista liderado por Bertha Lutz, o qual não questionava a opressão da mulher. A segunda tendência do feminismo reuniu uma gama heterogênea de mulheres (intelectuais, anarquistas, líderes operárias) que defenderam o direito à educação e falavam em dominação masculina, abordando temas que para a época eram delicados, como, por exemplo, a sexualidade e o divórcio. A terceira vertente se manifestou especificamente no movimento anarquista e no Partido Comunista, tendo como expoente Maria Lacerda de Moura (OTTO, 2004).

No Brasil, a década de 1970 constituiu um marco para o movimento de mulheres em nosso país, apesar da ditadura política, aonde as mulheres vão às ruas reivindicando a redemocratização do país e a melhoria nas condições de vida e de trabalho da população brasileira. Em 1975, comemora-se, em todo o planeta, o Ano Internacional da Mulher com a realização da I Conferência Mundial da Mulher, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), e cria-se o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira. Nesse ano

também ocorreu a organização do Movimento Feminino pela Anistia. Com isso, as mulheres exiladas nos Estados Unidos e na Europa voltavam para o Brasil trazendo uma nova forma de pensar sua condição de mulher, em que somente os papéis de mãe, companheira e esposa não mais serviam (OTTO, 2004).

De acordo com Lipovetsky (2000), o enfraquecimento do ideal da mulher no lar, direito à dissolução do vínculo, legitimidade do acesso ao estudo e ao trabalho, direito de voto, liberdade sexual e controle da procriação são algumas das manifestações da obtenção, por parte das mulheres, da inteira disposição de si mesmas em todas as esferas da existência que constituem o mundo contemporâneo.

Lipovetsky (2000) coloca a existência feminina, na atualidade, na lógica do individualismo moderno do princípio de livre determinação e de livre posse do corpo. O que deu à mulher o controle da concepção e da anticoncepção e a liberdade de expor sua sexualidade com quem quiserem e da forma que quiserem. Não precisam mais se ligar afetivamente ao outro para obter prazer sexual e assim se livram do sentimento mais assustador da nossa civilização, depender afetivamente do outro.

[...] a feminilidade pode ser considerada uma modalidade do psiquismo da mulher. Modalidade essencial se admite que a anatomia é determinante do sentimento do corpo, através do qual somos entregues ao nosso destino sexual. Modalidade que se encontra parcialmente no homem, seja porque algumas indecisões persistem no determinismo biológico, seja porque a construção do aparelho psíquico se funda sobre os emaranhados identificatórios dos objetos de amor materno e paterno. A feminilidade não é apenas o fato de ter nascido com o sexo de mulher. É um conceito que cobre um conjunto de afetos, de modos emocionais, ligados a representações do espaço do corpo interno, ao desejo de gestação e ao prazer narcísico de ser possuída enquanto objeto de amor (ANZIEU, 1992, p. 6).

Com a emancipação feminina, levando-as a realizar atividades fora do lar para contribuir com a renda familiar, muitas mulheres adiaram o sonho de casar e ter filhos. Assim, podemos concluir que a família acompanha a evolução da sociedade, sendo produto desta e refletindo o estado de cultura deste sistema.

Outro fator interessante com relação ao adiar ter filhos pode ser notado na ambivalência por parte das mulheres, consciente ou inconscientemente, quanto à imagem de mulher maternal. Esta pode estar associada à figura corpulenta e rechonchuda que se contrapõe fortemente à imagem esbelta da mulher companheira e sexualmente ativa da atualidade.

Com o prolongamento da expectativa de vida em todos os países desenvolvidos, apesar da melhora da saúde pública, ocorria uma inquietação geral relativa à alimentação que se difundiu por toda a população, principalmente a mais culta e com melhor nutrição. Doenças coronarianas e cânceres se espalharam em grande número, porém, estas doenças costumam atingir pessoas depois de uma certa idade, e com o prolongamento da vida é óbvio que elas apareceriam em maior número (FISCHLER, 1998).

Na década de 1950, surgiu um tipo de alimentação, um dos símbolos do capitalismo e do estilo de vida americano no mundo, o *fast-food*. Ao falarmos neste tipo de alimentação, não podemos nos esquecer da rede *Mcdonald's* que surgiu em 1954, e, em 1967, começava a espalhar pelo mundo a cultura da comida rápida e pouco saudável. No Brasil, a rede surgiu em 1979.

Fischler (1998) justifica o sucesso do *fast-food* em geral e da pizza por certos “universais” alimentares:

O *fast-food* não é puramente funcional, e o cliente não o consome unicamente por motivos de comodidade, preço e tempo. De fato, o repertório de sabores e texturas ao qual ele faz apelo reduz-se a uma espécie de menor denominador comum das preferências. Assim, na maciez dos pãezinhos do hambúrguer, na carne moída, nos molhos doces e *ketchups* agri doces confluem sensações infantis, regressões e transgressões (FISCHLER, 1998, p. 861, grifo do autor).

Mediante esses protestos contra a americanização da alimentação, criou-se um movimento intitulado *slow-food* que existe ainda hoje em alguns países da Europa.

A partir dos anos de 1960, sobretudo na Europa Ocidental, espalharam-se os supermercados, os carros, a televisão, a elevação do nível de vida e de educação, e assim, a alimentação torna-se um mercado de consumo de massa. Ela se transforma por procedimentos industriais e é comercializada segundo modernas técnicas de *marketing* e maciços investimentos publicitários, para que determinadas marcas se fixem no mercado (FISCHLER, 1998).

Os alimentos distribuídos nos supermercados visam a economizar o tempo gasto pela mulher no preparo dos condimentos, pois ela agora entrou no mercado de trabalho e precisa administrar seu tempo (FISCHLER, 1998).

Os produtos *light* tentam justificar seu alto custo, com a integração do regime ao produto. Além de cozinhar no lugar do consumidor, a indústria alimentícia passa a encarregar-se da dieta (FISCHLER, 1998).

Os anos de 1980 marcam a organização da sociedade de consumo, ampliando-se o universo da moda e configurando a moda fetiche. O corpo torna-se mercadoria para a venda de outras mercadorias, torna-se literalmente vítima da moda no trabalho agressivo de fotógrafos e estilistas, e essa conexão da moda juntamente com o corpo possui um olhar da ordem do sexual, pela sedução, através de seu corpo, da aparência, a mulher dá sentido ao seu próprio destino (JOFFILY, 2001).

Que o corpo e a sexualidade ajudam a vender, disso não temos a menor dúvida; porém devemos atentar para o fato de que toda essa série de dispositivos que vieram a recobrir o corpo neste movimento de redescoberta traz junto a finalidade de integração e controle social. O corpo, não sendo uma entidade natural e sim um fato de cultura, carrega nas sociedades capitalísticas uma funcionalidade que o atrela aos dispositivos de controle e disciplina. Ao mesmo tempo em que é apresentado associado à sexualidade e à beleza, dotado de liberdade, o corpo é tomado como fonte de ameaça, verdadeira virtualidade revolucionária, que é reduzido em seu perigo, na medida em que é embalado, maquiado e despotencializado (LUCERO, 1995, p. 52).

O fenômeno do uso da mulher, ou melhor, de seu corpo, como alegoria está muito presente na história da humanidade, e, atualmente, ela continua sendo usada como objeto de

propagandas para vender diversos bens de consumo, principalmente aqueles característicos da preferência masculina.

A feminilidade sempre esteve associada à beleza, porém, esta se modificou muito ao longo dos anos, como pudemos perceber com o descrito acima. Assim, ao compreendermos as mudanças de padrões de beleza, podemos também perceber a repulsa às aparências feias.

Particularmente em nosso país o ato de embelezar as mulheres não é apenas favorável às indústrias associadas ao assunto, mas algo de fundamental importância para o convívio em sociedade, para o devido ato de inserir-se na cultura capitalista. Quem exhibe uma aparência considerada feia e, portanto, fora dos padrões, é considerado ultrapassado, fora de moda, tem dificuldades de conseguir emprego, uma companhia agradável. Ser considerada bela facilita na hora de conseguir um parceiro bem-sucedido financeiramente.

Ao refletirmos sobre nossa sociedade, podemos inferir que quem dá as cartas são as mulheres, ou melhor, o corpo feminino. Este corpo tem sido usado como objeto pela mídia, e sua ausência diminui as vendas. Quando falamos em Brasil, falamos melhor se através das imagens femininas, pois nossa sociedade é simbolizada pela mulher, assim, são elas que orientam o consumo. É o corpo feminino que desperta o desejo pelo consumo de determinado objeto. Por outro lado, este corpo que desperta o desejo pelo consumo também se tornou refém desse consumo, da necessidade de possuir um corpo consumível.

Lipovetsky (2004) explica que estamos vivendo nos tempos hipermodernos, caracterizado por uma lógica do hiperconsumo, da hipermodernidade, do hipernarcisismo, do hipercapitalismo. Assim, tudo se encontra nas extremidades, principalmente os comportamentos individuais.

Em Lipovetsky (2004), Sebastian Charles comenta que a pós-modernidade é caracterizada por uma lógica dual:

A essência do individualismo é mesmo o paradoxo. Ante a desestruturação dos controles sociais, os indivíduos, em contexto pós-disciplinar, têm a

opção de assumir responsabilidade ou não, de autocontrolar-se ou deixar-se levar. A alimentação é o melhor exemplo. Uma vez que desaparecem nesse âmbito as obrigações sociais, e particularmente as religiosas (jejum, quaresma etc.), observam-se tanto comportamentos individuais responsáveis (monitoramento do peso, busca de informação sobre a saúde, ginástica) que às vezes beiram o patológico pelo excesso de controle (condutas anoréxicas) quanto atitudes completamente irresponsáveis que favorecem a bulimia e a desestruturação dos ritmos alimentares. Nossa sociedade da magreza e da dieta é também a do sobrepeso e da obesidade (LIPOVETSKY, 2004, p. 21).

Discordando do autor citado acima, acreditamos que, apesar do capitalismo sobrepor o poder da religião, as penitências continuam. As pessoas fazem dieta em um dia e no outro se empanturram de comida. Se quer se tornar mais bonita e sensual, basta passar por uma clínica de estética. Quer se tornar a Barbie? Basta aceitar as diversas mutilações pelas quais seu corpo terá de passar para atingir o resultado esperado. Comeu demais ao longo da vida e se tornou um obeso mórbido? Há a cirurgia bariátrica, que com seu esforço, é lógico, lhe fará perder pelo menos 35% de seu peso.

Sob o signo da liberação física e sexual, a sua onipresença (...) na publicidade, na moda e na cultura de massa - o culto higiênico, dietético e terapêutico com que se rodeia, a obsessão pela juventude, elegância, virilidade/feminilidade, cuidados, regimes, práticas sacrificiais que com ele se conectam, o Mito do Prazer que o circunda – tudo hoje testemunha que o corpo se tornou objeto de salvação. Substitui literalmente a alma, nessa função moral e ideológica. (BAUDRILLARD, s.d. apud LUCERO, 1995, p. 50).

Herrmann e Minerbo (1998, p. 22) discorrem em seu texto sobre a migração dos complexos morais “da sexualidade para a dieta, da cama para a cozinha e para a mesa”. Não que a moral sexual tenha se extinguido, mas que a alimentação passou a ser o lugar preferencial dos conflitos e interditos morais justamente pela sexualidade já estar tão exposta. Prova disso é a mudança no discurso sexual para o discurso alimentar: “comer alguém”, “comer uma mulher”, “orgia alimentar”, entre outras.

Será que podemos dizer que a antiga moral sexual atualmente está submetida à dietética, ao pensarmos que para a sociedade é mais fácil aceitar a relação sexual entre parceiros magros?

O pecado original se transformou de pecado sexual na Idade Média para pecado alimentar na pós-modernidade. O fruto proibido não é mais simbolizado pelo sexo, órgãos genitais, mas pelo próprio fruto como alimento nutritivo que mata a fome biológica ou a psíquica.

“Como para o antigo pecado sexual, as condições psicológicas do sujeito influem decisivamente em sua capacidade de resistir à tentação: qual o gordo que não come por angústia?” (HERRMANN; MINERBO, 1998, p.23) E podemos complementar: qual indivíduo em nossa sociedade não se sente angustiado? Qual indivíduo consegue resistir ao alimento se desde pequenos nos foi ensinado o prazer através do alimento?

A consciência da punição a este pecado também se modificou. “Se antes as pessoas achavam que podiam morrer de sexo em demasia – e, presentemente com a Aids, morrem de fato -, agora é a comida que representa a morte para nós.” (HERRMANN; MINERBO, 1998, p.26). Por outro lado, assim como a prática sexual era redimida de seus pecados por proporcionar a geração de descendentes, talvez a alimentação também seja, por manter a vida, satisfazer uma necessidade biológica.

Milhares de brasileiros estão sendo incentivados pela publicidade e pela indústria cultural a produzir um corpo, um corpo ideal, com a ajuda de profissionais do ramo da beleza (KHEL, 2004a).

O corpo-imagem que você apresenta ao espelho da sociedade vai determinar sua felicidade não por despertar o desejo ou o amor de alguém, mas por constituir o objeto privilegiado de *seu* amor-próprio: a tão propalada auto-estima, a que se reduziram todas as questões subjetivas na cultura do narcisismo (KHEL, 2004a, p. 174).

A cultura do corpo quer se confundir com a cultura da saúde, as dietas são feitas em nome da saúde, as cirurgias são em nome da saúde e não da estética e aí se desenvolvem diversos sintomas sociais que demonstram que a vida fechada diante do espelho é vazia de sentido.

A indústria cultural ensina às mulheres que cuidar do binômio saúde-beleza é o caminho seguro para a felicidade individual. É o culto ao corpo na religião do indivíduo em que cada um é simultaneamente adorador e adorado. Mas o culto não é para todos. O tal corpo adorado é um corpo de “classe”. Ele pertence a quem possui capital para frequentar determinadas academias, tem personal trainer, investe no body fitness; esse corpo é trabalhado e valorizado até adquirir as condições ideais de competitividade que lhe garanta assento na lógica capitalista. Quem não o modela, está fora, é excluído (DEL PRIORI, 2000, p. 92).

Corroborando com esta idéia, Reis (2002) relata que, ao longo da história, notamos que, muitas vezes, a beleza não poderia ser relacionada à fecundidade, ao trabalho e à pobreza. É comum a mulher obter certa quantidade de peso após a gestação. Além disso, atualmente só consegue se enquadrar nos padrões aquela que possui tempo ocioso para ir à academia e aos centros de estética, e ter dinheiro para pagar todo este tratamento que inclui uma alimentação repleta de componentes *light* e *diet*, que por sinal são os mais caros no mercado.

Em nossa sociedade, a busca pela beleza tem se tornado algo essencial para o convívio em sociedade. Schilder (1980) comenta que a beleza e a feiúra são, sobretudo, fenômenos sociais e culturais que somente são passíveis de padronização mediante fronteiras limitadas. No entanto, os conceitos de beleza e feiúra regulam as atividades sexuais e sociais nas relações humanas. Este autor afirma ainda que o ideal e o padrão de beleza serão sempre a expressão da situação libidinal da sociedade.

A mídia contribui para a criação de uma espécie de “fobia por gordura” ou lipofobia, com a associação da imagem feminina e sua beleza magra a diversos tipos de produtos, excluindo assim a imagem de mulheres com formas voluptuosas, o que insinua que elas não são atraentes bastante para vender produtos ou até mesmo que sejam vistas. Na realidade, a falta na mídia de mulheres volumosas chega quase a sugerir que elas não existem em nossa sociedade. “Com o avanço do capitalismo e a canibalização ideológica que ele promove, a mulher transformou-se de vez em objeto publicitário e hoje aparece nua até para vender peças de automóveis ou qualquer que seja o produto” (REIS, 2002, p. 70).

Na lógica desenfreada do capitalismo, a obesa não tem espaço, o mundo atual não tem o número da obesa. A sociedade não dita apenas o padrão do corpo, mas quais as características da mulher ideal, e nesta categoria as grandes obesas também não entram. “Ser obesa implica ferir um suposto código social em que se estabeleceu a beleza como fator fundamental para a identificação de feminilidade e atratividade perante o sexo oposto, além de demonstrar que a pessoa não possui ‘autocontrole e eficiência’ (DI BENEDETTO, 2006, p.119).

De acordo com Fischler (1995, p. 70), a questão social em torno do obeso refere-se:

[...] a compulsão traduz aos olhos de todos a parte da comida que nós atribuímos, isto é, simbolicamente, a parte que tomamos para nós, legitimamente ou não, na distribuição da riqueza social. Nosso corpo é um signo imediatamente interpretável por todos de nossa adesão ao vínculo social, de nossa lealdade às regras da distribuição e da reciprocidade. Uma suspeita pesa, portanto, sobre os gordos. Mas se não podem emagrecer, eles têm uma possibilidade de se redimir dessa suspeita: precisam proceder a uma espécie de restituição simbólica, aceitando desempenhar os papéis sociais que se esperam deles.

Para este autor, é em função da troca simbólica do que ele retirou da sociedade e do que ele irá restituir à mesma, que o obeso será classificado como benigno, maligno ou ambíguo. Porém, não podemos nos esquecer de que hoje em dia a grande maioria dos obesos são de classe baixa, e no tempo em que os ricos eram gordos, um certo excesso nas formas era aceitável. Assim, podemos concluir que atualmente é possível associar lipofobia à fobia por pobreza.

Corroborando com esta idéia, e comparando obesidade à feiúra, Del Priori (2000) afirma que esta última e a pobreza se misturam num único rótulo. E com isso, apesar das discrepâncias sociais e econômicas existentes em nosso país, haveria ainda outra, a da estética. E mais uma vez obesidade é igual à feiúra que é igual à pobreza.

A longa história de nossos corpos revela que, quanto mais olharmos para trás, buscando conhecer o passado de nossos ancestrais, melhor entenderemos e construiremos nossa identidade, no presente. O corpo começou a ser cultuado há muitos anos, o que vem

mudando são as formas de expressão e de padrão corporal, mas a preocupação em segui-lo é praticamente a mesma.

Dessa forma, destacamos na atualidade uma epidemia mundial de obesidade, e as previsões futuras não são nada favoráveis. Assim, nos próximos capítulos, buscaremos caracterizar esta doença em sua dimensão biopsicossocial, além de destacarmos sua expressão mais grave, a chamada obesidade grau III e seu tratamento cirúrgico que, ao longo da dissertação, denominaremos de diferentes maneiras, cirurgia bariátrica, gastroplastia ou cirurgia da obesidade.

CAPÍTULO 2

OBESIDADE: CONCEITO, CAUSAS E EPIDEMIOLOGIA

De acordo com o explicitado no capítulo anterior, a forma obesa já esteve presente em épocas remotas da existência humana. Assim, neste momento, gostaríamos de abordar a obesidade como uma doença que tem atingido proporções alarmantes e se tornado questão de saúde pública. Utilizaremos uma visão biopsicossocial para abordarmos esta doença e suas diferentes expressões na população.

Coutinho (1998) afirma que as mudanças ocorridas na sociedade decorrentes da “modernidade”, como as escadas rolantes, os controles remotos, os telefones sem fio e todos os demais itens de conforto da vida moderna, são consideradas como um dos fatores primordiais para o crescimento explosivo da obesidade no mundo contemporâneo, devido à redução do gasto calórico nas atividades cotidianas.

No século XX, a obesidade tornou-se sinônimo de descontrole, preguiça, gula, de feiúra, de fraqueza de caráter e ainda de distúrbios psicológicos. Atualmente, com o avanço da medicina na descoberta do mecanismo de ganho e perda de peso, ela tem sido considerada como uma doença crônica de proporções epidêmicas, cujo sintoma manifesto é engordar.

Juntamente com o sobrepeso, essa epidemia mundial alcança aproximadamente 1,7 bilhão de pessoas (DEITEL, 2003). Nos Estados Unidos, país com os maiores índices de obesidade do mundo, dois terços da população têm sobrepeso, e metade é obesa (GELONEZE B; PAREJA JC, 2006 apud OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, a taxa de ascensão anual da obesidade é de 0,3 ponto percentual para a população feminina e de 0,20 ponto percentual para a população masculina (MALHEIROS; FREITAS Jr, 2006).

Oliveira (2007) nos revela que uma pesquisa nacional realizada em 2006 pelo Ministério da Saúde mostrou que 43% da população adulta brasileira estava com excesso de peso e 11% eram obesos. Da porcentagem de obesos no país, a pesquisadora nos mostra a diferença de prevalência em homens e mulheres.

Tabela 1 - Prevalência da obesidade por faixa etária na população adulta brasileira

Sexo/ faixa etária	20-24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	65 anos e mais
Feminino	4,7	9,2	12,8	18,4	21,8	16,1
Masculino	3,1	7,2	11,3	12,4	11,9	8,7

Fonte: (OLIVEIRA, 2007)

O boletim da saúde mundial de 2002 estimou a ocorrência de 2,5 milhões de mortes relacionadas ao peso, 200 mil por ano na Europa e 300 mil por ano nos Estados Unidos (DEITEL, 2003). Sendo assim, a obesidade é classificada como a segunda causa de óbito por causas evitáveis nos Estados Unidos (MALHEIROS; FREITAS Jr, 2006). No Brasil, 70 milhões de pessoas estão acima do peso, sendo que 80 mil morrem por ano por problemas relacionados à obesidade (SHIRAGA, 2006).

Mas como podemos definir um problema que tem sido considerado tão grave? A obesidade se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, causando vários danos à saúde, além de diminuir a expectativa de vida. Para efetuar seu diagnóstico quantitativo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o Índice de Massa Corpórea (IMC) ou Índice de Quelet, calculado ao se dividir o peso corporal em quilogramas, pelo quadrado da altura em metros. Ao classificarmos o indivíduo de acordo com o IMC, também podemos verificar seu risco de doenças que podem surgir tanto pelo baixo peso quanto pelo excesso de peso.

Tabela 2 - Classificação da obesidade, segundo o IMC e risco de doença (morbidade)

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO	RISCO DE DOENÇA
< 18,5	Magreza	Elevado
18,5 – 24,9	Normal	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	Elevado
30 – 34,5	Obesidade grau I	Muito elevado
35 – 39,9	Obesidade grau II	Muito elevado
>40	Obesidade grau III	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO

Coutinho (1998) afirma que o IMC não pode ser considerado um método de diagnóstico muito válido, justamente por ser um indicador de corpulência e não de adiposidade. Este diagnóstico quantitativo não diferencia entre massa gorda e massa magra, podendo apresentar um falso-positivo, como no caso de um indivíduo com a massa muscular muito desenvolvida.

Para o diagnóstico qualitativo, consideramos a localização do excesso de gordura: obesidade central, abdominal ou *andróide*, e obesidade periférica, inferior ou *ginecóide*. A obesidade central é associada à figura da maçã, e a periférica à da pêra. A obesidade ginecóide é considerada predominante nas mulheres (MANCINI, 2006).

De acordo com Cordás e Franques (2006), a obesidade também pode ser classificada psicologicamente como *exógena* ou reativa, e *endógena* ou de desenvolvimento. A primeira se caracteriza quando o ganho de peso está relacionado a determinados eventos, como casamento, gravidez, envelhecimento, viuvez, mudança de trabalho, etc. Já os obesos de desenvolvimento possuem peso excessivo desde o nascimento, o que contribui para confundir a satisfação dos desejos através do alimento.

Comumente, essa doença é causada por um desbalanço entre as calorias que são ingeridas sob a forma de alimentos, e as calorias que são gastas pelo indivíduo para seu

organismo funcionar. Porém, devemos considerar outras origens da obesidade como a junção dos fatores metabólicos, genéticos, culturais e comportamentais.

Dentre os fatores etiológicos da obesidade, encontram-se os fatores hereditários que apesar de modularem a suscetibilidade, não determinam a ocorrência da doença. Estudos sobre a genética do comportamento demonstram que o IMC herdado pelos indivíduos corresponde a uma proporção que varia entre 25% e 40% de seu peso. Na década de 1990, foi descoberto o hormônio leptina que regula a ingestão de alimento e o armazenamento de líquidos e, a partir deste conhecimento, observou-se que os obesos têm um nível elevado desse hormônio em relação ao peso do corpo. Entretanto, os estudos genéticos e os conhecimentos sobre a leptina até agora não acarretaram conseqüências imediatas ao tratamento da obesidade em seres humanos (STROEBE, 2004).

O ganho de peso também pode ocorrer pela ingestão de medicamentos como antipsicóticos (fenotiazinas e butirofenonas), antidepressivos, antiepiléticos, esteróides, antagonistas adrenergéticos, antagonistas serotoninérgicos e antidiabéticos (MANCINI, 2006).

Segundo Cordás (1995 apud SOMENZI, 1996), distúrbios da relação familiar, eventos potencialmente estressantes ao longo do ciclo vital, relacionados à sexualidade e formação de identidade pessoal, são igualmente apontados como fatores desencadeantes e/ou mantenedores dos transtornos alimentares como a anorexia, a bulimia nervosa e a obesidade.

Coutinho (1998) afirma que, em meninas, é freqüente o desenvolvimento da obesidade na época da puberdade. Este mesmo autor diz que entre as mulheres, o ganho de peso está freqüentemente relacionado com a gestação, parecendo ser mais crítico o primeiro trimestre. Gestantes que ganham peso excessivamente, no primeiro trimestre da gravidez, apresentam maior risco de reter o peso ganho após o parto do que as gestantes que engordam mais no terceiro trimestre. Já com o sexo masculino, o ganho de peso surge em decorrência de hábitos

de vida ocorridos após o casamento, devido ao comportamento mais sedentário. Após os 60 anos, não é comum o surgimento de novos casos de obesidade.

O excesso de peso pode ocasionar problemas fisiológicos no corpo da mulher em idade fértil, como o hirsutismo, a irregularidade menstrual com oligo ou amenorréia e ciclos anovulatórios; ovários policísticos relacionados com hiperinsulinemia e/ou resistência insulínica. Este quadro é revertido com a perda de peso proporcionada pela intervenção cirúrgica, o que torna necessário o alerta ao possível engravidar. A mulher com grau III de obesidade também pode ter o diagnóstico de infertilidade ou menopausa precoce (MATIELLI et al., 2006).

A obesidade vem sendo considerada um grave problema de saúde pública, devido ao fato de suas complicações incluírem: diabete melito, hipertensão arterial, dislipidemias, doença coronariana, acidente vascular cerebral, apnéia do sono e outras disfunções respiratórias, disfunções ortopédicas, colecistopatia, gota e alguns tipos de câncer, sendo assim uma doença de enorme morbidade e mortalidade (MATOS; BAHIA, 1998).

Além disso, os gastos públicos com esse problema de saúde têm se mostrado cada vez maiores. “Dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que, em todo o mundo, de 2% a 7% dos gastos com os sistemas de saúde são despendidos com a obesidade” (BENEDETTI, 2003, p. 13).

Dados americanos revelam que, em 1995, os gastos, direta e indiretamente, com a obesidade chegaram a US\$99 bilhões, e, em 2000, atingiram US\$ 117 bilhões (MALHEIROS; FREITAS Jr, 2006).

Philip James, presidente da *International Obesity Task Force* (IOTF), afirma que existem hoje no mundo 800 milhões de pessoas subnutridas e 1 bilhão de obesos. Segundo ele, estamos em uma nova fase, a chamada “transição nutricional”, que reúne fome e obesidade em um mesmo país (MENAI, 2002).

Com isso, podemos notar que a obesidade não é mais um problema exclusivo dos chamados países desenvolvidos, devido ao fato de suas taxas de prevalência estarem aumentando de maneira alarmante, podendo se tornar o principal problema de saúde, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA, 2007).

A alimentação inadequada e o sedentarismo também atingem países em desenvolvimento como o Brasil, onde foram identificados a decorrente redução da desnutrição e o aumento do excesso de peso e da obesidade, encaixando o país na denominada transição nos padrões nutricionais (OLIVEIRA, 2007).

Em nosso país, a fome, como deficiência de calorias, atinge proporções muito menores do que as que são apontadas, pois atualmente convivemos com outro grave problema alimentar, a obesidade. Apenas no semi-árido nordestino a obesidade não constitui problema de saúde pública. Portanto, notamos que apesar de o país estar sendo encaixado na denominada transição nos padrões nutricionais, a desnutrição e a obesidade ainda coexistem e só podem ser compreendidas se considerarmos as diversas facetas do problema.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 (POF) publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) revelou que nesse período, na população brasileira acima dos 20 anos, a prevalência de déficit de peso era de 4% no total, tanto em homens quanto em mulheres residentes no meio rural e na região Nordeste.

Já em relação ao excesso de peso e obesidade, a referida pesquisa evidenciou a prevalência de 40,6% de excesso de peso e 11,1% de obesidade na população com 20 anos ou mais de idade. Tanto homens quanto mulheres da região Sul do país apresentaram os maiores índices. Os menores índices de excesso de peso e obesidade estavam nas regiões Norte e Nordeste para os homens e nas regiões Norte e Centro-Oeste para as mulheres (IBGE, 2004).

Dentre a população obesa que vem aumentando em nosso país, destacamos a prevalência da obesidade grau III ou obesidade mórbida de acordo com a região brasileira.

Tabela 3 - Prevalência e distribuição regional da obesidade grau III (IMC ≥ 40 kg/m²) na população adulta brasileira, Brasil 1974 - 2003.

REGIÃO	1974-5 %	1989 %	2002-3 %	1974-2003 % Crescimento
Norte	0.10	0.37	0.51	410
Nordeste	0.05	0.26	0.43	760
Sudeste	0.20	0.33	0.77	285
Sul	0.34	0.48	0.75	120
Centro-Oeste	0.12	0.25	0.49	308
Brasil	0.18	0.33	0.64	255

Fonte: OLIVEIRA (2007)

Philip James explica que as pessoas pobres são mais obesas que as ricas, pois o preço mundial do açúcar, da gordura e dos óleos, em geral, é muito baixo, sendo economicamente difícil escolher uma dieta de boa qualidade (MENAI, 2002).

No Brasil, a POF 2002 – 2003 revelou uma situação um pouco diferente. Tanto para homens quanto para mulheres, a prevalência de déficit de peso na população com 20 ou mais anos de idade está associada a um rendimento monetário familiar mensal *per capita* baixíssimo, de até 1/4 do salário mínimo. Para os homens, observamos a prevalência do aumento de excesso de peso e obesidade de acordo com o aumento da renda. Porém, para as mulheres, o aumento de excesso de peso e a obesidade ocorrem somente nas classes de menor rendimento, encontrando sua maior prevalência na classe de renda mensal *per capita* entre 1 e 2 salários mínimos e diminuindo quando a renda é superior a 2 salários mínimos (IBGE, 2004).

Além de pensarmos na necessidade de uma dieta de baixas calorias para evitar o desenvolvimento da obesidade, podemos diferenciar também quando um indivíduo come por fome ou por desejo (apetite). A fome dita biológica admite o alimento como único objeto de saciedade para essa sensação desagradável. Já o apetite, não obedece a reservas calóricas, pois

procura o prazer e a satisfação libidinal, tornando a comida uma espécie de tranquilizante (KAHTALIAN,1992).

Segundo Cordás e Franques (2006), crianças, adolescentes e adultos portadores de obesidade são discriminados em diversas atividades realizadas em sua vida cotidiana, sendo que os problemas psicológicos advindos desta discriminação aumentam proporcionalmente ao aumento do grau de obesidade. “Esse desamparo alimenta mais o risco de desencadeamento de quadros psiquiátricos como depressão, transtornos ansiosos, abuso de álcool, drogas e transtornos alimentares” (CORDÁS; FRANQUES, 2006, p. 71).

Na literatura atual, não existe um consenso em relação ao perfil de personalidade do obeso. Corroborando com este fato, Dalgalorrondo (2000) nos diz que o obeso pode ser descrito como um indivíduo emocionalmente imaturo, muito sensível à frustração, e que recorre à comida como forma de compensação da falta de afeto. O obeso também é descrito como utilizando a gordura para se proteger de impulsos sexuais, da depressão, do contato com os outros. Além disso, a referência à baixa auto-estima e as distorções da imagem corporal provocando a repugnância de seus corpos também são muito relatadas.

A obesidade não é classificada pelo Código Internacional de Doenças (CID 10) ou pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) como transtorno alimentar, apesar de estar muito associada a eles e a outras síndromes psiquiátricas como a Depressão e o Transtorno do Comer Compulsivo (TCC). Lembramos que, para os referidos meios de consulta diagnóstica, são considerados transtornos alimentares a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Os episódios de Compulsão Alimentar Periódica (CAP), o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) ou TCC como também é chamado, são colocados na categoria de Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação juntamente com outros transtornos alimentares como a Síndrome do Comer Noturno (SCN).

Uma pesquisa realizada por Matos e Zanella (2002) revelou dados de prevalência de sintomas psiquiátricos em uma amostra de 50 pacientes obesos do grau III que procuraram tratamento para perda de peso no Ambulatório de Obesidade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A grande maioria destes pacientes, 80%, era de mulheres. Embora a obesidade seja mais freqüente no sexo feminino, a predominância de mulheres na amostra provavelmente decorre do fato de as mulheres procurarem mais o tratamento para controle da obesidade.

Os resultados da avaliação nessa população revelaram freqüências de 36% de TCAP e 54% de CAP. Esta freqüência de episódios de compulsão alimentar (TCAP e CAP) entre os obesos graves se mostrou maior que aquela observada em populações de obesos pertencentes às categorias I, II e III, em outros estudos desenvolvidos no Brasil.

Assim, não necessariamente os que referem maior ingestão de alimentos através de episódios freqüentes de compulsão alimentar são os que apresentam maior IMC. Estes resultados poderiam indicar, como já se conhece, que outros fatores, além da excessiva ingestão de calorias, poderiam contribuir para a gravidade da obesidade.

A obesidade não deve ser confundida com o Transtorno do Comer Compulsivo que, de acordo com Coutinho e Póvoa (1998), corresponde ao episódio de ataque de comer ou comer compulsivo que pode ocorrer juntamente com outros transtornos tanto psiquiátricos quanto clínicos, ou pode ser encontrado como uma síndrome isolada, segundo o DSM-IV.

Os obesos portadores do referido transtorno desenvolvem a obesidade mais precocemente que os não-comedores compulsivos, e, por conseguinte, utilizam métodos de emagrecimento também precocemente, o que contribui para as flutuações de peso ao longo da vida (COUTINHO; PÓVOA, 1998, p. 205).

Assim como em outros transtornos da conduta alimentar, a distribuição por sexo revela uma proporção de três mulheres para cada homem. Outros dados estatísticos revelam a prevalência deste transtorno em populações com diferentes graus de obesidade.

O Transtorno do Comer Compulsivo (TCC) é muito freqüente em pacientes em tratamentos para perda de peso, com prevalência estimada em cerca de 30% entre esses obesos contra 2% a 3% na população geral de obesos, 50% entre os candidatos de cirurgia bariátrica e 70% em grupos de auto-ajuda, como os Comedores Compulsivos (CORDÁS; FRANQUES, 2006, p. 72).

Sintomas depressivos se mostraram presentes em 100% dos pacientes, sendo que 84% apresentavam sintomatologia grave. Esta freqüência também se mostrou maior que a freqüência total de sintomas depressivos de 28,7%, encontrada em uma população de obesos grau III que procuraram tratamento cirúrgico para a obesidade no Hospital da Universidade de Iowa. Tal diferença pode decorrer de diferenças socioeconômicas existentes entre as populações estudadas ou pelo estresse relacionado com a expectativa em relação à realização da cirurgia (MATOS; ZANELLA, 2002).

Franques e Ascencio (2006) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a intensidade da depressão em pacientes obesos mórbidos candidatos ao tratamento cirúrgico. Utilizando-se de inventários psicológicos, as pesquisadoras colheram dados de 508 pacientes e concluíram que 57,08 % dos participantes apresentavam algum grau de depressão. Dos depressivos, 61% eram mulheres e 46%, homens. Do total de participantes da pesquisa, 19% faziam uso de medicamentos antidepressivos. As pesquisadoras destacam que estes resultados podem ser significativamente menores do que os apresentados por obesos sem uma possibilidade de solução para sua obesidade.

Retomando o estudo de Matos e Zanella (2002), os sintomas de ansiedade também foram encontrados em alta freqüência. A ansiedade foi encontrada como traço de personalidade em 70% dos participantes, e se manifestando como estado ansioso foi encontrada em 54%. Resultados estes sobre o transtorno de ansiedade muito acima dos

encontrados na população geral que é em torno de 15 a 20%. As pesquisadoras referiram uma associação positiva entre transtornos da ansiedade e transtornos alimentares, sendo possível que o transtorno de ansiedade preceda os transtornos alimentares. Outra associação foi realizada entre ansiedade como traço de personalidade e o TCAP, indicando que alguém com personalidade ansiosa estaria mais propenso a desenvolver TCAP.

A preocupação com a imagem corporal foi outra questão abordada no referido estudo. Os 76% dos pacientes pesquisados apresentavam alguma preocupação com a imagem corporal. A imagem corporal também foi associada aos episódios de CAP, revelando que quanto maior a preocupação com a imagem corporal, maior a ocorrência do referido transtorno. As pesquisadoras acreditam que este fato possa estar diretamente relacionado ao estigma da obesidade e às dificuldades reais enfrentadas nos relacionamentos pessoais (MATOS; ZANELLA, 2002).

Essa visão biopsicossocial da obesidade nos fez pensar nas implicações desta doença para a vida do indivíduo. Destacamos que a obesidade pode promover um distúrbio da imagem corporal, sendo que esta é formada ao longo de nosso desenvolvimento da personalidade. Assim, refletiremos a seguir sobre o desenvolvimento psicológico do indivíduo e as possíveis implicações para o surgimento da obesidade.

CAPÍTULO 3

OBESIDADE COMO SINTOMA: A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

“A aflição que não encontra saída através das ágrimas faz com que outros órgãos chorem.”

(HENRY MAUDSLEY apud MCDOUGALL, 1996, p. 155)

Neste momento nosso olhar recairá sobre a obesidade entendida como um sintoma. Com isso, nos voltaremos para o desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, procurando elementos neste processo que possam levá-lo a transformar o sofrimento em sintoma, ou melhor dizendo, e em afecções psicossomáticas.

Para a psicanálise, todos os indivíduos são dotados de um psiquismo, lugar das reações mentais conscientes e inconscientes que acompanham o indivíduo desde o seu nascimento, influenciando na formação de sua personalidade. Esta se desenvolve a partir das relações que o homem estabelece consigo próprio e com o mundo externo. Dessa maneira, vale dizer que o desenvolvimento emocional ocorre concomitantemente ao desenvolvimento biológico do indivíduo.

Referindo-nos à formação da personalidade, Freud (1905) diz que podemos dividir o desenvolvimento psicosssexual do indivíduo em duas fases chamadas de organizações pré-genitais, pois como o nome já diz, são fases em que as zonas genitais ainda não assumiram seu papel predominante, e uma terceira fase em que observamos a presença das zonas genitais.

A primeira dessas fases é chamada de oral, momento em que a criança obtém prazer através do ato de mamar no seio materno, ou em seus substitutos. Assim, nesta organização, a satisfação sexual ainda não se separou da ingestão de alimentos, tendo ambas o mesmo objetivo: a incorporação do objeto.

Os lábios da criança comportam-se como zona erógena, e sem dúvida o estímulo do morno fluxo do leite é a causa da sensação do prazer. A satisfação da zona erógena se associa, no primeiro caso, à satisfação da necessidade de nutrição. De início, a atividade sexual se liga a funções que atendem à finalidade de autopreservação e não se tornam independentes delas senão mais tarde. 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 (FREUD, 1905, p.171).

Freud (1905), ao escrever seu pensamento sobre a vida sexual das crianças, investiga o jogo de influências que governa a evolução da sexualidade infantil: ele destaca o ato de chupar o dedo como uma das manifestações da sexualidade infantil que se inicia na primeira infância, podendo continuar na maturidade.

Com o aparecimento dos dentes e conseqüentemente a ingestão de alimentos sólidos, não mais pela sucção, a satisfação sexual desliga-se da necessidade de nutrição e inicia a busca pela satisfação deste prazer inicialmente experimentado.

A segunda fase do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo recebe o nome de sádico-anal. Como a anterior, esta fase se liga a uma das funções somáticas vitais que, no caso, é o ato de reter e expelir as fezes, sendo o objetivo sexual dominado pela zona anal. Como não se tem objeto sexual definido, é auto-erótica. Neste momento ocorre a definição de duas correntes opostas na vida sexual do indivíduo, a *atividade* e a *passividade*.

A terceira fase do desenvolvimento possui o elemento genital e é chamada de fase fálica. Nesta organização já existe um objeto sexual, porém, não pode ser comparada à organização final da maturidade sexual, pois conhece apenas o genital masculino.

Gostaríamos de esclarecer que nosso interesse neste momento recairá sobre a primeira fase do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, compreendendo ser sua exploração pertinente ao desvelar do funcionamento psíquico do obeso.

Na primeira fase da vida do indivíduo, as trocas com o mundo externo se formam em conexão com as experiências de fome e saciedade e é por isto que, neste primeiro momento, podemos dizer que o alimento representa o objeto de troca entre o bebê e o mundo. Por este motivo também, a fase logo após o nascimento é de extrema importância para o posterior desenvolvimento relacional do indivíduo.

A amamentação não proporciona para o bebê apenas a base da gratificação sexual, mas uma possibilidade de experimentar sensações de prazer, conforto, proteção e aconchego, o que lhe imprime um elo entre o alimento e os sentimentos. Mas, esta relação também pode ser construída de forma negativa ou equivocada, dependendo dos cuidados maternos, neste primeiro momento, o que pode ocasionar os distúrbios da conduta alimentar.

O bebê, num primeiro momento, descobre uma possibilidade de descarregar de forma imediata suas tensões pulsionais e o adquire através do *princípio do prazer*. A teoria freudiana comparava este princípio responsável pelo comando da atividade psíquica auxiliando-a em evitar o desprazer e proporcionar o prazer ao *princípio da constância*, ou seja, que tem por função manter a constância do nível energético. Outra comparação possível é com o *princípio de Nirvana*, quando o *princípio do prazer* adquire a função de redução radical das tensões ao nível mais baixo possível (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Após esse primeiro momento, com as representações surgidas no aparelho psíquico sobre o mundo externo, o bebê passa a decidir sobre a representação do real, mesmo que este seja desagradável. Assim, um novo princípio é introduzido no funcionamento mental: o *princípio da realidade*.

O *princípio da realidade* aparece como uma modificação do princípio do prazer, que num primeiro momento reinou absoluto. O surgimento deste novo princípio não suprime o primeiro, pois o *princípio de realidade* objetiva obter satisfações, mas no âmbito do real, não no da fantasia como no *princípio do prazer*.

Outro elemento presente nesse processo do indivíduo é a *pulsão*. O conceito freudiano de *pulsão* corresponde às bases somáticas sobre a qual se assenta a psicosexualidade humana.

Enquanto conceito-limite entre o somático e o psíquico, a pulsão implica uma força constante, uma quantidade de excitação que, por sua origem interna em fontes somáticas, coloca ao psiquismo a tarefa contínua de buscar os meios de processá-la, derivá-la, transformá-la; em suma, proporcionar a ela um destino (GURFINKEL, 1997, p. 43).

Corroborando com esta idéia, Orsini (1998, p. 21) diz que a pulsão “compreende um impulso que brota do corpo e vai gerar uma tensão no aparelho psíquico, movimentando-o na busca de um objeto que prometa satisfação.” Então, na busca pela satisfação, a pulsão perfaz seu próprio caminho pelo psíquico antes de atingir a satisfação. Neste sentido, observamos pulsões de diferentes ordens.

Segundo Santos Filho (1994, p. 120), as pulsões só são evidenciadas através de representações psíquicas sendo que “o corpo sob o julgo pulsional adquire uma erogeneidade que não respeita a biologia embora possa apoiar-se nela.”

As *pulsões sexuais* visam ao funcionamento de zonas corporais determinadas, buscam satisfação em certas zonas erógenas e estão intimamente ligadas às fantasias inconscientes. Já as *pulsões de autoconservação* que são opostas à anterior indicam o conjunto das necessidades ligadas às funções corporais necessárias à manutenção da vida do indivíduo, como a busca pelo alimento.

O dualismo pulsional (*pulsões de autoconservação e sexuais*) corresponde ao dualismo dos princípios (*princípios de realidade e de prazer*). Se estas pulsões conhecem primeiramente o *princípio de realidade*, logo as *pulsões de autoconservação* cedem às suas exigências, enquanto as *pulsões sexuais* teriam dificuldades e continuariam sob o primado do *princípio do prazer* (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Podemos perceber, claramente, a ligação entre autoconservação e realidade, além da emergência da sexualidade e a realização alucinatória do desejo. As funções de autoconservação exigem de modo imediato um objeto real adequado que pode ser representado pelo seio, alimento. No decorrer dessa função de autoconservação, surge a *pulsão sexual* que repete esse prazer obtido pelo objeto citado, mas agora na modalidade do auto-erotismo e com representações fantasiosas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Nesse sentido também podemos dizer que as funções de autoconservação, atuando juntamente com a atividade psíquica vinculada à realidade, estão ligadas às *pulsões do ego* cuja energia é colocada a serviço do ego no conflito defensivo para manter as necessidades vitais.

As pulsões sexuais e de autoconservação possuem uma relação primitiva de apoio. As funções vitais fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto às pulsões sexuais a partir da amamentação. Então, a sexualidade adquire das fontes vitais a zona erógena, o seio (objeto) é um prazer que não serve apenas à satisfação da fome, prova disso é o desejo a repetir esta experiência no futuro, após a perda do objeto primário, o que lhe proporcionaria um funcionamento de modo auto-erótico. Além disso, a escolha de um objeto de amor pelas pulsões sexuais também parte dessa relação de apoio com as pulsões de autoconservação (FREUD, 1905).

Corroborando com esta idéia, Gurfinkel (1997) comenta que as pulsões sexuais aparecem inicialmente apoiadas nas funções autoconservativas, ao pensarmos no momento da amamentação, e depois vão se distanciando das determinações biológicas e encontrando um rumo próprio. Porém, a sexualidade pode retornar ao universo somático através de um processo regressivo, transformando o desejo em necessidade. A partir deste mecanismo, podemos pensar o surgimento dos vícios, das compulsões, do “não viver sem” aquele determinado objeto de satisfação.

Essa “perversão da pulsão” se dá em duas linhas principais: primeiro, por uma fixação exacerbada ao objeto, à moda do fetichismo, transgride-se a lei da contingência do objeto para a satisfação da pulsão; e, em segundo lugar, ocorre uma transgressão que busca recolocar todo o universo do desejo – “eu quero a droga para o meu deleite” – no nível da necessidade – “eu preciso da droga para minha sobrevivência” (GURFINKEL, 1986 apud GURFINKEL, 1997, p. 45).

Orsini (1998) diz que a pulsão ao movimentar o aparelho psíquico na busca de um objeto que prometa satisfação pode não ter a sua finalidade realizada, pois nosso objeto

original e marcante de satisfação pode ter sido inscrito no psiquismo, nas primeiras experiências de satisfação da amamentação e nos primeiros objetos de amor do bebê. Dessa maneira, quando procuramos inconscientemente um objeto de satisfação que já foi perdido, estamos expressando nosso *desejo*.

O problema surge quando a satisfação não acontece, porque o aparelho psíquico falhou ao tentar transformar a pulsão em algo simbólico, justamente porque o que buscamos já foi perdido e não suportamos essa condição de insaciabilidade do desejo. Esta falha do aparelho psíquico pode permitir a descarga na compulsão das adicções, como a adicção alimentar.

Quando o obeso come, compulsivamente, por alguma razão, o caminho da simbolização está dificultado, e ele só pode experimentar o prazer ou o vazio fundamental do ser humano, o vazio da insaciabilidade plena do desejo de forma compulsiva, mortífera, comendo, empanturrando-se (ORSINI, 1998).

Retomando a teoria das pulsões de Freud (1920), num segundo momento, ele une as *pulsões de autoconservação* e *sexuais* num mesmo grupo de pulsões, as *pulsões de vida* ou *Eros* e as coloca em oposição às *pulsões de morte* ou *Tanatos* em prol da manutenção das unidades vitais.

A pulsão de vida seria a responsável por tudo aquilo que se refere à promoção e proteção da vida do indivíduo. Por outro lado, a pulsão de morte se refere à tendência do aparelho psíquico em livrar-se das tensões, desejando a volta ao estado inorgânico. Para Orsini (1998, p. 23), a pulsão de morte ocorrendo sem a mediação do prazer “é aquela força que no aparato psíquico tem a ver com a inércia ou estagnação, com a repetição, e por último com a destruição”. A referida autora ainda afirma que *Eros* e *Tanatos* nunca aparecem em estado puro, mas sempre numa perpétua inter-relação.

3.1 A ADICÇÃO ALIMENTAR SEGUNDO A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

Winnicott (1949) afirma que a natureza humana é uma questão de psique e soma, ou seja, desenvolvimento emocional e desenvolvimento corporal de um indivíduo, inter-relacionados e ornamentados pela mente. A integração da psique e do soma seria o resultado do processo de personalização ou localização do eu no corpo.

O referido autor comenta que a base da psique é o soma, sendo que cabe a ela a elaboração imaginativa das funções somáticas e a interligação das experiências passadas com a consciência do presente, além das expectativas do futuro, conseguindo assim dar sentido ao sentimento do eu. Exercendo estas funções, a psique consegue relacionar-se com a realidade externa e se transformar numa criatura capaz de fazer escolhas.

Como nos diz Roudinesco e Plon (1998), Freud, em 1923, referiu ser o eu antes de mais nada corporal, e assim deve ser entendido como uma projeção mental da superfície do corpo. Podemos pensar, então, que a constituição do eu compreende a união da psique e do soma. A dissociação entre psique e soma pode surgir devido à falha dos cuidados dirigidos nos primeiros anos de vida, impedindo o indivíduo de experimentar seu corpo e seu mundo interno e, assim, possibilitando o surgimento das afecções psicossomáticas como tentativa de reintegração da psique ao soma.

De acordo com Winnicott (1990), o indivíduo consegue adquirir saúde física por meio da hereditariedade e de uma criação suficientemente boas. Um desenvolvimento inicial saudável propicia a continuidade de existência, ao passo que o fracasso materno produz uma oposição entre a mente e o psique-soma, pois a primeira passa a controlar e organizar os cuidados a serem despendidos ao último, o que na saúde seria tarefa do meio ambiente.

A mãe boa comum é suficientemente boa. Se ela é suficientemente boa, o bebê se torna capaz de compensar suas deficiências através da atividade mental. Isto se aplica não apenas à satisfação das pulsões mas também de todos os tipos mais primitivos de necessidades do ego, incluindo até mesmo a necessidade de um cuidado negativo ou de uma negligência atuante (WINNICOTT, 1949, p. 412).

O autor, portanto, nos ajuda a compreender que uma mãe suficientemente boa é aquela que além de simplificar o mundo de seu bebê, também consegue fornecer gradualmente um fracasso da adaptação de seu filho. A partir deste momento, o desenvolvimento vai depender da compreensão do bebê em transformar o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo.

Winnicott (1951) comenta que os *fenômenos transicionais* ocorrem de forma saudável, quando há a presença da mãe suficientemente boa que oferece ao filho a oportunidade de desenvolver a ilusão, quando ocorre a sobreposição entre o que a mãe fornece e o que o bebê idealiza em determinado momento. O bebê, então, não consegue diferenciar o que ele concebeu e o que a mãe proporcionou. Após este momento, cabe a esta mãe introduzir-lhe gradativamente a desilusão, para que possa ocorrer o desmame de forma tranqüila.

Com os *fenômenos transicionais* podem surgir os *objetos transicionais* como uma espécie de defesa contra a ansiedade proporcionada no bebê. Os *objetos transicionais*, localizados entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, são utilizados quando o objeto interno (seio interno) tem um sentido para o bebê devido ao objeto externo (mãe real) ser suficientemente bom. Este *objeto transicional* que surgiu em data primitiva pode reaparecer posteriormente, quando a mesma “falta”, privação, ocorrer.

Ao concluir seu pensamento sobre os referidos fenômenos, Winnicott (1951, p.407, grifo do autor) nos deixa uma passagem fundamentada na psicopatologia que será desenvolvida a seguir: “A *adicação* pode ser expressa em termos de uma regressão ao estágio primitivo no qual os fenômenos transicionais são incontestados”.

Desde os estudos de Freud sobre a neurastenia ou neuroses atuais, é possível contemplarmos as características somáticas da sintomatologia e a especificidade da relação de temporalidade entre sintoma e causa precipitante. A crítica dos psicossomatistas contemporâneos, especialmente da Escola de Psicossomática de Paris, que se consolidou em

1970, é que nas neuroses atuais Freud considerava apenas os eventos contemporâneos da vida sexual do indivíduo como desencadeadores da doença, não reconhecendo as questões infantis (FERRAZ, 1997).

Ferraz (1997) revela, em seu texto, a classificação das neuroses atuais como afecções psicossomáticas na atualidade, a partir da consideração de aspectos da teoria freudiana como: a sintomatologia somática; o caráter atual do fator etiológico; a não-satisfação da libido como causa precipitante do sintoma; e a transformação direta da causa em sintoma, sem a mediação simbólica do recalque.

Os psicossomatistas franceses, dentre eles destacamos McDougall (1996), referiram sobre a impossibilidade da elaboração psíquica, ou do exercício da simbolização, nos pacientes somatizadores. Assim, ela desenvolveu o importante conceito de *desafetação*.

Para compreendermos o conceito acima, devemos apresentar o significado de afetado para McDougall (1996). A afetação ocorreria quando a figura materna consegue cumprir de forma apropriada a função de pára-excitação, inserindo os sinais pré-verbais emitidos por seu bebê num código lingüístico. Agindo dessa forma, a mãe contribui para o desenvolvimento corporal de seu bebê, permitindo a passagem do corpo anatômico, ou biológico, ao corpo simbólico, ou erógeno.

De acordo com a autora, a mãe transmite ao bebê, através dos gestos, da voz, da maneira de olhar, de segurar e de reagir aos estados de excitação e às tempestades afetivas de seu lactente, os elementos fundamentais na construção de sua identidade subjetiva. Porém, a mãe, influenciada por elementos de seu mundo interno e de seu passado, pode estimular seu filho à independência dela, entendendo ser ele sua própria extensão narcísica (MCDUGALL, 1996).

Santos Filho (1994) nos diz que, para a psicanálise, a formação dos sintomas corporais se dá por duas vias, a via simbólica e a via biológica. A primeira via é característica das

manifestações neuróticas, histéricas, na qual não se encontram lesões orgânicas, nervosas que as justifiquem. A segunda via estaria relacionada às manifestações psicossomáticas, nas quais o corpo físico é exposto às vicissitudes da natureza sendo possível constatar as lesões.

No sintoma neurótico, histérico, o corpo narra uma história imaginária, o que exige a existência de um trabalho psíquico, que só será realizado mediante um sujeito constituído simbolicamente, que se expressa através da fala, que se inclui numa perspectiva edipiana, que diferencia o eu do outro, que constitui os limites egóicos e corporais e o sentimento de identidade. Além disso, o sintoma neurótico relaciona-se com a vida e a história sexual do sujeito, estando mais exposto às vicissitudes das pulsões justamente por estas só serem evidenciadas através de representações psíquicas (SANTOS FILHO, 1994).

Em relação ao sintoma psicossomático, o referido autor diz que seu fator desencadeante é uma cena da realidade, uma história fatídica ligada a vivências traumáticas e originadas pela perda do objeto ou algo que imaginariamente lhe corresponda, sendo então narrada e sentida no corpo pela falta do trabalho psíquico e da elaboração psíquica.

Descobrimos nestes casos uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um *agir* de caráter compulsório, procurando desta forma reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais curto. Todo *ato-sintoma* ocupa um lugar de um sonho nunca sonhado, de um drama em potencial. [...] Ora, o drama sombrio do soma (delirante) é uma história sem palavras. A expressão psicossomática é o horizonte derradeiro desses atos que tomam o lugar do imaginário e da capacidade de sentir; trata-se da regressão mais profunda e primária do ser (MCDOUGALL, 1988 apud SANTOS FILHO, 1994, p. 115, grifo da autora).

Dessa maneira, a via biológica de formação de sintomas é aquela que protege anacronicamente o sujeito de dores e angústias do período pré-verbal, além de proteger do aniquilamento ou da desintegração do eu.

McDougall (1996) comenta também sobre a presença do pai no desenvolvimento de pacientes somatizadores. A autora refere que a constelação familiar desses pacientes é composta de um objeto maternal inadequado, como já vimos, e um pai arcaico que impede a

mãe-seio de realizar suas funções, e, portanto, a realização de desejos incestuosos, e não tem recursos para reparar esta falta.

Às vezes esta organização edipiana desequilibrada pode levar a uma tentativa de substituir a internalização que falta de uma instância maternante por substâncias, objetos ou atos adictivos. A mãe torna-se, por isso, como na primeira infância perturbada, *não um objeto de buscas e desejos libidinais, mas pura e simplesmente um objeto de necessidade*. A representação do pai é então investida como alguém que recusa ao filho-lactente não somente a realização de um desejo incestuoso, mas também e, sobretudo, o direito de viver (MCDOUGALL, 1996, p. 130, grifo da autora).

Dessa forma, a referida autora utiliza o termo *desafetação* ao se referir a pacientes que expressavam seus relacionamentos com os outros de uma forma despida de emoções, recusando a dependência em relação aos outros. Estes pacientes se mostravam bastante resistentes às mudanças psíquicas, como forma de proteção ao retorno de um estado traumático insuportável e inexprimível.

[...] eu pretendia indicar que esses indivíduos tinham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psicologicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras de ameaça de aniquilamento (MCDOUGALL, 1996, p. 105).

O termo *desafetação* pode ter o sentido de separação ou perda e significar que “o indivíduo está psicologicamente ‘separado’ de suas emoções e pode ter ‘perdido’ a capacidade de ficar em contato com suas realidades psíquicas.” (MCDOUGALL, 1996, p. 104). Estes indivíduos *desafetados* se expressam por meio de discursos com *palavras desafetadas*, desprovido de qualquer afeto e sem a função de ligação pulsional, sem a ligação entre as pulsões sexuais e de autoconservação, como já explicado anteriormente.

É a partir do conceito de *desafetação* que McDougall (1996) começa a discutir sobre os comportamentos adictivos que “apareciam” ou se acentuavam no momento em que a elaboração psíquica não era possível de ser realizada, eles pareciam exercer a função de afastar da consciência as experiências psíquicas insuportáveis e impossíveis de suprimir.

Todos somos capazes de descarregar nossas tensões através da ação quando as circunstâncias são particularmente geradoras de stress (comemos, bebemos, fumamos mais do que de hábito, etc.). Mas aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental (quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas) correm o risco de ver sua vulnerabilidade psicossomática crescer (MCDUGALL, 1996, p. 107).

Em português a palavra "adicto" tem o sentido do que se apega ou afeiçoa a alguém, dedicado, devotado. Este termo derivado do latim *addictus* tem também o significado de adjudicado ao seu credor, submisso, escravizado, que é de onde deriva, seguramente, a palavra inglesa *addiction* que tem o sentido de dependência. Além destes significados, podemos separar a palavra "adicto" em "a-dicto", assumindo assim o sentido daquilo que não é dito. Assim, corroborando com o escrito acima, o não-dito, o simbólico sem mediação da palavra contribui para que a descarga de pulsões ocorra mediante o ato.

O ato do somatizador recai sobre o soma. Ao contrário da conversão histérica, quando o corpo afetado é o corpo erógeno – portanto, corpo simbólico – na somatização o corpo é mesmo o corpo biológico; daí a existência de uma lesão orgânica, muitas vezes extremamente grave (FERRAZ, 1997, p. 36).

McDougall (1996) comentou que, em pacientes polissomatizantes, o corpo, a pele e o funcionamento somático podem exercer a função de um objeto transicional. Há uma falha na introjeção da imagem de uma mãe cuidadora boa, a fim desta se tornar objeto de identificação benéfico. Assim, a criança busca seus próprios limites corporais tentando evitar a vivência de emoções dolorosas.

Com efeito, a meu ver, não há muita dúvida quanto a que esses desejos de incorporação, nos quais um indivíduo se torna outro comendo, seja esse outro, seja uma parte desejada desse outro, representam desejos libidinais arcaicos quase universais. As persistências dessas nostalgias eróticas primitivas na vida adulta sob a forma de eclosões psicossomáticas demonstra mais uma vez o fracasso no processo de internalização e na constituição dos objetos transacionais (MCDUGALL, 1996, p. 183).

Esses indivíduos dispendem boa parte de sua energia para o "fazer" e não para o "ser", que exige uma maior reflexão. É por isso que desprovidos de elaboração psíquica, os

somatizadores tratam seus objetos de satisfação de forma semelhante aos objetos transicionais da infância que substituíam a mãe. Por isso, podemos dizer que, para os portadores de distúrbios relacionados ao comportamento alimentar, a comida não é como se fosse a mãe, é a mãe.

Esses objetos adictos apresentam-se de forma paradoxal à mente da vítima da adicção, pois permitem a “fantasia” de redução rápida do conflito mental e da dor psíquica, apesar da possibilidade de tornar-se letal. Mas mesmo tendo consciência dos perigos advindos da adicção desses objetos reais utilizados para substituir o objeto fantasístico faltante no mundo interno, o indivíduo tem necessidade de buscar no mundo externo estas substâncias tranquilizadoras que, justamente por esta função, serão incorporadas em quantidades cada vez maiores.

Pensando no funcionamento psicossomático do indivíduo e percebendo que isto se aplica aos obesos, podemos compreender como um indivíduo consegue consumir cada vez mais alimento e chegar a ponto de ser considerado um obeso mórbido.

De acordo com McDougall (1996), as doenças psicossomáticas podem representar uma luta pela sobrevivência psíquica. Com isso, a psicoterapia psicanalítica com pacientes somatizadores revela que a diminuição do sofrimento neurótico pode deixar descoberto algo ignorado pelo indivíduo, pode desvendar a verdadeira razão do sofrimento, o vazio interior maquiado pela neurose. Não são apenas os sintomas neuróticos que podem ter camuflado as disfunções afetivas, mas também o comportamento adictivo, como no caso dos obesos.

Assim, quando o sintoma desaparece, que no caso da obesidade grau III pode ocorrer com a realização da cirurgia bariátrica, como estes pacientes estão lidando com as tensões entre seu mundo interno e externo, como estão lidando com o conflito entre as pulsões de vida e morte? Como estão lidando com seus pensamentos, sentimentos, simbolizações, será que

podemos dizer que ocorre a erogeneização do corpo? São algumas questões que nos colocamos e pretendemos refletir sobre elas ao longo deste estudo.

CAPÍTULO 4

SEXUALIDADE FEMININA NA INTERFACE COM A

OBESIDADE

Para a psicanálise, a sexualidade não é entendida apenas com o sentido de procriação, mas como o conjunto de atividades sem a ligação com os órgãos genitais, e, portanto, uma sexualidade como erogeneização. Vimos, no capítulo anterior, que o processo de erogeneização do corpo ocorre no desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, além das possíveis implicações do corpo não erógeno na formação dos sintomas.

Ainda recordando o expresso no capítulo anterior, o período de ligação mãe-bebê é importantíssimo para a formação do indivíduo. É nesse período que a psique e o soma têm a possibilidade de se ligar e formar as representações mentais do corpo feminino e das zonas erógenas que estão sendo formadas no corpo da menininha. Como nos lembra McDougall (1997, p. 11), “É nessa tenra idade que a boca e a vagina ficam ligadas em sua significação erógena e, juntamente com outros órgãos erógenos e sensações internas, são integradas às representações somatopsíquicas.” Percebemos, assim, que a somatização, ou melhor dizendo, o desenvolver a obesidade pode ser um reflexo das sexualidades arcaicas e pré-genitais, da maneira como foram registradas psiquicamente o prazer obtido em suas zonas erógenas.

Lembrando McDougall (1997, p.181), “o corpo do qual nos apercebemos conscientemente, é essencialmente um construto psicológico.” No caso do corpo feminino, esse construto psicológico ocorre por meio de um longo processo até culminar na feminilidade definitiva. Para que entendamos este processo, teremos que nos voltar para a estruturação edípica feminina com a finalidade de entender a formação da identidade sexual na mulher.

Freud (1905) já falava em bissexualidade originária. Essa bissexualidade inata dos seres humanos estaria mais fortemente representada nas mulheres que nos homens. A mulher possui duas zonas sexuais, a vagina que é o órgão genital propriamente dito, e o clitóris que seria análogo ao órgão sexual masculino.

Em 1931, Freud dizia que a vida sexual feminina é dividida em dois momentos. No primeiro, com caráter masculino, as primeiras ocorrências genitais são voltadas ao clitóris. Num segundo momento, agora mais feminino, a vagina se torna o lugar de sensações agradáveis.

A fase pré-ediapiana possui fundamental importância para ao Complexo de Édipo feminino e para a formação de neuroses posteriormente. Neste momento pré-ediapiano, ocorre a fase de ligação com a mãe na qual podemos encontrar a origem da paranóia posterior das mulheres, o temor de ser morta (devorada) pela mãe. Freud (1931) ainda diz que este temor corresponde à hostilidade desenvolvida na criança devido às restrições impostas pela mãe no decorrer do treinamento e do cuidado corporal da criança.

Devemos entender também qual o motivo, ou os motivos que levaram a menina a se desligar da mãe, objeto intenso e exclusivamente amado, e se dirigir ao pai. Um primeiro motivo do afastamento pode ser o ciúme de outras pessoas como irmãos, irmãs, o pai, o que geraria uma atitude hostil em relação à mãe.

Um segundo motivo surge do complexo de castração, do efeito causado na menina pela descoberta da ausência do pênis e de sua inferioridade orgânica, conferindo à mãe a culpa por não ter lhe dado um pênis, não tê-la trazido ao mundo como um menino. Esse conhecimento da diferença anatômica surge pela masturbação que pode ser impedida pela mãe contribuindo também para o desligamento.

Quando a menina descobre sua própria deficiência, por ver um órgão genital masculino, é apenas com hesitação e relutância que aceita esse desagradável conhecimento. Como já vimos, aferra-se obstinadamente à expectativa de um dia também ter um órgão genital do mesmo tipo, e seu desejo por ele sobrevive até muito tempo após sua esperança ter-se expirado. Invariavelmente a criança encara a castração, em primeira instância, como infortúnio peculiar a ela própria; só mais tarde compreende que ela se estende a certas outras crianças e, por fim, a certos adultos. Quando vem a compreender a natureza geral dessa característica, disso decorre a feminilidade – e com ela, naturalmente, sua mãe – sofrer uma grande depreciação a seus olhos (FREUD, 1931, p. 267).

De acordo com Freud (1931), o Complexo de Édipo nas mulheres não é destruído pela castração como nos homens, mas é criado pela influência dela, na qual a mulher reconhece sua castração e a superioridade masculina se rebelando contra este fato, o que possibilita três linhas de desenvolvimento:

1. A primeira leva ao abandono da sexualidade em geral, ou à neurose, devido ao fato de a menina crescer assustada com a comparação com os meninos e insatisfeita com seu clitóris;
2. A segunda linha corresponde à auto-afirmação da masculinidade, ou “complexo de masculinidade”, pois a menina agarra-se à possibilidade de conseguir um pênis e isto se torna o objetivo de sua vida juntamente com a fantasia de ser um homem. Esta possibilidade de desenvolvimento pode culminar na escolha de objeto homossexual;
3. Na terceira linha de desenvolvimento, a menina finalmente atinge a feminilidade definitiva, toma o pai como objeto e encontra o caminho para o Complexo de Édipo feminino.

O complexo de castração, diferentemente dos meninos, prepara a menina para o Complexo de Édipo devido à transferência para o pai do desejo de um pênis-bebê, a figura paterna funciona como um refúgio. É importante destacarmos que a atitude hostil em relação à mãe iniciou no período pré-edípico e, portanto, não é consequência da rivalidade implícita no Complexo de Édipo, pois este apenas reforça o sentimento já existente (FREUD, 1933).

Não é apenas o desenvolvimento do Complexo de Édipo na mulher que irá influenciar sua vida sexual em fases posteriores, mas especialmente sua ligação com a mãe na fase pré-edípica. Freud (1931) refere que mulheres que escolhem seus maridos conforme o modelo do pai, ou o colocam em substituição de seu pai, repetem em sua vida conjugal seus maus relacionamentos com suas mães, não com os pais, pois a ligação a este último foi construída a partir da ligação com as primeiras.

Resumindo e complementando o Complexo de Édipo freudiano, Nasio (2007) diz que o Édipo feminino ocorre em três etapas. A primeira é chamada de Tempo pré-edípico,

quando a menina reconhece o falo em suas sensações clitoridianas, o que a faz pensar ser detentora dele, assim como a sua mãe, sentindo orgulho dele e julgando-se onipotente. Ela se assemelha a um menino, tendo desejos de possuir sua mãe. Na segunda etapa, o Tempo de solidão, a menina reconhece o falo no pênis fascinante do menino e descobre que não o possui, sofrendo por ter sido privada dele. Percebe que sua mãe também é desprovida dele e a critica por tê-la feito acreditar que ambas o possuíam, o que a faz abandonar sua mãe, ficando sozinha, humilhada, com seu amor-próprio ferido e invejosa do menino que possui o falo.

O Tempo do Édipo ocorre quando a menina sai de sua solidão e volta-se para seu pai, o possuidor do falo e pede que lhe dê essa força. Ele se recusa e a menina percebe que nunca o terá, o que permite que sua inveja se transforme em desejo, e então não pensa mais em possuir o Falo, mas em sê-lo. A partir desse momento, a mãe é novamente vista como desejante, identificando-se com ela como mulher que deseja um homem, um ideal feminino, modelo de feminilidade. A menina então deseja ser possuída pelo pai (NASIO, 2007).

A resolução do Édipo ocorre quando o pai se recusa em possuir a filha, o falo como ela-mesma, o que permite que ela o dessexualize e incorpore sua pessoa, sendo o falo agora reconhecido na figura do pai introjetado. Dessa forma ela vai se tornando mulher e se abrindo para relacionamentos com outros representantes da figura masculina até encontrar o homem amado à semelhança do pai. Os elementos femininos como a vagina, o útero e o desejo de ter um filho são então descobertos.

Nesse percurso em busca da feminilidade, não podemos nos esquecer de que nossa sociedade atual estabeleceu a beleza como fator fundamental para a identificação de feminilidade e atratividade perante o sexo oposto. Assim, pensamos que o papel sexual feminino na cultura ocidental pressupõe dois fatores. O primeiro é que o desenvolvimento da identidade feminina não culmina em separação-indivuação, pois ela é criada de forma que sua auto-estima fica vinculada à capacidade de conseguir e manter um relacionamento afetivo.

O segundo fator é o papel central da beleza na identidade feminina, o que sugere a submissão à pressão cultural de um corpo feminino ideal (ABUCHAIM; SOMENZI; DUSCHENE, 1998).

Lembremos também que a identidade feminina é formada a partir do referencial feminino em questão, por isso a necessidade de conhecermos a relação mãe-filha especialmente em distúrbios alimentares ou orais. “Não tendo noção de sua própria identidade feminina, pode acontecer da mulher conseguir definir a si própria baseada apenas em valores masculinos, ou pelo tipo de relação que mantém com os homens.” (KAUFMAN, 1993, p. 87). Com isso, a gordura substitui a identidade e assim a pessoa passa a ser “só gorda”.

Abuchaim, Somenzi e Duschene (1998) tentam desvendar o fenômeno das mulheres serem as mais atingidas por transtornos alimentares. Propõem, então, que a mãe trata a filha diferentemente do filho, por sentir-se igual a ela, e assim presumindo saber o que ela precisa, sendo que com isso a menina poderia ficar mais vulnerável ao sentimento de suas necessidades não serem reconhecidas.

Como vimos no primeiro capítulo, a mídia incentiva e destaca a mulher como objeto sexual, ou melhor, a mulher magra é vista como objeto sexual, pois à obesa é reservado um papel secundário, o de solteirona ou de mãe, como se esta fosse assexuada. Assim, algumas mulheres quando chegam à fase adulta podem utilizar o recurso da obesidade como forma de proteção contra o tornar-se objeto sexual, ou então como forma de neutralizar sua identidade sexual perante as outras pessoas, sempre se escondendo por trás das camadas de gordura.

A gordura pode transformar-se no símbolo visual de todos os aspectos físicos e psicológicos que a pessoa odeia em si mesma, perdendo sua identidade e renunciando à possibilidade de ser protagonista nos relacionamentos. A gordura também pode ser o mecanismo utilizado pela obesa para não reconhecer sua sexualidade e evitar os “perigos” a

ela associados, como o abuso sexual, questão esta que tem sido discutida por Somenzi et al. (1996, p. 368):

Há argumentos correlacionando o abuso sexual com posterior desgosto com a feminilidade e sexualidade, afetando a percepção da imagem corporal e predispondo ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. As vítimas de abuso sexual passam a perceber seus corpos como fonte de vulnerabilidade. Os atributos sexuais femininos são vistos pela vítima como provocadores do abuso, gerando vergonha e culpa. Sendo assim, o aumento de peso constitui-se em uma estratégia inconsciente para evitar a atratividade sexual e prevenir futuros abusos.

De acordo com a visão de Abuchaim, Somenzi e Duschene (1998), as taxas de prevalência de história de abuso sexual e bulimia nervosa são compatíveis com as encontradas na população em geral, não sendo assim possível estabelecer qualquer relação como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Porém, apontam que experiências traumáticas sofridas na infância, dentre as quais abusos físicos e sexuais constituem fatores estressantes e predisõem ao desenvolvimento de psicopatologias, incluindo os distúrbios da conduta alimentar.

Assim, acreditamos não ser possível afirmar que o abuso sexual seja a causa, ou uma das causas dos transtornos alimentares, pois nem todos os sujeitos que sofreram abuso sexual os desenvolvem. No entanto, pode ser determinante para o entendimento, não somente dos transtornos alimentares, como também da obesidade, auxiliando no diagnóstico e no tratamento.

Recordemos o expresso no capítulo 2, por Cordás (1995 apud SOMENZI, 1996), sobre o fato de que a obesidade pode surgir por distúrbios da relação familiar, eventos potencialmente estressantes ao longo do ciclo vital, relacionados à sexualidade e formação de identidade pessoal. Com isso, ressaltamos mais uma vez que é comum a mulher engordar após o casamento, pois não tem mais a obrigação de se manter bonita para arranjar um relacionamento estável. Além disso,

A insatisfação conjugal pode chegar a um ponto em que as carências emocionais e sexuais são confundidas com a fome física, podendo ser atendidas concretamente, ainda com a vantagem de não depender de ninguém (entenda-se o marido) para se satisfazer (KAUFMAN, 1993, p. 89).

O referido autor ressalta, ainda, que, como insatisfações conjugais, podemos entender também o excesso de peso do parceiro além do desinteresse e da rotina na vida sexual. Esse tipo de situação não ocorre apenas nos relacionamentos extremamente infelizes, mas nos medianamente infelizes com mulheres desassistidas afetiva e sexualmente, sem amor por si mesmas e pelo próprio corpo.

Kaufman (1993, p. 87) é categórico em afirmar que “Nem todas as pessoas sexualmente frustradas comem exageradamente, mas o inverso é verdadeiro: as que comem de forma compulsiva não se sentem sexualmente gratificadas.” Compreendemos que a atividade sexual, propriamente dita, está mais ligada a aspectos culturais. Portanto, não podemos afirmar que é de consenso mundial que mulheres acima do peso são inativas sexualmente, mas podemos afirmar que o exagero na forma física traz alguns incômodos físicos na hora da atividade sexual. Por isso, nos propomos nesta pesquisa dar voz às mulheres obesas grau III que passaram pela intervenção cirúrgica, para que elas nos revelem os significados atribuídos às suas vivências afetivo-sexuais.

Quando a obesa consegue entender a relação com seu próprio corpo feminino e com o ambiente mantenedor ou não do excesso de gordura, conseguirá compreender sua obesidade como um sintoma e aceitar o tratamento adequado. Por outro lado, a busca pelo tratamento adequado que, no caso da obesa grau III, é a cirurgia pode fazer surgir um corpo novo e a dificuldade em veiculá-lo eroticamente, se ele não estiver erogeneizado.

CAPÍTULO 5

A TRAJETÓRIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO: SONHOS E REALIDADES

5.1 O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Nesta pesquisa, procuramos nos restringir aos pacientes obesos mórbidos ou com grau III de obesidade que têm como indicação de tratamento mais eficaz a intervenção cirúrgica. Este procedimento cirúrgico é denominado de diferentes maneiras: cirurgia bariátrica, gastroplastia, cirurgia da obesidade, cirurgia de redução do estômago.

Esse tipo de intervenção cirúrgica surgiu na década de 1950, mais especificamente em 1954 com uma publicação de Kremen e seus colaboradores. Esses pioneiros realizavam as cirurgias de tipo disabsortivas ou mal-absortivas que impedem a absorção de nutrientes. No início da década de 1980, Edward Mason introduziu a técnica de cirurgia restritiva que impedia a ingestão de grandes volumes de alimento. Surgem, então, a banda gástrica laparoscópica e o balão intragástrico. No final dos anos de 1980 início dos anos de 1990, apareceram as técnicas mistas que associavam as técnicas restritivas com as disabsortivas e atualmente são as mais realizadas no mundo (MARCHESINI, 2006).

As técnicas mistas podem ser divididas em mais restritivas e mais disabsortivas. As técnicas mistas mais restritivas foram desenvolvidas a partir dos estudos de Mason, não obtendo resultados satisfatórios no início e por isso sofreram adaptações se tornando as técnicas mais praticadas nos Estados Unidos e no Brasil. São as conhecidas técnicas de Fobi, de Capella ou Fobi-Capella, devido à semelhança e as técnicas de Wittgrove e Clark por via laparoscópica (MARCHESINI, 2006).

As técnicas mistas mais disabsortivas tiveram como nome mais expressivo Nicola Scopinaro que, em 1976, publicou seus estudos sobre a derivação biliopancreática. Este procedimento cirúrgico foi utilizado internacionalmente com bons resultados. (MARCHESINI, 2006). A seguir, neste mesmo tópico explicaremos mais detalhadamente os diferentes tipos de gastroplastias.

No Brasil, o procedimento cirúrgico para a obesidade nasceu, em 1978, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo tendo como referência o Prof. Dr. Arthur Garrido Júnior. Primeiramente foram realizadas algumas operações mal-absortivas de derivação jejunoileal, mas precisaram ser interrompidas por suas conseqüências insatisfatórias. Atualmente o procedimento mais utilizado por este profissional, na referida instituição, é a divisão gástrica vertical com bandagem e a derivação em Y de Roux, proposta de Fobi e Capella devido a sua eficiência e baixa morbimortalidade (GARRIDO, 2000).

Os critérios para indicação da cirurgia bariátrica, apontados pela Resolução N° 1.766/05 do Conselho Federal de Medicina (CFM) incluem: Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m²; pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras; maiores de 18 anos, idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado; obesidade estável há pelo menos cinco anos; pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz; ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo; ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados; compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento; pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente.

Não há um consenso na literatura quanto a critérios psicológicos e/ou psiquiátricos de exclusão para pacientes candidatos às cirurgias bariátricas, pois cada equipe multidisciplinar utiliza seus próprios critérios. Considera-se que nenhum transtorno psiquiátrico seja uma contra-indicação formal primária para a realização da operação, apesar das recomendações de tratamento de qualquer condição psiquiátrica associada no paciente candidato à cirurgia. Há

também a indicação de um maior cuidado em relação a pacientes portadores de transtornos por abuso ou dependência de substâncias, especialmente o álcool, pois alguns estudos revelaram a associação entre alcoolismo e morte após a cirurgia, o que sugere também o acompanhamento pós-operatório (SEGAL; FANDINO, 2002).

Os procedimentos cirúrgicos aceitos pela Resolução N° 1.766/05 do CFM são:

- 1) *As cirurgias restritivas* (que restringem o volume do estômago) compreendem:
 - **Balão intragástrico:** um balão intragástrico com cerca de 500 ml de líquido, com 10% de azul de metileno, é colocado objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. Este balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses. Tem sido usado como coadjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade grau III;
 - **Gastroplastia Vertical Bandada ou Cirurgia de Mason:** Nestes procedimentos, é criado um pequeno reservatório gástrico, na região da cárdia, com capacidade em torno de 20 ml, regulando-se a saída por um anel de polipropileno. Estas cirurgias provocam cerca de 20% a 25% de perda de peso ao final de um ano, têm baixa morbimortalidade e baixo custo, sendo um procedimento reversível que preserva a absorção e a digestão. São indicadas para pacientes não compulsivos, que não tenham o hábito de ingestão de doces em abundância e não se desviem da orientação nutricional ingerindo líquidos ricos em calorias, caso contrário, os resultados são desanimadores;
 - **Banda Gástrica Ajustável:** é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, faz com que este passe a ter a forma de uma ampulheta ou uma câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-

operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso. É um método reversível, pouco agressivo, e que permite ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais. É um procedimento de custo elevado e com perda de peso freqüentemente insuficiente a longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; inadequada para pacientes que ingerem muito doce e/ou apresentam esofagite de refluxo e hérnia hiatal.

- 2) As *cirurgias disabsortivas* (que levam à má absorção) como Payne ou Bypass Jejuno-Jejunal estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo, apesar da alta perda ponderal de peso de 60% a 70%. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorias ingeridas. As complicações ocorrem pela grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas, tais como diarréia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites.
- 3) As *cirurgias mistas* (que combinam as técnicas restritivas e disabsortivas) podem ser divididas em:
 - Cirurgia mista com maior componente restritivo (Cirurgia de Fobi, Cirurgia de Capella e Cirurgia de Wittgrove e Clark): esse grupo de cirurgias compreende as diversas modalidades de *bypass* gástrico com reconstituição do trânsito intestinal em “Y de Roux”. Estas cirurgias, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50 ml, restringem a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo *Dumping* (mal-estar provocado pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos) provocando a chamada *Síndrome de Dumping* e, ainda,

pela exclusão da maior parte do estômago do trânsito alimentar. Com isso, o hormônio ghrelina, que aumenta o apetite e é produzido no estômago sob estímulo da chegada do alimento, tem sua produção minimizada. Pode-se acrescentar um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal – o que retarda o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a eficácia dos procedimentos. Geram perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. São eficientes em comedores de doces e têm baixo índice de complicações a longo prazo. Fácil controle metabólico e nutricional do paciente. São reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associadas. A técnica de Fobi-Capella, união dos dois procedimentos com a introdução de um anel de silicone na bolsa gástrica, como já dito anteriormente, é a mais usada no Brasil e nos Estados Unidos, com maior tempo de acompanhamento. Apesar de todas as vantagens já apresentadas, têm maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas;

- Cirurgia mista com maior componente disabsortivo (Cirurgia de Scopinaro, Cirurgia de Duodenal-Switch): são procedimentos que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite maior ingestão alimentar, com predomínio do componente disabsortivo. Neste procedimento não há restrição de alimentos ingeridos, e a perda de peso e a manutenção a longo prazo são muito eficazes. Por outro lado, os indivíduos que realizam este tipo de cirurgia ficam mais sujeitos a complicações nutricionais e metabólicas de difícil controle; têm maior chance de desenvolver deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro; têm maior chance de desenvolver desmineralização óssea, devido a longo período de deficiência de absorção de cálcio e vitamina D; além de alta incidência de úlcera de boca

anastomótica; aumento do número de evacuações diárias, com fezes e flatos muito fétidos.

Em nosso país, o procedimento cirúrgico para obesidade diminui o peso em aproximadamente 35% no período de seis meses a um ano, o que para muitos sujeitos significa sair da condição de morbidade e atingir uma situação de obesidade em que são menores os riscos à saúde e à vida. Além disso, Garrido (1998 apud BENEDETTI, 2003) revela que é maior a taxa de mortalidade entre as pessoas que aguardam a cirurgia (2,3%) que durante a operação ou depois dela (1,45%), fato que reitera a conduta médica sobre a necessidade desses pacientes se submeterem a essa intervenção.

A experiência do Dr. Garrido revela que as operações resultam, em média, em perdas ponderais permanentes, atingidas após 1 ano, da ordem de 40% do peso inicial, o que podem transformar pacientes "obesos mórbidos" em obesos.

O índice de massa corpórea reduziu-se, em nossa casuística, de 60kg/m² para 35kg/m² em média. Com esse emagrecimento, obtém-se grande melhora da morbidade associada presente, como vimos em cerca de 90% dos pacientes operados. Em especial, os distúrbios respiratórios, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes tipo II respondem muito bem à perda ponderal intensa e permanente e em grande proporção dos casos deixam de exigir qualquer cuidado específico ou medicação (GARRIDO Jr, 2000, p. 109).

A Portaria Nº 252 do Ministério da Saúde, de 30 de março de 1999, inclui o procedimento de gastroplastia na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e credencia hospitais para realizá-lo.

A Portaria Nº 196 do Ministério da Saúde estabelece os seguintes critérios gerais para a seleção de hospitais a serem cadastrados como Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica: ser Hospital Universitário ou de Ensino, ou Centro Público de Pesquisa; possuir Serviço de Cirurgia Bariátrica, cujo responsável técnico seja médico-cirurgião com título de especialização em cirurgia bariátrica e reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB; possuir, além do responsável técnico, equipe de cirurgiões com título de especialista em cirurgia bariátrica ou com experiência em serviço na realização de

gastroplastia atestada pela SBCB; contar, no hospital, com equipe multiprofissional composta por endocrinologistas, nutricionistas, intensivistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais.

Oliveira (2007) refere que, no período de 1999 ao final de 2001, foram cadastrados 22 Centros no SUS, possibilitando a cobertura assistencial de todas as macrorregiões brasileiras. E em 2005, existiam 52 hospitais cadastrados em todo o país.

Em 2003, realizavam-se 4.000 cirurgias /ano no Brasil, incluindo os setores privado e público. Atualmente são realizadas cerca de 20 a 25 mil cirurgias de obesidade grau III em nosso país, sendo apenas 10% delas, pelo SUS. O Estado de São Paulo é responsável por 40% das cirurgias realizadas pelo SUS (OLIVEIRA, 2007).

Também não podemos deixar de destacar a questão de que, apesar do custo ser maior para os planos de saúde, o setor privado, ou seja, do fato de médicos e equipe serem mais bem remunerados, o simples fato destes planos investirem nesta cirurgia já é uma propaganda, o que atrai mais e mais consumidores mesmo de classes mais baixas. Algumas pessoas estão aderindo aos planos privados com esta finalidade, se sujeitam a esperar o tempo das carências para obterem a cirurgia. Muitos travam lutas judiciais com os planos de saúde e têm saído vitoriosos.

Podemos observar melhor os dados sobre a quantidade de cirurgias realizadas pelo SUS acompanhando a tabela abaixo.

Tabela 4 - Número de cirurgias bariátricas para obesidade grau III cobertas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a região e o ano. Brasil, 1999 – 2006.

Região	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total N	Total %
Sudeste	3	285	365	601	812	940	944	1,200	5,150	49.7
Sul	10	20	56	251	542	588	840	820	3,127	30.1
Nordeste	50	45	23	69	208	182	285	260	1,122	10.8
Centro-Oeste	-	-	-	27	158	112	131	167	595	5.7
Norte	-	3	53	60	58	50	66	81	371	3.6
Total	63	353	497	1,008	1,778	1,872	2,266	2,528	10,36	100

Fonte: OLIVEIRA (2007)

Já que é de consenso que a obesidade se tornou um problema de saúde pública, ou melhor, de saúde geral, como resolvê-lo? Podemos dizer que a resposta é complexa, se é que há resposta.

O SUS foi criado para que todo brasileiro tivesse direito ao atendimento gratuito em saúde, tanto em hospitais, postos de saúde, ambulatórios, laboratórios, etc. A criação deste sistema também está alicerçada sobre a prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O que nos faz pensar nos alertas já realizados pelas associações que lidam com a obesidade de que se esta não começar a ser tratada de forma efetiva, ou melhor, prevenida na infância, suas proporções serão ainda mais alarmantes, e com isso os gastos serão maiores, pois em vez de procedimentos-padrão de prevenção serão realizados mais procedimentos de alto custo, como o caso da cirurgia.

A fila de espera do SUS é conhecida por ser longa. O número de pessoas necessitadas da cirurgia tem crescido assustadoramente, o que faz com que os órgãos públicos não consigam atender à demanda. Há uma tendência de que estas cirurgias públicas sejam realizadas em maior número, devido em grande parte à pressão que Organizações não-governamentais (ONGs) ligadas ao assunto vêm fazendo através da mídia.

Além disso, o SUS também responde ao atendimento integral, o que no caso do tratamento da obesidade grau III corresponderia também às cirurgias plásticas que também possuem um custo altíssimo. Na saúde privada, esta etapa é pensada logo após a cirurgia, podendo ter seu custo dividido em prestações bem acessíveis.

Abaixo podemos observar os custos reais do tratamento cirúrgico da obesidade para o SUS. Infelizmente não possuímos dados sobre a saúde privada, pois seus custos não são tabelados, variando muito de acordo com a equipe e o plano de saúde.

Tabela 5 - Evolução, total e média de despesas, duração de estadia e índice de mortes das cirurgias bariátricas cobertas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ano	Número de cirurgias	Total de despesas (US\$)	Média de despesas com cuidados hospitalares (US\$)	Média de dias no hospital	Número de mortes	Índice de mortes (%)
1999	63	87,799.57	1,417.02	6.9	0	0
2000	353	460,848.27	1,263.25	6.3	3	0.85
2001	497	524,424.40	1,097.46	7.4	2	0.40
2002	1,008	1,003,991.60	1,010.73	7.8	8	0.79
2003	1,778	1,872,031.60	1,069.52	7.5	11	0.62
2004	1,872	2,070,198.20	1,116.06	6.8	17	0.91
2005	2,266	3,038,994.50	1,356.85	6.7	12	0.53
2006	2,528	3,751,922.10	1,513.36	6.3	17	0.67
Total	10,365	12,810,208.00	1,230.53	6.9	70	0.69

Fonte: OLIVEIRA (2007)

A questão econômica e social tem muita relevância para um paciente obeso tratado pelo SUS e um tratado pelos planos de saúde. O sucesso da cirurgia depende de uma série de fatores como reeducação alimentar e o apoio familiar. Então, se há dificuldades no consumo de alimentos menos calóricos devido aos altos custos, é dever da equipe proporcionar alternativas, como, por exemplo, que o paciente e sua família se ocupem da manutenção de

uma horta. Isto também é um fator que demonstra a grande importância do auxílio da família que deve estar estruturada para sofrer as mudanças juntamente com o sujeito, para que este possa retomar sua vida e seu trabalho para contribuir com as despesas familiares.

Os centros de referência do SUS geralmente são regionais e, portanto, nem todos os pacientes atendidos residem na mesma cidade, ou possuem meios de transporte acessíveis, o que pode dificultar o tratamento pós-operatório, já que o pré-operatório sempre é bem aceito sem dificuldades ou empecilhos.

Abaixo podemos observar os gastos do SUS com o tratamento cirúrgico em cada região do país.

Tabela 6 - Distribuição da cirurgia bariátrica, total e média de despesas e duração de estadia, de acordo com a região. Brasil, 1999-2006.

Região	Número de cirurgias	Despesa total (US\$)	Média de despesas com cuidados hospitalares (US\$)	Média de dias no hospital
Sudeste	5.150	6,133,182.00	1,222.84	6,7
Sul	3.127	4,019,949.70	1,179.53	7,2
Nordeste	1.122	1,461,687.70	1,283.78	7,0
Centro-Oeste	595	720,912.79	1,172.58	6,2
Norte	371	474,476.68	1,293.89	7,0
TOTAL	10.365	12,810,208.00	1,230.53	6,9

Fonte: OLIVEIRA (2007)

O tratamento da obesidade grau III não termina com a realização da cirurgia, após esta existem vários procedimentos que ajudam o paciente a melhorar sua auto-estima, como a realização das cirurgias plásticas. Os excessos cutâneos no contorno corporal do ex-obeso mórbido o deixam insatisfeito e, assim, as plásticas promovem melhorias estéticas e psicológicas. Este procedimento mantém a equipe multidisciplinar e geralmente é realizado

após um ano da gastroplastia, quando ocorre a estabilização do IMC em valores abaixo de 30 kg/m² (FERREIRA; MELLO FILHO; WADA, 2006).

A Portaria N° 545, de 18 de março de 2002, inclui na tabela de procedimentos dos SUS a Cirurgia Plástica Corretiva pós-Gastroplastia e a Dermolipectomia Abdominal pós-Gastroplastia, somente podendo ser efetuadas mediante indicação pelo serviço que realizou a Gastroplastia, em unidades hospitalares habilitadas e por cirurgiões plásticos com título de especialista reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Plástica, reconhecido pelo MEC.

A realização da intervenção cirúrgica para a obesidade nos permite ressaltar algumas observações, como, por exemplo, o entendimento por parte do sujeito que não é apenas a cirurgia que o fará emagrecer, mas a forma como ele lidará com esse recurso. A busca pela cirurgia deve significar a busca pela saúde e não pela estética. Para que a eficácia da cirurgia não seja afetada, esta deve vir acompanhada com uma mudança no comportamento alimentar que deverá se manter ao longo da vida. Com a perda de peso, vêm também as transformações corporais e a mudança no estilo de vida.

5.2 O PSICÓLOGO NO CONTEXTO DO TRATAMENTO

A entrada do psicólogo no campo da saúde ocorreu a partir do final dos anos de 1970, momento em que o modelo médico-assistencial encontrava-se em franco esgotamento, e por isso muito criticado, o que propiciou a busca por outras categorias profissionais com o intuito de formar equipes multiprofissionais (DIMENSTEIN, 1998).

As publicações de Oria e Moorehead sobre o método BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*) de avaliação de resultados do procedimento cirúrgico da obesidade revelaram a necessidade da equipe multidisciplinar para melhorar a eficácia do

tratamento (MARCHESINI, 2006). Este método, introduzido em 1997, analisa os resultados da cirurgia bariátrica através de critérios objetivos informados pelo médico, como a perda do excesso de peso e a melhora da co-morbidez, e critérios subjetivos informados pelo paciente, como melhora da auto-estima, atividade física, relações sociais, disposição para o trabalho e atividade sexual (DINIZ; SANDER; ALMEIDA, 2006).

A Portaria Nº 628/GM do Ministério da Saúde dispõe sobre a equipe multiprofissional para procedimento pelo SUS fazendo referência à inclusão do psicólogo nesta equipe aos hospitais que queiram se cadastrar como Centros de Referência para a cirurgia bariátrica.

Apesar desse reconhecimento pelo SUS da importância do psicólogo, a presença deste profissional na equipe multidisciplinar da cirurgia bariátrica foi oficializada com a Resolução 1.766/05 do Conselho Federal de Medicina. A formação da equipe para esta cirurgia precisa ser capacitada para cuidar do paciente, nos períodos pré e transoperatório, e deve ser composta de cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiológico, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes.

O trabalho do psicólogo se tornou imprescindível pelo fato de este procedimento exigir do paciente uma nova rotina alimentar e de vida que pode ser assimilada de forma mais simples ou com maior dificuldade e, principalmente, pela mudança da imagem corporal. É por isso que o psicólogo começa seu trabalho, no pré-operatório, com a avaliação destes pacientes.

Em se tratando de pacientes obesos mórbidos podemos afirmar que a imensa maioria dos que chegam à cirurgia bariátrica traz alterações emocionais. Essas dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes, na obesidade exógena (reativa), ou entre as conseqüências, na obesidade endógena ou de desenvolvimento, em que a pessoa apresenta excesso de peso desde o começo da vida e tende a vivenciar e a confundir os mais variados desejos como necessidade de alimento. Seu emocional é abalado pelas dificuldades, limitações e sofrimento de ser obeso (CORDÁS; FRANQUES, 2006, p. 75).

Matos e Zanella (2002) referem que apesar de não existirem alterações psiquiátricas específicas associadas à obesidade, sintomas depressivos e ansiosos são freqüentemente identificados pelos profissionais de saúde que trabalham com os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, o que pode interferir no resultado do tratamento proposto. E, como já vimos no capítulo 2, a associação de transtornos alimentares e distúrbios da imagem corporal é constante nos pacientes obesos, além da presença de sintomas depressivos e ansiosos.

Segundo Loli e Preto (2006), no SUS, a avaliação psicológica é exigida, sendo o psicólogo quem realiza, mas é o médico responsável técnico perante o sistema que responde por esta avaliação. Além disso, a Portaria 628/GM do Ministério da Saúde regulamenta que nesta avaliação devem ser informadas a presença ou ausência de psicopatologias graves, adicção a álcool e drogas. Apesar disso, devemos deixar claro que não cabe exclusivamente ao psicólogo o papel de decidir sobre a realização ou não da cirurgia, mas a toda a equipe que deve trabalhar de forma a chegar num consenso.

A avaliação e tratamento psicológico são fundamentais também pelo fato de que a cirurgia traz inúmeras modificações em todos os aspectos de vida do indivíduo, o que o impedirá de aliviar as tensões da forma como estava acostumado, ou seja, através do alimento. Assim, a cirurgia não elimina os problemas emocionais, e se não houver o apoio psicológico, após o procedimento, o paciente pode encontrar outras formas de aliviar esta tensão, como o caso do alcoolismo.

A avaliação pré-cirúrgica pode ser realizada através de um psicodiagnóstico individual, o que seria mais realizada pela saúde privada, sendo uma das exigências dos planos de saúde que encaminham esta avaliação a consultórios particulares, quando a equipe no hospital está sobrecarregada, ou então uma avaliação em grupo, mais realizada no SUS devido à demanda ser maior que as vagas oferecidas.

Belfort (2006) comenta que a avaliação individual com tempo de sessões delimitado é importante para a compreensão psíquica do paciente, além de concluir sobre a indicação ou não para a cirurgia. Por outro lado, a avaliação em grupo realizada em um período mais longo, além de avaliar o paciente com mais elementos que a individual, também proporciona a este sujeito a elaboração e compreensão de questões relativas à obesidade e à cirurgia, ao permitir a troca de informações entre pessoas em diferentes níveis do tratamento.

Como já dissemos anteriormente, não existe um protocolo para atendimento psicológico a estes pacientes e, portanto, cabe a cada equipe estabelecer sua forma de tratamento. Sabemos que alguns psicólogos, além de realizar a avaliação para a cirurgia, propõem o atendimento psicoterápico individual ou em grupo, para que o paciente vá para a cirurgia com seu ego mais fortalecido e pronto a enfrentar as mudanças.

Por volta de seis a oito meses da cirurgia, a perda de peso está em torno de 30% a 40% e tudo é novidade. Neste momento, a tendência do paciente é “fugir” da psicoterapia, pois se acha auto-suficiente, seguro e tem a auto-estima elevada. Ele volta quando se dá conta de que apesar de magro os seus problemas continuam, ou então por que ainda não conseguiu se adaptar à nova imagem corporal. E depois do emagrecimento vêm as cirurgias plásticas, e mais uma vez o psicólogo deve estar lá, exercendo seu papel. Percebemos que a caminhada é longa, mas também bastante gratificante, quando notamos a felicidade do paciente com o sucesso do tratamento.

A cirurgia bariátrica também está se tornando um campo interessante de atuação do psicólogo tanto na saúde pública quanto na privada, pois estamos num momento de *boom* desta profissão no mercado, o que torna os empregos cada vez mais escassos. Para o psicólogo com tendência ao trabalho no SUS, é um ponto de destaque a experiência e especialização nesta área. E para os psicólogos clínicos também é uma área favorável, pois a

demanda de planos de saúde para a realização de avaliações e atendimento pré e pós-operatório tem crescido muito nos últimos anos, desde que esta cirurgia virou modismo.

Ainda é um desafio para o psicólogo desmitificar sua profissão como atividade de luxo e adentrar no campo da saúde pública, preocupando-se com os problemas sociais. Como dito em outros capítulos, na grande maioria são as classes mais baixas as mais atingidas pela obesidade devido às dificuldades econômicas em adquirir produtos de baixa caloria. Porém, esta classe também necessita de atendimento psicológico no tratamento cirúrgico integral do pré-operatório, ao término das cirurgias plásticas, e muitas vezes não é isso o que acontece.

5.3 O PERÍODO APÓS A CIRURGIA

Ainda que a intervenção cirúrgica venha sendo realizada como o procedimento mais indicado para a obesidade grau III, faz-se necessário pensar nas reações dos pacientes frente a este tratamento. Não podemos deixar de destacar que a cirurgia bariátrica trouxe novas possibilidades para o tratamento da obesidade grau III, assim como a mudança da concepção e da relação do paciente com seu próprio corpo. Por isso, questionando também a função da cirurgia bariátrica como proporcionadora de bem-estar, nos indagamos como as mudanças ocorrem e qual o preço pago por elas, além da percepção e da sensação das mulheres em relação a estas mudanças.

O pós-operatório da cirurgia bariátrica pode trazer diversas complicações que são divididas entre os períodos pré-operatório (durante a operação), o operatório imediato e o operatório tardio. No período pós-operatório tardio, algumas complicações físicas relatadas são: úlcera péptica pós-operatória; rompimento do grampeamento do estômago; fistula gastrogástrica; erosão do anel de restrição; desnutrição severa e deficiência proteica; anemia, deficiência de vitaminas e minerais; obstrução intestinal; obstrução em nível do estômago;

distúrbios hidroeletrolíticos; refluxo gastroesofágico, esofagite; esôfago de Barrett e a necessidade de reoperações bariátricas (MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C., 2006).

Conforme já vimos, as cirurgias restritivas e mistas podem levar o paciente às deficiências de macro e micronutrientes, dependendo do tipo do procedimento cirúrgico, e dos hábitos nutricionais de cada indivíduo. As principais complicações nutricionais que podem ocorrer neste período são: desnutrição severa e deficiência proteica; anemia, deficiência de vitaminas e minerais. A desnutrição proteica e a anemia ferropriva surgem pela falta de ingestão de carne vermelha, geralmente por pacientes com cirurgias restritivas, em que o anel ou a banda dificulta a ingestão de carne, e nos pacientes que desenvolvem algum transtorno alimentar após a cirurgia, como anorexia e bulimia (MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C., 2006).

De modo geral, se torna necessário realizar reoperações bariátricas, quando as medidas tradicionais não resolvem o insucesso na perda de peso; quando há a persistência de doenças associadas; ou quando ocorrem as complicações tardias associadas à cirurgia, que como vimos podem ser variadas (MARCHESINI, J. B.; MARCHESINI, J. C., 2006).

A *Síndrome de Dumping* ocorre quando há a ingestão de uma refeição hipertônica, principalmente refeições de consistência líquida ou pastosa, as quais fazem com que o esvaziamento gástrico aconteça mais rapidamente. Os sintomas incluem sensação de mal-estar, dor abdominal, sudorese fria, palpitação e fraqueza. Nem todos os pacientes sentem estes sintomas, ao ingerirem refeições calóricas, pois esta síndrome afeta cerca de 70% dos pacientes (OLIVEIRA, 2007).

Devemos destacar que, independente das complicações físicas, importância maior deve ser dada aos distúrbios psicopatológicos, como os transtornos alimentares sem controle, pois podem estar por trás de todos estes insucessos no pós-operatório.

Em relação às complicações psicológicas e psiquiátricas, observamos na literatura a referência ao agravamento de psicopatologias como a depressão, transtornos de humor e transtornos de compulsão alimentar periódica, além do aparecimento da anorexia e bulimia, transtornos menos freqüentes. Fandino et al. (2004 apud OLIVEIRA 2004) relatam que estudos demonstraram que condições psiquiátricas podem ser causas de óbito, no período pós-operatório, como o suicídio e abuso de álcool.

Cabe, também, ressaltar que apesar dos resultados surpreendentes, esse procedimento não poderia deixar de causar polêmicas de várias ordens, como em relação ao que é possível através da medicina e o que disso decorre na subjetividade dos pacientes obesos mórbidos; violação do corpo, essencialização do mesmo, representação social da figura da pessoa obesa.

Um outro fato a ser considerado é quando o paciente encara a cirurgia como um “milagre”, associando a realização pessoal ao emagrecimento por meio deste procedimento, sem qualquer dependência do esforço próprio. “É necessário que ocorram mudanças internas e externas para que o paciente possa aproveitar o potencial da cirurgia em benefício próprio” (BENEDETTI, 2003, p. 19).

Podemos dizer que a busca pela cirurgia significa mais do que um meio de obter um corpo perfeito, refere-se à busca de sobrevivência. Porém, a operação em si não é tudo, ao contrário, é o início de um longo processo de transformação pessoal (BENEDETTI, 2003).

Um grupo de estudo multidisciplinar do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP afirma que o paciente operado, há cinco anos ou mais, pode sofrer um considerável novo ganho de peso, além de apresentar outros distúrbios como o alcoolismo, anorexia, bulimia, bruxismo, aumento excessivo de cáries e dentes quebradiços (VERÍSSIMO, 2005).

Este estudo ainda revela que, de um grupo de pacientes operados pela técnica Fobi-Capella entre cinco e nove anos atrás, 13% voltou a um estado de obesidade grau III, com um

IMC superior a 40 kg/m². No total, 64,15% voltaram a ser obesos, com um IMC maior que 30 kg/m². Somente 7,84% dos pacientes mantiveram o peso ideal ou emagreceram demasiadamente (nos casos de bulimia e anorexia).

Outra questão que tem sido observada depois de certo tempo de cirurgia é a substituição de uma compulsão por outra. O paciente que tinha compulsão por comida pode desenvolver a compulsão pelo álcool, drogas, sexo, entre outras, o que revela que traços compulsivos não são curados pela cirurgia. Assim como a recorrência a atitudes adictivas, diante de situações conflitantes, também não desaparece apenas com o emagrecimento.

Podemos notar que alguns indivíduos parecem não sair das síndromes adictivas, apenas trocam o alimento pelo álcool, pela droga, pelo sexo. Lembremos o significado de adicto, referido no capítulo 3, que também pode ter o sentido de não-dito e como sabemos que o não-dito é não pensado, pode ser engolido, introjetado, e os sentimentos vão continuar sem serem compreendidos.

Desse modo concordamos com Martins (1994, p. 26) ao dizer que

Ninguém emagrece efetivamente sem reorganizar a vida e preparar-se para este evento. Emagrecer e ficar antes de tudo magro é uma condição que exige competência para lidar com a força imposta pela nova imagem corporal adquirida através do tratamento.

Conforme citamos no capítulo 2, a obesidade não está relacionada no CID 10 ou no DSM-IV aos transtornos alimentares, mas tem sido associada a diversas síndromes psiquiátricas como a depressão, o transtorno do comer compulsivo (TCC). No período após a cirurgia, podem surgir outras síndromes psiquiátricas como a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN).

O que caracteriza os transtornos alimentares como a AN e a BN e os diferencia dos demais transtornos mentais é a presente distorção da imagem corporal. De acordo com Dagalorrondo (2000, p. 209), “a anorexia nervosa caracteriza-se pela perda de peso auto-induzida” chegando a manter o peso corporal 15% abaixo do esperado. Esse transtorno surge

com a busca de uma magreza inatingível e o medo mórbido de parecer ou ficar gorda. Pode vir acompanhado de episódios de bulimia, comer compulsivo seguido de vômitos e/ou purgação. Geralmente ocorre mais em mulheres jovens e adolescentes do sexo feminino.

A bulimia nervosa caracteriza-se por repetidos episódios de hiperfagia, ingestão exagerada de alimentos em um curto espaço de tempo. Neste transtorno também está presente o controle do peso corporal o que possibilita a utilização de medidas extremas para evitar o engordar, após estes episódios de ataque aos alimentos. Essas medidas extremas são caracterizadas pelos vômitos, purgação, enemas e diuréticos. Os bulímicos geralmente estão dentro do peso considerado normal. Assim como a NA, geralmente ocorre mais em mulheres jovens e adolescentes do sexo feminino (DALGALORRONGO, 2000).

Podemos dizer que a imagem do nosso corpo se estabelece através de nossa percepção que registra os modelos de postura constantemente mutáveis, a partir de manifestações emocionais. O esquema corporal é dinâmico, obedecendo ora a correntes construtivas da vida, ora a correntes destrutivas.

A avaliação do próprio corpo, as cognições e os sentimentos sobre ele derivam, por um lado, do desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo e, por outro, da socialização, da reação dos outros ao seu corpo. Nesse sentido, a imagem corporal, ao mesmo tempo que é fruto da relação do indivíduo com o contexto social e de seu desenvolvimento cognitivo e emocional, contribui para ambos os processos. Em outras palavras, o que sentimos e pensamos a respeito do nosso corpo influencia as relações sociais e é influenciado por elas, não havendo dúvida de que a condição física a que o obeso está sujeito e suas conseqüentes avaliações sociais negativas repercutem no desenvolvimento de uma auto-imagem negativa (BENEDETTI, 2003, p. 74).

Capisano (1992) relata que há nítida relação entre imagem corporal e zonas erógenas. Dessa forma, a nudez, a vergonha, a timidez e o enrubescimento nos encontros sociais, onde se cruzam corpos, testemunham a ligação erógena, e os olhares das pessoas entre si permitem troca de imagem social do corpo.

Cordás e Franques (2006, p. 11, grifo dos autores) afirmam que os obesos “têm comprometidos os três componentes da *imagem corporal*: percepção, pensamento-afeto e o comportamento.” Isto ocorre principalmente com as mulheres, nas quais perdas consideráveis de peso podem não significar uma melhora na imagem corporal. Geralmente, o obeso distorce sua imagem corporal em cada momento de perda e ganho de peso, principalmente se isto ocorre há muito tempo.

Para Costa (2005), a imagem corporal possui qualidades mentais como *intencionalidade, privacidade e representacionalidade*. É intencional porque está sempre voltada a um outro, exterior, que a incita a se representar de certa maneira. É privada porque só existe mediante o eu sendo propriedade dele. E é representacional porque pressupõe a organização lingüística, sendo então composta de elementos simbólicos e descritivos.

Uma imagem corporal negativa pode ser modificada pela intervenção cirúrgica, como no caso dos obesos mórbidos, justamente por perceberem que seu corpo pode sofrer transformações e contribuir no reestabelecimento da dimensão relacional com o outro, reafirmando assim a qualidade intencional da imagem corporal (COSTA, 2005).

Sobre as mudanças ocasionadas na imagem corporal por algum processo cirúrgico, Schilder (1980, p.231) comenta:

Nosso corpo é, como já dissemos antes, uma imagem, e é construído em nós, segundo nossas atitudes instintivas. Assim, uma modificação real da aparência só pode ter efeitos limitados. É verdade que uma operação plástica pode, ocasionalmente, mudar não só o corpo como a imagem corporal. Podemos reconstruir a imagem corporal. Podemos nos olhar no espelho e projetar a imagem do espelho em nós. Também podemos estudar a mudança de atitude dos outros e transferi-la para nossa imagem corporal. Mas todos esses fatores não terão papel decisivo quando não forem capazes de alterar a atitude psíquica do indivíduo. Tais considerações também explicam as dificuldades especiais da cirurgia plástica, que mexerá com tantas atividades pré-genitais profundas.

Na nossa cultura, o corpo se tornou o espelho da alma, revelando os constituintes de nosso mundo interno ou confundindo-a com o que se torna aparente. Dessa maneira, qualquer

meio que torne este corpo aceito socialmente será bem vindo ao possibilitar a inserção na uniformidade corporal, e, portanto, a tática de proteção da identidade ao não se fazer notar por ser como os outros. Portanto, parece estar claro que, além da cirurgia no estômago, o indivíduo deve realizar também uma “cirurgia” em sua mente, modificando os conteúdos psíquicos e permitindo a elaboração de seu sofrimento, para que possa usufruir desta nova imagem e do retorno ao social.

CAPÍTULO 6

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA QUALITATIVA

6.1 A ESCOLHA PELO MÉTODO QUALITATIVO

Tendo em vista a natureza do fenômeno indagado: quais os significados que as mulheres submetidas à cirurgia bariátrica atribuem às suas vivências afetivo-sexuais, em especial após a intervenção cirúrgica, optamos pela realização de uma pesquisa qualitativa fenomenológica em interface com a psicanálise, utilizando os conceitos desta última para analisar as descrições das colaboradoras.

De acordo com Moreira (2002), as características básicas da pesquisa qualitativa incluem: um foco na interpretação; ênfase na subjetividade; flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa; ênfase no entendimento do processo; preocupação com o contexto da experiência pessoal; reconhecimento da influência exercida pelo pesquisador sobre a situação de pesquisa.

De acordo com Chauí (1997, p. 160), os métodos qualitativos devem ser denominados de compreensivo-interpretativos, pois “seu objeto são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos”.

De acordo com Garnica (1997), a compreensão buscada na pesquisa qualitativa é comparada com a capacidade própria do homem imerso num contexto que ele constrói ativamente.

O homem compreende porque interroga as coisas com as quais convive. As coisas do mundo lhe são dadas à consciência que está, de modo atento, voltada para conhecê-las: o homem é já homem-no-mundo, ele percebe-se humano vivendo com outros humanos, numa relação da qual naturalmente faz parte, não podendo dissociar-se dela. Assim, não existirá neutralidade do pesquisador em relação à pesquisa – forma de descortinar o mundo -, pois ele atribui significados, seleciona o que do mundo quer conhecer, interage com o conhecido e se dispõe a comunicá-lo (GARNICA, 1997, p. 111).

Bogdan e Biklen (1997) propõem cinco características que contribuem para a definição de investigação qualitativa. A primeira contempla a idéia de que este tipo de

investigação elege o ambiente natural como fonte de dados, tendo o investigador como principal instrumento. A segunda afirma o caráter descritivo deste tipo de abordagem que se propõe a examinar o mundo de forma minuciosa. Neste sentido, o material escrito tem grande importância, tanto para o registro de dados quanto para a propagação de resultados. A terceira revela a ênfase qualitativa no processo, em detrimento dos resultados. A quarta demonstra a tendência a analisar os dados de forma indutiva. E a quinta afirma a importância do significado para a pesquisa qualitativa.

De acordo com Moreira (2002, p. 44), “a pesquisa qualitativa abdica total ou quase totalmente das abordagens matemáticas no tratamento dos dados, trabalhando preferencialmente com as palavras oralmente e escritas, com sons, imagens, símbolos, etc.”.

Ainda seguindo a visão de Moreira (2002), quando falamos em pesquisa qualitativa e quantitativa, adotamos duas posturas, a que afirma que os métodos das ciências naturais devem ser transpostos ao estudo do homem (positivismo, método quantitativo), e a que afirma que as especificidades do ser humano exigem um estudo com um conjunto metodológico diferenciado (interpretacionismo, método qualitativo), o que leva em conta a não-passividade do homem e seu poder de interpretar continuamente o mundo em que vive.

De uma forma geral, aqueles que adotam uma orientação positivista aceitam que o comportamento humano é a resultante de forças, fatores, ou estruturas internas ou externas que agem sobre as pessoas para gerar determinados resultados. Essas forças ou fatores, segundo os positivistas, podem ser perfeitamente estudados pelo método experimental ou através de levantamentos amostrais (MOREIRA, 2002. p. 44).

Minayo (1996) comenta que o método qualitativo não deve ser pensado como alternativa ideológica ao método quantitativo, mas sim como meio para adentrar no caráter social e nas dificuldades de construção do conhecimento. A autora refere também que a pesquisa com a temática saúde só pode ser entendida dentro de uma sociologia de classe, contendo assim aspectos histórico-culturais.

A investigação qualitativa possui um plano flexível fundamentado em hipóteses teóricas. Estas se preocupam em manter pressupostos da investigação qualitativa sobre o pouco conhecimento a respeito do objeto de estudo e sobre a eliminação de preconceitos por parte dos investigadores. Assim, as hipóteses teóricas são baseadas na importância do material advindo dos dados descritivos e da análise do tipo indutivo (BOGDAN; BIKLEN, 1997).

Nesse plano flexível, os investigadores partem para a pesquisa acompanhados apenas de seus conhecimentos e experiência, com hipóteses que deverão ser modificadas e reformuladas ao longo do estudo. As decisões podem ser tomadas à medida que o investigador vai avançando na pesquisa, o que não significa que certas decisões não sejam tomadas *a priori*.

Como pesquisadores ou simples pessoas, todos nós temos nossas orientações e perspectivas teóricas, sejam explícitas ou implícitas, que constituem em nosso modo de entendimento das coisas, fazemos afirmações sobre o que é importante e sobre o que faz o mundo funcionar (TURATO, 2003).

Valles (1997) afirma que, na investigação qualitativa, podem existir várias perspectivas como a Etnografia, a Fenomenologia, a Psicanálise, entre outras. Ao comentar sobre as perspectivas metodológicas, este autor disserta sobre o termo paradigma que é tratado por alguns autores como perspectiva. O autor define o referido termo como uma imagem básica do objeto de uma ciência, a unidade mais geral de consenso dentro de uma ciência que serve para diferenciar uma comunidade científica da outra, e explica que um paradigma pode englobar várias perspectivas teórico-metodológicas e se caracterizar por uma série de princípios e suposições gerais.

É interessante pensar na questão dos paradigmas para analisarmos as bases sobre as quais a pesquisa está alicerçada.

Guba e Lincoln (1994, p. 105) definem paradigma como “[...] o sistema básico de opiniões ou a visão de mundo que guia o investigador, não somente nas escolhas do método, mas nos caminhos ontológico e epistemologicamente fundamentais.”

De acordo com Valles (1997), o entendimento dos autores citados acima do termo paradigma revela os três componentes que estão inter-relacionados em qualquer paradigma: ontológico, epistemológico e metodológico.

A caracterização metodológica dos paradigmas depende das posturas adotadas nos níveis ontológicos e epistemológicos. Se optarmos por uma realidade objetiva e uma separação sujeito-objeto, nossa metodologia será voltada para o controle experimental de possíveis fatores explicativos alternativos. Por outro lado, se optamos pelo realismo crítico e pela comunicação sujeito-objeto, desejaremos uma metodologia que utilize técnicas qualitativas (VALLES, 1997).

O autor acima afirma que os paradigmas podem ser contrapostos. Há os chamados paradigmas prevalente ou positivista que assumem a existência de uma única realidade objetiva averiguável através dos cinco sentidos, sujeita às leis universais da ciência e manipulável mediante processos lógicos. Já o paradigma emergente ou interpretativista admite a existência de realidades múltiplas, com diferenças entre elas, que podem ser solucionadas através de processos racionais ou aumentando o tratamento amostral.

Os conceitos de construtivismo e interpretativismo, apesar de diferentes, estão relacionados. O construtivismo surge contra o objetivismo, o realismo empírico e o essencialismo. O interpretativismo fundamenta-se sobre três princípios: 1) A tradição intelectual advinda da hermenêutica; 2) A tradição em torno do conceito de compreensão; 3) A fenomenologia social de Schutz. Ainda no interpretativismo, podemos distinguir três perspectivas: a antropologia interpretativa, o interacionismo simbólico e o interacionismo interpretativo (VALLES, 1997).

Na pesquisa qualitativa fenomenológica, não existe uma compreensão prévia do fenômeno, pois é este que será interrogado. A pesquisa também não é definida pelo pesquisador, mas pelos próprios sujeitos e é por esta razão que são denominados colaboradores.

A pesquisa fenomenológica é dirigida para significados, para expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo pesquisado, e que são expressas pelos próprios sujeitos que as percebe.

Minayo (1996) afirma que a fenomenologia defende a idéia de que as realidades sociais são construídas nos significados e através deles e só podem ser identificadas na medida em que se mergulha na linguagem significativa da interação social. A linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis na abordagem fenomenológica. Ela enfatiza os significados gerados na interação social.

De acordo com Bogdan e Biklen (1997), os fenomenologistas enfatizam o componente subjetivo do comportamento humano, tentando assim compreender os significados atribuídos às experiências de vida do indivíduo. Eles acreditam que a realidade é construída, pois os acontecimentos são também interpretados em função da interação com os outros.

Para Forghieri (1984), o homem, segundo uma visão fenomenológica, tem sua existência vinculada ao mundo, é um ser de consciência intencional, que é sempre consciência de algo. Este homem nega o conhecimento elaborado através da objetividade, assim como elaborado através da pura subjetividade e propõe um “voltar às próprias coisas” que só será possível através do mundo vivido do indivíduo.

Bruns (2003) diz-nos que a fenomenologia não prioriza nem sujeito e nem objeto, mas a relação sujeito-objeto-mundo, tendo uma postura interrogativa a respeito dos significados atribuídos pelo sujeito às experiências vividas.

Ao se falar em pesquisa fenomenológica, Holanda (2003, p. 53, grifo do autor) assinala que esta deve possuir três elementos fundamentais para se chegar à essência do fenômeno:

O primeiro desses elementos é a *redução fenomenológica* ou abstenção de juízos que deve ter o pesquisador sobre o tema pesquisado, permitindo-lhe o acesso aos significados puros do sujeito; o segundo elemento é a *intersubjetividade* ou relação que se estabelece entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado, seus conteúdos e envoltórios decorrentes desta relação e o terceiro elemento é o *retorno ao vivido* ou retomada do “mundo da vida” do sujeito-pesquisado através de seu depoimento.

Corroborando com esta idéia, Garnica (1997, p. 114) refere que o mundo-vida que seria a “totalidade das percepções vividas, é apreendido pela consciência, que é intencional no sentido de, atentivamente, voltar-se para o que pretende compreender, interrogando”.

A fenomenologia, ao considerar o caráter intencional da consciência, demonstra que é através da análise intencional que descobrimos como um objeto vem a ter sentido para a consciência e como a consciência se relaciona com o objeto (MOREIRA, 2002).

Segundo uma visão psicológica, a consciência pode ser definida como o sentimento da própria identidade do eu, a unidade de todos os estados psíquicos. A consciência também se insere na temporalidade através da retenção do passado na memória, da percepção do presente por meio da atenção, e da espera do futuro com a faculdade da imaginação e do pensamento (CHAUÍ, 1997).

A consciência psicológica ou o **eu** é formada por nossas **vivências**, isto é, pela maneira como sentimos e compreendemos o que se passa em nosso corpo e no mundo que nos rodeia, assim como o que se passa em nosso interior. É a maneira individual e própria com que cada um de nós percebe, imagina, lembra, opina, deseja, age, ama e odeia, sente prazer e dor, toma posição diante das coisas e dos outros, decide, sente-se feliz ou infeliz (CHAUÍ, 1997, p. 117, grifo da autora).

O grau da consciência que corresponde à consciência ativa e reflexiva, que permite a existência da consciência em suas quatro modalidades: eu, pessoa, cidadão e sujeito, ao

reconhecer a diferença entre o interior e o exterior, é definido pela fenomenologia como consciência intencional ou intencionalidade (CHAUÍ, 1997).

De acordo com Chauí (1997), a fenomenologia aborda uma consciência imaginativa que tem como conteúdo o objeto em imagem, e é por meio desta imaginação que nos relacionamos com o ausente e com o inexistente. A psicanálise busca o significado inconsciente das palavras que podemos definir como ações, produções imaginárias de um sujeito, como os sonhos e fantasias.

Freud foi criando o que chamou de análise da vida psíquica ou psicanálise, cujo objeto central era o estudo do inconsciente e cuja finalidade era a cura de neuroses e psicoses, tendo como método a interpretação e como instrumento a linguagem verbal e corporal (CHAUÍ, 1997).

O inconsciente, diz Freud, não é o subconsciente. Este é aquele grau da consciência como consciência passiva e consciência vivida não reflexiva, podendo tornar-se plenamente consciente. O inconsciente, ao contrário, jamais será consciente diretamente, podendo ser captado apenas indiretamente e por meio de técnicas especiais de interpretação desenvolvidas pela psicanálise (CHAUÍ, 1997, p. 169).

É através da interpretação que conseguiremos trazer certos conteúdos inconscientes à tona, mas também devemos destacar que isso não será feito em uma prática clínica. Porém toda e qualquer fala é afetada pelo inconsciente, por isso devemos destacar a semelhança da relação paciente-terapeuta e colaboradora-pesquisadora, considerando que a consciência está sempre mediada por aquilo que advém do inconsciente.

Nasio (1999) comenta que a interpretação é a única dentre as modalidades de ação do psicanalista capaz de provocar uma mudança no analisando e na vida da própria relação analítica. Porém, ao utilizarmos a psicanálise como referencial teórico para a análise das descrições, não estaremos nos referindo ao método psicanalítico e sim à utilização de seus conceitos e assim também não será necessário estarmos em uma prática clínica.

Zimerman (1999) relata que a psicanálise moderna tem se baseado no paradigma da vincularidade, o que pressupõe que o processo analítico fica centrado na relação que se estabelece entre o analista e o analisando. Trazendo esta característica para a prática de pesquisa como a nossa que utiliza o método fenomenológico e a interpretação psicanalítica, podemos pensar que, na entrevista, a interpretação refere-se aos conteúdos emergidos dos discursos das colaboradoras resultantes desse encontro entre elas e a pesquisadora.

Ao pensarmos na definição de Zimerman (1999, p. 378) sobre a palavra “significação” que segundo este autor de visão psicanalítica “diz respeito às profundas distorções provindas desde o psiquismo primitivo da criança, não só como resultantes de suas fantasias, mas também como expressão daquilo que foi veiculado pelo discurso dos pais e da sociedade”, e compararmos com este mesmo termo na visão fenomenológica, perceberemos que ambos se referem ao sentido dado pelo homem à sua existência, ao seu mundo-vida.

A presente pesquisa como dita acima utiliza a metodologia fenomenológica e o referencial teórico psicanalítico como forma de realizar uma análise compreensivo-interpretativa dos depoimentos das colaboradoras, acreditando ser esta uma prática científica viável e já referendada por alguns autores.

Turato (2003), ao comentar sobre a pesquisa de metodologia fenomenológica/existencialista com interface da psicanálise, revela que o homem é portador de angústias e ansiedades entendidas segundo uma ótica existencialista. Então

[...] o pesquisador percebe, em si, angústias e ansiedades de âmbito pessoal, deixa-se mover deliberadamente por elas para buscar a compreensão profunda de questões humanas e, identificando-se com o outro (o sujeito-alvo de seu estudo), acolhe as angústias e ansiedades deste (TURATO, 2003, p. 226).

Esta metodologia com interface na psicanálise não deixa de destacar a atenção dada ao mundo do indivíduo, pois é neste mundo que os elementos da natureza psíquica são elaborados e processados a nível individual (TURATO, 2003).

Esse autor denomina este tipo de pesquisa fenomenológica com elementos psicanalíticos de pesquisa clínico-qualitativa definindo suas peculiaridades:

A **atitude existencialista** da valorização dos elementos da “angústia” e “ansiedade”, presentes na existencialidade do sujeito a ser estudado; a **atitude clínica** da acolhida dos sofrimentos emocionais da pessoa, inclinando-lhe a escuta e o olhar, movido pelo desejo e hábito de proporcionar ajuda; e **atitude psicanalítica** do uso de concepções vindas da dinâmica do inconsciente do indivíduo, tanto para a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares, assim como para referencial teórico para discussão dos resultados (TURATO, 2003, p.230, grifo do autor).

Em resumo, podemos definir este tipo de pesquisa que foi denominada por Turato de pesquisa clínico-qualitativa como uma pesquisa baseada no paradigma fenomenológico que valoriza as angústias e ansiedades existenciais dos colaboradores, inserindo-se num quadro interdisciplinar de referencial teórico que utiliza conceitos da psicanálise como ferramenta de interpretação dos discursos.

O filósofo Paul Ricoeur também é outro estudioso que faz um paralelo entre a hermenêutica e a psicanálise em sua obra. A hermenêutica é compreendida como a busca do sentido pela via da interpretação. Dessa forma, a psicanálise também pode ser compreendida de forma semelhante à hermenêutica, porém, a interpretação só pode ocorrer na relação analista/analizando, numa situação transferencial e intersubjetiva, sendo assim totalmente dependente do analista (FRANCO, 1995).

Para ambas as correntes teóricas destacadas, as relações intersubjetivas devem ser valorizadas. Para a fenomenologia, todas as relações com o mundo são constituídas de forma intersubjetiva.

O psicanalista não se preocupa com os fatos em si, somente com o sentido que estes fatos fazem para o paciente. O que importa é o modo pelo qual o paciente conhece, vive seu ambiente, mesmo que ele o perceba de modo distorcido em comparação a uma observação objetiva. Então, o meio ambiente significa coisas diversas para a psicanálise e para a psicologia científica. (FRANCO, 1995, p. 183)

Franco (1995) alerta que a aproximação entre psicanálise e fenomenologia realizada por Ricoeur não deve ser feita na expectativa de uma total harmonia, mas sim reconhecendo as diferenças sem, no entanto, tentar eliminá-las. A fenomenologia e a psicanálise se aproximam em relação ao método, pois o que a primeira chama de *redução fenomenológica*, corresponde ao descentramento em relação à consciência.

A fenomenologia torna manifesto o descentramento do si inerente à consciência imediata. Neste ponto ela se aproxima da psicanálise que totalmente descreve a verdade da consciência imediata. Agora, se há uma *redução* metodológica, um *epoché* na linguagem de Husserl, é porque a fenomenologia pressupõe um núcleo vivido não-consciente. A redução metodológica nada mais é que a busca, que a recuperação deste núcleo experimental não consciente. Por tanto, a possibilidade da ilusão sobre si mesmo fica implicada. No limite é o conceito de inconsciente que se apresenta (FRANCO, 1995, p.183, grifo do autor).

Outro ponto semelhante entre as duas escolas de pensamento é a noção de intencionalidade da fenomenologia. Conforme já dito anteriormente, este termo revela que a consciência é sempre consciência de algo que pode estar além da própria consciência, que não é alcançável por meio da reflexão. Este termo, portanto, se assemelha ao inconsciente freudiano.

Por outro lado, justamente pelo fato da fenomenologia ser uma corrente teórica reflexiva, ela fica apenas no âmbito da intencionalidade, apresentando um inconsciente mais próximo do subconsciente. Já a psicanálise se apresenta como uma técnica analítica que, como dito anteriormente, revela as representações do inconsciente por meio da interpretação, e justamente por isso não fica só na intencionalidade, vai além da percepção dos sentidos, relatando outros fenômenos não expressos pela fenomenologia.

Dessa forma, mais uma vez desejamos destacar que esta se trata de uma pesquisa que utiliza o método fenomenológico e não o método psicanalítico. Os referenciais teóricos psicanalíticos, seus conceitos, servirão como ferramentas auxiliares na interpretação dos

discursos das colaboradoras sobre suas vivências afetivo-sexuais que serão explicitadas no capítulo seguinte.

6.2 ACESSO AOS DEPOIMENTOS: A ENTREVISTA

Na busca por desvelar a significação que as mulheres submetidas à cirurgia bariátrica atribuem às suas vivências, e compreendendo ser um meio de acesso às colaboradoras condizente com o método qualitativo fenomenológico, optamos pela entrevista como estratégia de coleta de dados.

Os processos de comunicação, naturais na vida cotidiana, surgem nas entrevistas com o propósito de obter informação relevante, de acordo com os objetivos do estudo, o tempo e os recursos disponíveis para sua realização. As entrevistas em profundidade podem ser consideradas como processos comunicativos de extração de informação por parte de um investigador (VALLES, 1997).

O autor referendado acima revela que o processo comunicativo de obtenção de informação mediante entrevista depende da combinação de três elementos internos à situação de entrevista (entrevistador, entrevistado e tema em questão), além dos elementos externos que relacionam a entrevista com a sociedade, a comunidade e a cultura. Assim, o fluxo de informação relevante, válido e confiável depende não apenas da interação dentro da situação de entrevista, mas também da relação entre a situação e a comunidade local e a sociedade mais ampla.

Ao mesmo tempo em que os modelos culturais interiorizados são revelados numa entrevista, eles refletem o caráter histórico e específico das relações sociais. Desta forma os depoimentos têm que ser colocados num contexto de classe, mas também de pertinência a uma geração, a um sexo, a filiações diferenciadas etc. e porque cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num certo número de grupos sociais, informa sobre uma “subcultura” que lhe é específica e tem relações diferenciadas com a cultura dominante (MINAYO, 1996, p. 113).

Minayo (1996) revela que, através da entrevista, podemos obter dados objetivos que o pesquisador poderia obter por meio de outras fontes, assim como dados subjetivos que se referem às atitudes, valores e opiniões dos entrevistados. A autora diz que a entrevista pode revelar as condições estruturais de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, por meio de um porta-voz.

De acordo com Moreira (2002), a entrevista pode ser definida como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente. Corroborando com esta idéia, Bogdan e Biklen (1997) definem a entrevista como uma conversa intencional dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter informações sobre a outra e de recolher dados descritivos da linguagem do sujeito.

Na entrevista aberta, “o pesquisador tem hipóteses a testar ou informações específicas a buscar e supõe que as perguntas que faz são suficientes para esclarecer o assunto. Admite-se que o respondente conhece e terá as condições necessárias para fornecer todos os dados relevantes.” (MOREIRA, 2002, p. 54).

A partir da entrevista aberta, podemos obter a descrição do caso individual, a compreensão de especificidades culturais dos grupos e a comparabilidade de diferentes casos. Nela, a atuação do pesquisador é mais livre, permitindo-lhe formular perguntas ou fazer intervenções, objetivando aprofundar o nível de informações.

Para Minayo (1996, p. 124), na pesquisa qualitativa:

[...] o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição “sine qua nom” do êxito da pesquisa qualitativa.

A escolha das entrevistas em profundidade ou entrevistas abertas possui várias vantagens, como: o estilo especialmente aberto, o que permite a obtenção de uma grande

riqueza informativa; proporciona ao investigador a oportunidade de esclarecimento e seguimento de perguntas e respostas, em um marco de interação mais direto, personalizado, flexível e espontâneo; vantagem de gerar pontos de vista, enfoques, hipóteses e outras orientações úteis para traduzir um projeto sobre o papel das circunstâncias reais da investigação; compartilha com outras técnicas qualitativas oferecendo o contraste e o contraponto aos resultados, além da facilidade na compreensão dos mesmos; é mais capaz e eficaz no acesso à informação difícil de obter sem a mediação do entrevistador ou de um contexto grupal; pode preferir-se por sua intimidade ou por sua comodidade (VALLES, 1997).

Nesta metodologia, buscamos a significação do sujeito acerca das suas experiências subjetivas, e para isso, utilizamos a entrevista fenomenológica compreensiva que considera as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas. Segundo Amatuzzi (2003, p. 21), o objetivo da entrevista fenomenológica é “surpreender o vivido no presente, quando a experiência da pessoa é pensada de repente e dita como pela primeira vez.” Dessa forma, ao propormos buscar a vida cotidiana interpretada primeiramente por seus atores, podemos nos tornar facilitadores do acesso ao vivido que pode não ser sabido de antemão.

As entrevistas fenomenológicas compreensivas foram mediadas pela seguinte questão norteadora: “Fale a respeito de sua vida, como foi a sua infância, sua adolescência, sua vida adulta, relacionando com aspectos da obesidade e de sua vida afetivo-sexual”. Quando a participante não compreendia a questão, esta era dita de diferentes maneiras: “Gostaria que você me falasse de como vivenciou sua afetividade e sexualidade ao longo de sua vida, desde a infância até a atualidade não se esquecendo de comentar sobre a obesidade”.

As colaboradoras foram convidadas a dar seu depoimento livremente, caracterizando seu discurso de forma própria, assim como ordenando e selecionando os fatos vividos de

acordo com a visão de sua própria história de vida. Elas contaram sobre suas vivências desde a infância até o momento da entrevista, ora destacando vivências que acreditavam serem mais relevantes, ora perpassando rapidamente por determinados assuntos que pudessem trazer lembranças desagradáveis.

Gostaríamos de ressaltar, também, que as entrevistas foram realizadas sem limite de tempo, para que a colaboradora relatasse sobre o questionado de maneira livre, a seu tempo, conforme sua disposição física e psíquica. Além disso, foram feitas intervenções da pesquisadora em momentos da entrevista em que as colaboradoras se desviaram da questão indagada, assim como em momentos em que a pesquisadora não compreendeu claramente o relato das colaboradoras.

Foi sugerido às colaboradoras que as entrevistas fossem realizadas em uma sala de atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora. Quando as colaboradoras não aceitavam a sugestão, elas indicavam o local e o horário dos encontros. Portanto as entrevistas foram realizadas tanto em salas apropriadas a atendimento psicológico, quanto na casa ou estabelecimento de propriedade das colaboradoras.

As colaboradoras somente foram entrevistadas após serem questionadas quanto à concordância em oferecer os dados de sua entrevista para uma pesquisa de cunho psicológico apoiada em questões éticas, sendo também esclarecidas sobre todos os objetivos e todas as dúvidas referentes à pesquisa.

Os encontros foram gravados para que fossem reproduzidas da forma mais fiel possível as falas das colaboradoras, conforme o acordado. Logo em seguida à realização das entrevistas, o teor das mesmas foi transcrito pelo pesquisador, a fim de que possíveis fatos ocorridos, durante o procedimento, não se perdessem e servissem para posterior análise e reflexão de seu conteúdo.

Ao se ter em mãos os depoimentos ou descrições das colaboradoras, dados estes advindos da entrevista, foi importante verificarmos a validade e coerência com os objetivos da pesquisa. Para isto, nos baseamos nas características concernentes ao discurso fenomenológico descritivo propostas por Rezende (1990): significativa, pertinente, relevante, referente, provocante, suficiente.

A descrição significativa refere-se àquela que destaca apenas os aspectos necessários à definição do fenômeno. “Trata-se de descrever a trama significativa ou a estrutura semântica do próprio fenômeno” (REZENDE, 1990, p. 18).

A pertinência corresponde à não-omissão de aspectos que realmente integram a estrutura significativa do fenômeno, levando em conta sua complexidade constitutiva.

A relevância diz respeito à história da estrutura fenomenal, e atua junto à significância e à pertinência no discurso fenomenológico. “[...] para ser significativa, um determinado aspecto da descrição deve ser ao mesmo tempo pertinente e relevante, e o que é menos pertinente ou relevante torna-se menos significativa” (REZENDE, 1990, p. 22).

Com a referência, podemos estabelecer as relações entre os diversos aspectos no interior da estrutura fenomenal e entre a estrutura e seu contexto.

A estrutura fenomenal como estrutura semântica é a da correspondência do homem ao sentido do mundo.

[...] para ser provocante, uma descrição deve pôr em evidência o sentido como sentido para o sujeito, diante do qual este último se sinta provocado à alternativa do engajamento consciente e livre ou da alienação, embora sabendo que sua correspondência não será necessariamente plena ou perfeita (REZENDE, 1990, p. 25, grifo meu).

A última característica do discurso é que ele seja suficiente, porém não completo e acabado, pois o discurso humano é inacabado e a estrutura semântica inesgotável.

6.3 MOMENTOS DA ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Após nos assegurarmos da qualidade científica dos relatos, a análise pôde ser iniciada. Ao considerarmos a pesquisa segundo o método fenomenológico, seguimos os quatro momentos de análise descritos por Giorgi (1978), Bruns (2003) e Martins & Bicudo (1994):

1. Leitura das entrevistas com a finalidade de apreender o sentido geral do fenômeno indagado e sistematizar a experiência de vida. Exige do pesquisador capacidade de compreender a linguagem do sujeito.
2. Discriminação das unidades de significado, focalizando o fenômeno situado. Estas unidades de significado somente existem no texto em relação à atitude, disposição e perspectiva do pesquisador.
3. Expressão do *insight* contido nas unidades de significado, o que proporciona a transformação da linguagem do dia-a-dia do sujeito em linguagem psicológica.
4. Síntese e integração dos *insights*, para se obter uma descrição consistente da estrutura do fenômeno.

Além desses momentos de análise, devemos considerar que o processo de interpretação é concebido como um processo de produção de sentidos, não havendo distinção entre levantamento das informações e a interpretação, pois o percurso da pesquisa está imerso no processo de interpretação. A análise tende a privilegiar a linguagem verbal, mas não são apenas estes conteúdos que as formas de análise têm buscado trabalhar, busca também a dialogia implícita na produção de sentidos e o encadeamento das associações de idéias (SPINK, 1999).

A interpretação, além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos (MINAYO, 1996, p. 237).

Valles (1997) acredita que qualquer das convencionais fases do processo de investigação pode ser conceituada como analítica, pois é desde a formulação do problema que

o investigador vai direcionando o fenômeno em questão. A análise também pode ser considerada, segundo uma visão didática, uma série de procedimentos e técnicas após a obtenção de dados.

A análise não surge exclusivamente a partir dos dados e sim das perspectivas que o investigador possui. São os valores sociais e as maneiras de dar sentido ao mundo que podem influenciar quais os processos, atividades, acontecimentos e perspectivas que os investigadores consideram suficientemente importantes para codificar. As diferentes perspectivas teóricas dos investigadores modelam a forma como abordam, consideram e dão sentido aos dados. Portanto, a análise é moldada pelas perspectivas e posições teóricas do investigador e pelas idéias que este partilha acerca do assunto (BOGDAN; BIKLEN 1997).

6.4 ACESSO ÀS COLABORADORAS: CAMINHO PERCORRIDO E DIFICULDADES ENCONTRADAS

Pelo fato de a pesquisa abordar uma temática que tem recebido destaque na mídia e, portanto, ter como colaboradoras as mulheres que realizaram cirurgia bariátrica, acreditávamos que o acesso a elas seria realizado de forma tranqüila.

Porém, ao iniciarmos nossa busca pelas colaboradoras, nos defrontamos com algumas dificuldades. Inicialmente havíamos mantido contato com um médico responsável por uma clínica especialista em gastroenterologia e realização da cirurgia bariátrica que nos prometera que assim que precisasse forneceria os dados de diversas pacientes para o contato da pesquisadora. E, no entanto, ao nos dirigirmos à referida clínica, não obtivemos sucesso. O médico delegou a tarefa de fazer uma lista com os contatos à nutricionista que delegou a outro profissional e por fim se passou um mês e meio sem qualquer resposta favorável.

A pesquisadora, então, decidiu se dirigir à outra clínica da cidade do interior do Estado de São Paulo, pois só há duas especializadas na cirurgia bariátrica, onde não conhecia os profissionais. O primeiro contato foi realizado por telefone com um dos dois médicos cirurgiões do local, sendo que este foi extremamente receptivo à realização de pesquisas com seus pacientes, convidando a pesquisadora a comparecer em reuniões que eram realizadas mensalmente na primeira quarta-feira de cada mês.

A pesquisadora compareceu então às duas reuniões seguintes, conseguindo nelas o apoio da equipe da clínica que forneceu espaço para que ao final das reuniões comentasse sobre o intuito da pesquisa e convidasse os interessados a dar seu depoimento. Dessa forma, foi possível a realização de diversas entrevistas.

No entanto, nos deparamos com uma outra questão, havíamos conseguido apenas colaboradoras que realizaram a cirurgia em instituições privadas e gostaríamos de enriquecer a pesquisa com experiências de pessoas que realizaram a cirurgia também em instituições públicas. Comentando esta questão com os médicos-cirurgiões da referida clínica, fomos informadas de que um deles havia participado do extinto Programa de Obesidade Mórbida da Prefeitura de uma cidade do interior do Estado de São Paulo em convênio com a Santa Casa de Misericórdia desta mesma cidade. Assim, foram obtidos mais alguns contatos.

A partir daí, algumas entrevistadas indicaram outras. Também recebemos apoio de uma integrante do Grupo de Pesquisa Sexualidade e Vida (USP/CNPq) através da indicação de uma colaboradora.

Até aquele momento, havíamos realizado um total de 10 entrevistas, porém, uma delas não poderia participar da pesquisa, pois seu discurso não estava de acordo com as características concernentes ao discurso fenomenológico descritivo proposto por Rezende (1990). Em uma visita a uma cidade do interior do Estado de São Paulo, entramos em contato

com uma ex-paciente que aceitou prontamente a realização da entrevista. Com isso, no total foram realizadas 11 entrevistas, mas apenas 10 fazem parte da pesquisa.

As entrevistas foram consideradas suficientes para nos levar à compreensão da vivência afetivo-sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade. Antes de iniciarmos as entrevistas, solicitamos que cada colaboradora fizesse a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde . Brasília- DF. Aquelas que tiveram dificuldades com a leitura e/ou pediram à colaboradora que o fizessem tiveram este termo lido e explicado pela pesquisadora.

O Termo de Consentimento (ANEXO B) trata dos objetivos da pesquisa, sua relevância social e científica, assim como os aspectos envolvidos na participação das colaboradoras, tais como a garantia do sigilo de suas identidades e nos colocando à disposição para eventuais dúvidas.

Após a leitura do Termo de Consentimento, perguntamos às colaboradoras se havia alguma dúvida a respeito do mesmo e de sua participação neste estudo. Não havendo dúvidas, assinaram o documento, atestando que estavam participando livre e espontaneamente desta pesquisa e autorizando a gravação de seus relatos. Cada colaboradora assinou duas cópias do Termo de Consentimento, sendo uma para o pesquisador e outra para a colaboradora.

Em seguida, realizamos o questionário de classificação econômica referente a sua família, elaborado pela ABEP (ANEXO C), e, posteriormente, solicitamos que as colaboradoras respondessem a algumas questões que nos auxiliariam na caracterização do perfil de cada uma delas. O roteiro (ANEXO D) foi elaborado para obtenção de informações como idade, ocupação, escolaridade, religião, estado civil, filhos, altura, peso máximo atingido, co-morbidades, data da cirurgia, instituição realizada, tipo de cirurgia, peso atual,

psicoterapia no pré e no pós-operatório, cirurgia plástica. Após obtermos as informações, realizamos a entrevista.

A seguir, apresentaremos o perfil das dez colaboradoras desta pesquisa.

6.5 PERFIL DAS COLABORADORAS

O perfil das colaboradoras foi delineado, conforme o roteiro para obtenção de informações (ANEXO C) e os dados obtidos nas entrevistas. Para visualizar as informações obtidas no roteiro, vide Quadros 1 e 2 que consistem no perfil das colaboradoras.

Colaboradora	1	2	3	4	5
Nome	Acácia	Camélia	Gardênia	Jasmim	Amarilis
Idade	33	31	49	46	53
Ocupação	Representante Comercial	Arquiteta e Representante Comercial	Funcionária Pública (Vigilância Sanitária)	Comerciante	Manicure
Escolaridade	Ensino superior/ Nutrição	Ensino superior/ Arquitetura	Ensino superior/ Engenharia	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
Religião	Espírita Kardecista	Umbanda	Católica	Evangélica	Católica
Classe Social	B2	A1	B2	B2	B2
Estado Civil	Casada	Divorciada	Solteira	Casada	Casada
Filhos	-	1H	-	2H	1H e 1M
Altura	1,56	1,71	1,63	1,60	1,56
IMC máximo	50	44,4	39	50	53
IMC atual	24,6	28	22,5	29,6	27,5
Psicoterapia no pré- operatório	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Data da cirurgia	7/08/2003	25/11/2005	23/09/2004	28/06/2005	20/09/2005
Tipo de Cirurgia	Fobi-Capella	Scopinaro	Scopinaro	Capella	Capella
Instituição	Privada	Privada	Privada	Pública	Pública
Psicoterapia no pós- operatório	Não	Sim	Não	Não	Não
Cirurgia Plástica	Não	Não	Não	Sim (privada)	Não

Quadro 1. Perfil das colaboradoras

Colaboradora	6	7	8	9	10
Nome	Hortência	Dália	Magnólia	Margarida	Rosa
Idade	50	55	56	33	50
Ocupação	Artesã	Do lar	Agente administrativa	Faxineira	Comerciante
Escolaridade	Ensino Médio	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Alfabetizada	Ensino Fundamental
Religião	Budista	Evangélica	Budista	Evangélica	Evangélica
Classe Social	B2	B1	B1	C	B2
Estado Civil	Viúva	Casada	Casada	Casada	Casada
Filhos	2H e 2M	2H	2M	3M	3M e 1H
Altura	1,65	1,60	1,61	1,50	1,57
IMC máximo	49,4	57	37,4	60,8	66,9
IMC atual	28,6	29,3	27,4	42,6	63,7
Psicoterapia no pré-operatório	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Data da cirurgia	30/08/2005	06/08/2003	25/04/2005	26/07/2006	13/07/2004
Tipo de Cirurgia	Capella	Capella	Fobi-Capella	Capella	Capella
Instituição	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada
Psicoterapia no pós-operatório	Não	Não	Sim	Não	Sim
Cirurgia Plástica	Não	Sim (pública)	Não	Não	Não

Quadro 2. Continuação do perfil das colaboradoras

Remetendo-nos ao quadro acima, podemos inferir que a idade das colaboradoras variou entre 31 e 56 anos, as profissões também foram variadas, o grau de escolaridade foi da alfabetização ao ensino superior completo e o nível socioeconômico classificado nas classes C a A1.

As religiões também foram variadas: quatro evangélicas, duas budistas, duas católicas, uma espírita e uma umbandista. Esta diversidade de religiões nos surpreendeu por não corresponder à distribuição de religião observada no Censo 2000, em que 73,89% da população era católica, 15,41% era evangélica, 1,33% era espírita, 0,23% era umbandista e 0,12 era budista.

Em relação ao número de filhos, apenas duas colaboradoras declararam não possuir filhos, e as demais possuíam de um a quatro filhos. Em relação ao estado civil, sete eram casadas, uma divorciada, uma viúva e uma solteira.

As colaboradoras realizaram a cirurgia bariátrica tanto em instituições públicas (quatro colaboradoras) como privadas (seis colaboradoras), do tipo Capella ou Fobi-Capella (oito colaboradoras) e Scopinaro (duas colaboradoras). Interessante observarmos que, após a cirurgia, apenas duas colaboradoras conseguiram atingir um IMC dentro dos padrões normais (entre 20 e 25 kg/m²), seis colaboradoras estavam com sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m²), e duas colaboradoras ainda se encontravam com obesidade grau III, acima dos 40 kg/m².

A colaboradora 9 que ainda era classificada como obesa grau III pode ter este fato justificado por ser a que tem menos tempo de cirurgia realizada, além de apresentar antes da cirurgia o segundo maior IMC dentre as colaboradoras.

Outra questão a ser observada é que as colaboradoras que apresentavam o menor IMC antes da cirurgia, apesar das co-morbidades associadas, realizaram a cirurgia em instituições privadas.

Em relação ao atendimento psicoterápico, observamos um comportamento coerente com a literatura, mais especificamente abordada no capítulo 5, que revela que a maioria dos candidatos à cirurgia realizou psicoterapia no pré-operatório, sendo no nosso caso apenas uma colaboradora que negou (destacamos também a instituição privada). Já no período pós-

operatório, a situação se inverte, a maioria não realiza psicoterapia, sendo no nosso caso apenas três colaboradoras admitindo o acompanhamento.

As cirurgias plásticas foram realizadas por apenas duas colaboradoras, sendo uma delas em instituição privada e outra em instituição pública.

CAPÍTULO 7

A TEMPORALIDADE DA VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Como ressaltamos no capítulo anterior, o método fenomenológico denota grande importância ao tratamento dos dados referentes às condições da vida cotidiana, procurando esclarecer o mundo do dia-a-dia. Além disso, ele analisa os dados da realidade, exaltando a intersubjetividade como núcleo orientador da ação. Assim, neste capítulo apresentaremos as descrições das colaboradoras e as analisaremos, seguindo os passos também já citados anteriormente, segundo um referencial psicanalítico.

Objetivando compreender que sentido e significado a mulher obesa atribui à sua vida afetivo-sexual no decorrer de sua existência, em especial com a nova imagem corporal proporcionada no período pós-operatório, elaboramos cinco categorias de análise, com suas respectivas subcategorias.

Para melhor compreensão da história de vida das colaboradoras desde sua infância até a época atual, optamos por apresentar as análises individualmente. As **categorias** emergentes dos discursos aparecerão em negrito, e as subcategorias aparecerão grifadas no decorrer do texto, para facilitarmos a identificação das mesmas. Algumas partes do relato das colaboradoras julgadas significativas foram destacadas em *itálico*.

Categoria 1: Nos horizontes da infância

Esta categoria aborda o modo como as colaboradoras vivenciaram seus conflitos infantis, suas relações familiares que predisuseram ao desenvolvimento da obesidade, além de abordar a violência sexual e o desenvolvimento de doenças nesse período. As subcategorias encontradas foram:

- O processo de construção do corpo obeso

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 3, 8.

- Abuso sexual

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 3, 9.

- A fragilidade do corpo físico

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 2, 4, 5.

Categoria 2: A temporalidade da adolescência

Esta categoria expõe o modo como as colaboradoras vivenciaram as transformações ocorridas na adolescência, contribuindo para o desenvolvimento da obesidade, além de expor sobre as vivências afetivo-sexuais com destaque para a iniciação da vida sexual. As subcategorias encontradas foram:

- O processo de construção do corpo obeso

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 2, 4.

- Vivências afetivo-sexuais

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Categoria 3: A temporalidade da vida adulta

Esta categoria diz respeito ao modo como as colaboradoras vivenciaram conflitos ocorridos nesse período que contribuíram para o desenvolvimento da obesidade, além do sofrimento vivenciado pela situação de obesa na sociedade pós-moderna e suas vivências religiosas. Nesta categoria abordamos também suas relações afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica. As subcategorias encontradas foram:

- O processo de construção do corpo obeso

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 5, 6, 7, 9, 10.

- Estigma da obesidade

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10.

- Religiosidade

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 2, 3, 8, 9.

- Relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Categoria 4: Vivência após a cirurgia bariátrica

Esta categoria aborda o modo como as colaboradoras estão vivenciando o emagrecimento e o surgimento de uma nova imagem corporal, se esta mudança está contribuindo para a simbolização das que se encontravam na condição de somatizadoras, desafetadas e para a passagem ao corpo simbolizado, erógeno. Também abordamos as vivências afetivo-sexuais, após a intervenção cirúrgica, e o emagrecimento. As subcategorias encontradas foram:

- Em busca do corpo erógeno

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos da colaboradora 2.

- Fixação no corpo não simbólico

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 3, 5, 6, 9.

- Relacionamentos afetivo-sexuais

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Categoria 5: Nos horizontes dos projetos de vida

Esta categoria expõe suas expectativas, desejos e motivações que constituem o projeto de vida das colaboradoras, após o emagrecimento, e a reinserção do corpo na sociedade. Expõe também o desejo de continuar o tratamento com a realização das cirurgias plásticas e a possibilidade da melhora na aparência física.

As Unidades de Significado referentes a esta categoria foram encontradas nos discursos das colaboradoras 1, 2, 4, 6, 9, 10.

Colaboradora 1

Entrevista realizada em 26/04/2007

Acácia tem 33 anos, é espírita kardecista e possui nível econômico familiar correspondente a B2. É graduada em Nutrição, mas atualmente trabalha como representante comercial. Começou a namorar seu marido com quinze anos, aos dezenove casaram e depois de sete anos de casados ele a traiu, eles se separaram e logo em seguida reataram. Estão juntos há quase vinte anos.

Relatou ter começado a engordar depois do nascimento de seu irmão, quando tinha dois anos, devido à inveja deste que comia bem e era elogiado pela mãe. Durante seu desenvolvimento, engordava e emagrecia, mas sempre foi considerada gordinha. Após a traição do marido, que coincidiu com a descoberta da infertilidade deste, engordou 40 kg e chegou ao peso máximo de 122 kg (IMC 50 kg/m²).

A traição sofrida que a desestruturou psicologicamente, contribuindo para atingir o grau de obesidade grau III, também contribuiu na busca pela cirurgia devido ao enorme desejo de vingar-se do marido, emagrecendo e tornando-se desejada por outros homens. Considerando a data da entrevista está operada há três anos e sete meses e atingiu o peso de 60 kg, o que corresponde a um IMC dentro dos padrões considerados normais.

Escolheu a cirurgia do tipo Capella, porque desejava um emagrecimento rápido, instantâneo, não aceitando assim a sugestão do médico em fazer a cirurgia de Scopinaro, pois acreditava que com este procedimento, no qual é possível ingerir uma quantidade maior de alimento, passaria de obesa grau III à gordinha.

No período pós-cirúrgico, com a perda de 65 kg, desenvolveu transtornos psiquiátricos, como depressão, anorexia, bulimia, que têm sido tratados pelo psiquiatra, além de ter adquirido a *Síndrome de Dumping*. Relata que só a depressão foi amenizada. Após o desenvolvimento desses transtornos, decidiu mudar de emprego, de professora de crianças

“carentes”, tornou-se representante comercial que cada dia está em um lugar e não tem a possibilidade de se vincular.

Relata que a relação com o marido está como antes, apesar de ele demonstrar mais ciúmes pelo fato de ela ter emagrecido e estar sendo desejada. Atualmente trai o marido com um homem mais novo que ela, e foi a partir desta nova experiência que descobriu o sexo, não admitindo ser este ato uma espécie de vingança à traição do marido.

Acácia foi apresentada à pesquisadora em uma reunião mensal em uma clínica especializada em gastroenterologia. A primeira entrevista agendada foi cancelada pela colaboradora, quando a pesquisadora ligou confirmando o horário. Ela havia esquecido e marcado outro compromisso. Assim, a entrevista foi realizada no dia seguinte em uma sala para atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora. Acácia chegou atrasada, porém, foi muito espontânea se expressando com naturalidade e demonstrando ter gostado de participar da pesquisa, além de trazer a sugestão de estudo com os maridos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

No que se refere **aos horizontes da infância**, Acácia relatou ter entrado em disputa com o irmão pela atenção da mãe, pois até seus dois anos de idade era a única filha, culminando assim para o processo de construção do corpo obeso:

[...] É eu era muito magrinha...e faziam promessa...um monte de coisa pra eu engordar....aí meu irmão nasceu e ele comia muito bem e *eu queria comer muito bem igual ele pra ficar bem em casa....*porque eu sou de família italiana e lá comer muito é lindo...então comeu tudo...ah [...]

A colaboradora parece ter sentido a chegada do irmão como um abandono por parte da mãe, a perda da figura materna que precisava ser reconquistada também por meio do alimento. Além disso, a mãe lhe foi tirada por um indivíduo detentor do falo, algo que lhe era

desejável. Percebemos que todo este contexto da rivalidade com o irmão coincidiu com a época do Complexo de Édipo.

De acordo com Freud (1931, 1933), o nascimento de um irmão pode contribuir para o desligamento da menina de sua mãe na fase pré-edipiana, o que poderá concorrer para a escolha de uma das três linhas de desenvolvimento da castração. No caso de nossa colaboradora, contribuiu para uma vivência fundamentada na rivalidade com os homens. O objetivo de sua vida parece ter se tornado conseguir um pênis, apesar de sua escolha de objeto heterossexual revelando que ela se voltou para outro homem.

E continuando com o relato, revela suas raízes culturais ao explicar o porquê sua família enaltecia o consumo de grandes quantidades de alimento:

[...] *a origem italiana é da família do meu pai* e então eu puxei pras minhas tias gordinhas...agora minha irmã e meu irmão...meu irmão é, mas ele trabalha muito com remédio...e ele consegue controlar mais que eu fazer dieta...e a genética eu puxei do meu pai...porque antes eu comia muito..muito mesmo...a gente sempre foi de comer porque isso era legal...bonitinho..*lá nunca foi nada de um...um chocolate...um copo de leite...nunca um sempre mais....tanto que eu não consigo lembrar de ter ficado com fome...isso nunca aconteceu [...]*

Dessa maneira é possível compreendermos que, na família de Acácia, o alimento era extremamente carregado de afeto. Assim, o processo de adicção de grandes quantidades de alimento culminando na obesidade funcionava como uma espécie de inserção na família, manutenção do afeto distribuído a quem comer mais, quanto mais comida, mais afeto. Infelizmente a colaboradora não conseguiu distinguir o limite como os irmãos conseguiram.

De acordo com André-Fustier e Aubertel (1998), a função do aparelho psíquico familiar, matriz de sentido às psiques dos indivíduos que nascem no seio de uma família, é articular o funcionamento do “estar junto familiar” com os funcionamentos psíquicos individuais de cada um dos membros desta família.

Na **temporalidade da adolescência**, conta que procurava compensar a falta da beleza, pois era considerada gordinha, por outros atributos como a simpatia, para atrair amizades e namorado:

[...] aí quando foi com quinze anos...não eu tinha dificuldade é lógico de arrumar namorado sempre fui *feinha*...a mais feia da turma então eu procurava ser sempre feinha mas a mais bacana [...]

De acordo com Del Priori (2000), desde o século XX, com o advento da burguesia o exagero no tamanho do corpo feminino é associado à feiúra. Ao nos situarmos na sociedade atual, Schilder (1980) comenta que a beleza e a feiúra são fenômenos sociais e culturais, sendo os responsáveis pela regulação das atividades sexuais e sociais nas relações humanas. Sendo assim, podemos compreender o esforço de Acácia para se inserir na sociedade, mesmo tendo o corpo obeso.

E foi nesse período da adolescência que Acácia comenta sobre suas vivências afetivo-sexuais ao falar sobre sua primeira relação sexual: “[...] com meu marido...só com ele eu comecei a namorar noivei e casei...ele foi meu primeiro homem até então [...]” Acácia conta que sua primeira experiência sexual não foi traumática, pois vivia num conto de fadas, sonhava em casar e ter uma “penca” de filhos. Revela, também, que era muito dependente do marido e da família, por se sentir insegura devido à forma física.

Com dezenove anos já na **temporalidade da vida adulta**, fala sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica. Disse que se casou com seu único namorado e depois de sete anos de casados sofreu uma traição. Este fato contribuiu para o desenvolvimento da obesidade grau III, levando-a a ter também depressão e buscar assim o tratamento cirúrgico:

[...] me casei com dezenove anos vivendo um *conto de fadas*...aí se passaram sete anos...*eu fui traída*...tive uma traição aí eu entrei...eu saí de órbita e

disparei a engordar, engordei quase 40 kg a mais do que eu já tinha e foi quando comecei a buscar...a redução do estômago como meta [...]

Além disso, referiu que a traição do marido coincidiu com a descoberta da infertilidade dele, o que lhe trouxe outra decepção:

[...] quando eu casei eu queria meu marido...uma *penca de filhos*...e só...e quando aconteceu a traição foi justamente quando ele descobriu a *infertilidade* dele...então eu não sei se foi pra uma auto-afirmação porque se sentiu menos homem eu não sei...bom foi nesta época que houve a traição e aí houve a separação combinamos de voltar...aí fiz terapia para tentar aceitá-lo de volta...aceitei de volta [...]

Este outro fato atrapalhou por completo seu conto de fadas ao revelar que seu príncipe encantado não era tão perfeito assim e que ele a impediria de seguir seu destino feminino de maternidade e de completude. Ela disse: “[...] quando ele me traiu eu fui buscar um pouco de realidade [...]”

Utilizando-nos dos escritos de Freud (1931, 1933) e Nasio (2007), tentaremos vislumbrar a estruturação edipiana de Acácia que acreditamos ser o ponto principal para a compreensão de seu funcionamento psíquico.

Até seus dois anos de idade, ela tinha todos os cuidados maternos para si, vivendo uma fase caracteristicamente pré-edipiana de ligação com a mãe. Pensando em um complexo iniciado precocemente, podemos pensar que nessa fase em que não dividia a mãe com nenhum irmão, ela já se acreditava detentora do falo, julgando-se onipotente e assemelhando-se ao menino.

Ao entrar em cena um irmão, com quem terá que dividir os cuidados maternos, entra no tempo de solidão especialmente ao descobrir que não tem o falo, quem tem é o recém-chegado, e por isso sua mãe se volta para ele. Ela descobre que os meninos são detentores de poder e do amor materno sofrendo por isso. Sozinha, sua única alternativa é abandonar a mãe

e invejar o menino. Ela volta-se então para o pai, grande detentor do falo, pedindo que lhe dê esta fonte de poder. Como ele se recusa, ela tenta sê-lo para ser a favorita do pai. A mãe já não é mais vista negativamente e assim consegue identificar-se com ela enquanto mulher desejada e modelo de feminilidade.

Acácia deseja ser possuída pelo pai que se recusa e é dessexualizado. Ela se torna mulher e se abre para outro homem, o marido na esperança de conseguir dele um falo. Nesta fase de feminilidade, ela descobre a vagina, o útero, o desejo de ter um filho, desejo este que lhe foi tirado pela infertilidade do marido e a fez retornar à busca incansável pelo falo. Ela nunca se esqueceu da alternativa pueril de ter um falo e volta a medir sua existência com a régua de um suposto falo masculino.

Com a traição, Acácia pode ter revivido todo o trauma gerado pela primeira sensação de abandono sentida quando seu irmão nasceu. A traição por parte do marido parece ter sido seu segundo abandono. Isso pode ser confirmado pelo seu relato, demonstrando a raiva sentida pela traição, além do fato de a pessoa com quem o marido traiu ser na época sua cunhada, que era magra. Com isso veio o desejo de vingança:

[...] eu me separei depois voltamos até que ele me reconquistou...mas nunca é a mesma coisa...*não volta nunca mais*...o que eu tenho na minha cabeça é que a maneira que eu tenho pra me *vingar* dele era::: fazendo ele sofrer da seguinte maneira...eu emagrecer...porque é um sofrimento pra ele [...]

Além disso, este desejo de vingança que, de certa forma, contribuiu para a busca pela cirurgia parece não ser apenas direcionada ao marido, mas à primeira pessoa que a fez se sentir traída, sua mãe. Pessoa esta que ela acreditava desejar que se alimentasse bem como o irmão e não fosse tão magrinha.

Ao comentar sobre a escolha do tipo de cirurgia, ela nos dá outro indício para pensarmos em qual significado atribui à magreza. Talvez “ser magrinha” remeta à época em

que ainda não existia o irmão e a mãe era toda dela, ou então uma vingança à mãe e ao marido:

[...] e quando eu optei pela redução...tinha várias...eu fiz minha escolha porque tem várias..tem a do balão..tem a do Scopinaro... e o Dr. M. chegou assim pra mim...vamos fazer a Scopinaro...você vai comer melhor...e eu falei pra ele...eu não estou... fazendo a redução do estômago...pra ser gordinha...e sim pra me tornar magra [...]

Seu corpo nesse momento precisava ser magro para lhe servir de propósito à vingança e para isso ela sabia que precisaria de um procedimento que a impedisse de continuar comendo grandes quantidades de alimento. Conforme já vimos no Capítulo 5, a cirurgia de tipo Capella proporciona um grande emagrecimento e não permite a ingestão de grandes quantidades de alimento, em especial de doces, ao incitar o surgimento da *Síndrome de Dumping*.

Ainda nos referindo à **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora comentou sobre o estigma da obesidade e seu sofrimento em viver num mundo em que a beleza física é valorizada em todos os sentidos:

[...] porque quando eu era gorda eu me sentia mal sempre...eu não podia sair porque não tinha roupa...éh::...uma roupa de moda nunca podia usar...então éh::...você não se enquadrava na sociedade...se ia no cinema...não cabia na cadeira...você vai comer num restaurante e todo mundo fica olhando..então quer dizer...eu me sentia mal...o tempo todo...eu perdi o emprego porque eu era gorda...eu passei na faculdade...passei por um concurso que tinha duzentas candidatas e eu fui selecionada...mas não consegui o emprego porque eu *não me enquadrava no perfil da empresa*...é muito ruim ser gorda...mas eu tinha competência porque eu tinha passado por tudo aquilo...gorda ou magra eu tinha competência...então...hoje em dia infelizmente...não se olha mais por competência e sim um rosto bonito...um corpo bonito [...]

Segundo Khel (2004b, p. 148), “O que garante o ser, para um sujeito, é sua visibilidade para outro sujeito”. Corroborando com esta idéia, Costa (2005, p. 198) acrescenta que nesta condição de existência pelo olhar do outro, “[...] o corpo se tornou a vitrine compulsória de nossos vícios e virtudes, permanentemente devassada pelo olhar do outro anônimo.” Dessa maneira, a única forma de passarmos despercebidos pelo olhar inquisidor da sociedade do culto ao corpo é ser como todo mundo e entrar na onda do corpo magro. Neste caso os que não aceitam as regras do jogo são vistos como aqueles que se entregam à autodestruição física e moral.

Ao falar sobre sua **vivência após a cirurgia bariátrica**, Acácia revela seu relacionamento afetivo-sexual após o sucesso de seu emagrecimento, demonstrando incomodar-se com a situação:

[...] ele sempre foi assim...ligado...porém...não muito observador....nunca me observou muito...nunca teve uma atitude...*nunca teve ciúmes*...hoje em dia é mais complicado...hoje em dia ele tem ciúmes mas não me impede...por exemplo ele não me impede de ver tal pessoa porque ele sabe... porque a partir do momento que ele me impedir..eu saio da vida dele [...]

Com o emagrecimento proporcionado pela intervenção cirúrgica, ela se tornou livre e com posse de seu corpo para veiculá-lo como quiser, antes com um corpo obeso não possuía qualquer independência, nem física, pois dependia dos outros para realizar algumas atividades cotidianas, nem emocional, pois achava que a qualquer momento seria abandonada por não ser uma pessoa interessante aos olhos da sociedade, sua auto-estima era baixíssima, assim estava sempre grudada a alguém com medo de perder.

Ainda falando sobre a **vivência após a cirurgia bariátrica**, ela demonstra sua opinião em relação à separação entre amor e sexo:

[...] eu tenho uma coisa muito diferente das pessoas...de que amor e sexo são duas coisas que caminham juntas...pra mim amor é uma coisa...sexo é outra coisa...*quando você consegue juntar as duas coisas eu já me sinto*

desconfortável...porque é como se você criasse uma dependência...e eu prefiro que não seja assim...eu prefiro sexo sexo...amor e amor ...eu consigo separar as coisas...eu me sinto mais confortável assim...pra não criar uma dependência...não sei...estranho né? [...]

Em nossa sociedade, é comum as pessoas separarem o amor e o sexo, porém, ao nos referirmos à teoria psicanalítica das pulsões, podemos associar as pulsões de autoconservação ao amor, e o sexo às pulsões sexuais. De acordo com Freud (1905), essas pulsões aparecem inicialmente, ou seja, no momento da amamentação em uma ligação de apoio e, depois desse período de amamentação, elas vão se distanciando e buscando um rumo próprio. Podemos então ter indícios de que a colaboradora teve problemas nesse momento de amamentação, fazendo com que se sentisse incomodada com esta ligação entre as pulsões, pois causa sensação de dependência, optando pelo período em que elas estão separadas, período em que já ocorreu o desmame.

Não podemos deixar de pensar que a cirurgia, a retirada da carapaça de gordura não foi suficiente para fazê-la refletir e elaborar as situações enfrentadas no período da infância, fazendo assim com que ocorresse a fixação no corpo não simbólico. Gurfinkel (1997) nos diz que a sexualidade pode retornar ao universo somático através de um processo regressivo, transformando o desejo em necessidade. A partir deste mecanismo, podemos pensar o surgimento dos vícios, das compulsões, do “não viver sem” aquele determinado objeto de satisfação. E, como não poderia mais buscar o alimento ou a mãe como na infância, tentou buscar pessoas que a fizessem lembrar deste sentimento como no caso o amante.

Ao falar de sua traição, Acácia demonstra a importância do contato físico, apesar de ainda não se propor a elaborar esta diferença na relação amorosa com o marido e com o amante, indicando sua dificuldade em simbolizar, pensar sobre a situação:

[...] e aí quando eu tô com essa pessoa que eu vi que o sexo é indiferente de como você é...de como você esteje e isto não existe...é uma coisa assim

engraçada e quando me falava dessa coisa de pele eu falava que isto não existe...e existe sim... porque *naquele momento você::: não vê corpo...você não vê nada...* aí que eu me descobri...e eu me descobri com esta pessoa...eu não consigo...não consigo a plena satisfação do sexo com o meu marido como eu consigo com esta pessoa...não sei qual motivo e também nem quero descobrir [...]

A colaboradora parece ter se ligado a esta pessoa por tê-la feito lembrar da infância, no momento como diz McDougall (1996, 1997) em que existia *um corpo para dois*. Ela tem prazer quando não tem corpo próprio, quando está unida a outro, quando se encontra em situação semelhante à fase da não-diferenciação do “eu” e do “não eu”.

Em outro momento, Acácia parece se contradizer ao revelar que não traiu como vingança e mais uma vez revela sua dificuldade de elaboração psíquica, agindo de forma semelhante como agia com a comida, ingerindo sem qualquer reflexão sobre o ato:

[...] mas quando eu fiquei com esta outra pessoa não foi na intenção de uma traição... foi um movimento que quando você acorda fala meu Deus que foi que eu fiz...aí já foi..aí eu achei que fosse ser uma vez só mas não foi...e a gente criou um vínculo... que isto não me afeta em nada...não sei qual seria a reação do meu marido se descobrisse...eh:: até então eu achava que era uma coisa assim...que isso fosse como uma vingança mas não é...*é como se fosse um complemento...*tanto que:::...só tenho esta pessoa [...]

Podemos pensar que o amante seria um complemento, seria o portador do pênis que lhe supre a falta do órgão. Como diz Nasio (2007), uma menina busca um falo e uma mulher busca um pênis. Assim, podemos pensar que com este homem que não lhe despertou qualquer resquício de rivalidade infantil e, ao contrário de outras figuras importantes de sua vida, não pensa em abandoná-la, ela pode ser mulher, exercer sua feminilidade e querer um pênis, diferente como é com o marido que tenta arrancar-lhe o falo, o poder masculino. Ele parece ser sentido como alguém que a valoriza e não a despreza por despossuir o falo.

A colaboradora indica que ainda há resquícios da traição sofrida pelo marido ao afirmar que já se vingou em relação à magreza, pois as pessoas a vêem na rua e dizem para ele se cuidar porque quem pode perder é ele. E nessa disputa acirrada, seu marido está cada vez mais dependente, além de ingerir grandes quantidades de alimento, levando-a a se transformar em obeso. Ela acredita que ainda há uma dívida a ser paga, a vingança não foi completa:

[...] e eu continuo com ele...porque *ele tem uma dívida comigo*...e ele vai ter que me pagar..e ele vai me pagar...ele pretende pagar minhas cirurgias da plástica...eu acho que ele me deve e ele tem que me pagar [...]

Mais uma vez a colaboradora revela sua falta de simbolização ao partir para o concreto. Ela não conseguiu elaborar que a dívida é simbólica, ele lhe deve um filho, a possibilidade de completude que lhe tirou. Além disso, de não ter lhe dado um filho, ele a trocou, como sua mãe na infância, por alguém que ela julgava ter mais atributos desejantes. Ele a trocou pela cunhada magra, que tinha um padrão de beleza feminina mais aceito pela sociedade.

Com o emagrecimento, vêm também a revelação dos traços femininos escondidos pela camada de gordura, o despertar o desejo alheio e as dificuldades de lidar com a sexualidade:

[...] não tenho medo de nada...*me irrita muito com cantadas*...me irrita um pouco com isso...essa vulgaridade...e é por isso que eu consigo separar muito bem isso de amor e sexo...porque hoje em dia as coisas tão muito banalizadas...não aquela coisa de conversar bater papo e depois partir pra isso...hoje em dia não tem mais isso...hoje em dia você acordou já tá lá...é diferente...então eu acho que hoje em dia *o mais difícil é isso*...*eu me habituar ao assédio*...é muito complicado...então se você não tiver::...uma estrutura...você acaba caindo na gandaia mesmo...eh:: entrando num caminho não muito bom [...]

Ao emergir da camada de gordura com um corpo mais próximo dos padrões de um corpo desejado pela sociedade, ela se incomoda talvez porque ainda não se reconheça como

um corpo feminino, já que está sempre em busca do falo, de algo que lhe preencha o vazio deixado pela falta de um bebê. Recordando Nasio (2007), o processo para tornar-se mulher exige a dessexualização do pai e o desejo de um pênis de outro homem, não aceitando a rivalidade viril na busca enlouquecida pelo falo.

A colaboradora comentou também sobre a opinião de sua mãe em relação à realização da cirurgia devido a sua mudança de comportamento:

[...] até se você conversar com minha mãe ela vai falar mil coisas que é um horror...que *é uma redução de cérebro*...que ela não aconselha ninguém fazer..porque a mudança é muito grande...e se eu usar minha mãe como parâmetro...eu falo assim...meu Deus no que foi que eu me transformei...no que eu me transformei pra falar tanto assim...*me transformei num monstro*...e se chega alguém pedindo dica pra ela...você opera ou não opera...ela pelo amor de Deus não opera porque a pessoa passa mal...porque eu passo mal..todo mundo passa mal [...]

Assim, Acácia revela que, apesar da cirurgia ter-lhe trazido benefícios, também ocorreu o desenvolvimento de depressão e transtornos alimentares outro fator de contribuição à fixação no corpo não simbólico:

[...] tem duas etapas o emagrecimento e você fica naquela euforia e aí você emagreceu e de repente quando *você emagreceu você se olha no espelho e se vê assim um monstro porque você murcha...parece uma bexiga*...aí fui caindo...tive depressão... tive bulimia... anorexia [...]

A colaboradora nos traz seu sofrimento em relação às mudanças de sua imagem corporal proporcionadas pela cirurgia. Costa (2005) nos diz que a literatura psicanalítica sobre a representação do corpo refere-se ao uso da representação do corpo como imagem e como esquema. A representação do corpo usada para medir nossas próprias percepções e ações refere-se ao esquema do corpo. Quando a representação do corpo é usada para registrar o impacto de nosso próprio comportamento sobre outras pessoas, referimos à imagem do corpo.

Dessa forma, podemos entender a gênese das distorções da imagem corporal que parece ser um dos fatores principais do desencadear dos transtornos vivenciados por nossa colaboradora, após a intervenção cirúrgica.

Falamos de “distorção da imagem corporal” sempre que o ímpeto de afetar a intencionalidade do outro compromete a responsividade do corpo ou a intenção de adaptação imediata ao ambiente. O desejo de usar a representação do corpo como imagem pode se opor à tendência do corpo físico em manter o equilíbrio e a presteza para agir, provocando uma fratura na experiência da identidade do eu (COSTA, 2005, p. 71).

Além da questão da representação corporal, Acácia comenta que o relacionamento com as pessoas e consigo mesma mudou, sendo mais um fator de contribuição para o surgimento dos transtornos alimentares:

[...] antes eu vivia pras pessoas...e antes assim a minha família...eu era aquele tipo de pessoa que ajudava a todos...eu tentava cuidar da vida dos outros...eu tentava ajudar da melhor maneira possível...aí eu fui vendo que eu me preocupava mais com as pessoas do que elas comigo...e então *eu nunca precisava de nada*...porque se eu conseguia resolver a vida das pessoas eu conseguia resolver a minha...e não... eu também tenho meus problemas...eu também tenho as minhas dúvidas...eu também choro...também sofro...e aí...não sei...foi quando deu a anorexia a bulimia e eu fiquei muito mal [...]

É possível percebermos que, antes da cirurgia, ela vivia em uma relação de dependência com as pessoas, lembrando seu primeiro momento de ligação com a mãe. De acordo com McDougall (1996), podemos pensar que a cirurgia a impossibilitou de continuar com o comportamento adictivo alimentar, tornando possível o aparecimento das disfunções afetivas, o que pode tê-la feito lançar mão de outros sintomas, desenvolver outras afecções para camuflar mais uma vez os afetos.

Além disso, ela revela gostar de ter estes transtornos apesar de afirmar tratar-se com psiquiatra e não forçar o vômito, utilizar laxante ou coisa parecida. Para ela, estes sintomas

funcionam como a solução para continuar mantendo a vida. Desejo este de viver que foi questionado pelo médico ao revelar à sua família sobre seus transtornos alimentares:

[...] Eu não percebi que tinha...eu percebia que eu enrolava e não comia...e o que eu comi eu vomitava....aí um dia eu comecei a ficar fraca e fui no Dr. X. que ele ia me internar e queria chamar minha família...e ele falou pra eles que eu tava com bulimia e anorexia e que era impossível não perceber isso eh::...“ela vai morrer”....aí meu marido falou...“é ela vomita mesmo”...mas até aí eu achava que tava tudo bem, minha mãe me via mal, mas não achava que tava tudo sério...aí o médico deu a opção eu vou interná-la ou a partir de hoje *ela vai ter que ser tratada como uma criança* ela vai ter que ser vigiada, ela não pode ficar sozinha...aí eu comecei naquilo...eu comi e sentava...eu só comia quando me dava tremedeira e minha refeição era coca-cola e bolacha de chocolate...e fui descobrir que comida de anorexia e bulimia é isso mesmo...*aí eu tive que começar igual um bebê mesmo* comendo a cada refeição e deitando porque se eu não deitasse...bobeava...era automático [...]

Com isso, podemos pensar que ela conseguiu exatamente o que queria a atenção e o cuidado da mãe e do marido, todos voltados essencialmente para ela, tornar-se criança novamente e ter aquela sensação de aconchego do início da vida.

De acordo com McDougall (1996), as doenças psicossomáticas, assim como o comportamento adictivo, que é o caso dos obesos, podem representar uma luta pela sobrevivência psíquica ao camuflar as disfunções afetivas, ou a verdadeira razão de seu sofrimento.

Devido ao tipo de cirurgia escolhida, a de Fobi-Capella, Acácia acabou desenvolvendo *Síndrome de Dumping*, citando-o como se fosse mais um recurso criado por ela para manter o emagrecimento:

[...] eu sei que não vou engordar muito e meu médico fala...você nunca vai chegar a pesar os 122 quilos a não ser que você tome leite condensado na latinha mas eu tenho dumping... eu faço dumping então eu nunca vou tomar ...mas não na minha cabeça...na verdade eu tinha que pesar 55 quilos, mas

ele disse que me interna e então como eu tenho pânico de hospital nós entramos num consenso que 57... 60 quilos tava bom [...]

Outro recurso utilizado pela colaboradora para evitar o pensar sobre seus relacionamentos afetivos infantis foi a mudança de emprego, logo após o desenvolvimento dos transtornos citados acima. Saiu do emprego que a fazia lembrar de sua situação de dependência/carência para um emprego em que não permite a ela se envolver e se vincular, ficar sempre em contato com as mesmas pessoas:

[...] eu trabalhava com crianças...carentes...os ditos marginais:...*então eu tinha um envolvimento...eu sofria com isso também...e neste estado eu já estava de licença...aí eu tava com uma crise de anorexia e bulimia...e não tinha força pra levantar e trabalhar...aí não... não dá eu vou mudar..eu vou curar e acabou...eu saí do emprego...cheguei...voltei de licença e falei eu não vou trabalhar mais nisso...tô indo embora...pedi a conta e ...arrumei outro emprego totalmente diferente...hoje eu viajo [...]*

Podemos perceber que a realização da cirurgia lhe proporcionou algumas mudanças em sua vida, permitindo ter uma personalidade que se aproximasse mais da masculinidade, devido à sua aquisição de uma independência física e emocional em relação aos outros, além de uma racionalidade manifesta. De acordo com Nasio (2007, p. 99), no complexo de masculinidade, “a mulher substitui a crença de ser castrada e inferior pela crença oposta e igualmente infundada, ser munida do falo, em vez de se julgar castrada, julga-se onipotente;” Dessa maneira, ela pode continuar em sua constante competitividade com os homens de sua vida.

Em relação aos **horizontes dos projetos de vida**, comenta que apesar do desejo de realizar as plásticas, tem um medo mórbido da cirurgia:

[...] e eu tenho medo de fazer as plásticas também porque ainda não encontrei um médico confiável....as pessoas que eu vi que *fizeram a única*

*coisa que tira é o excesso de pele...nos braços vai ficar uma cicatriz linda aqui...na barriga não vou mais poder pôr biquíni..porque é uma cicatriz aqui outra aqui...a mama...a perna...então eu fico pensando...é um custo muito alto.....e antes eu tinha muito trauma por eu ter isso..mas hoje depois de encontrar esta pessoa isso não me faz mais tão mal...talvez hoje eu faria perna e barriga não mexeria no braço...não sei *antigamente eu achava que eu tinha que ser uma Barbie perfeita...*hoje em dia não...na maneira que tô eu acho que ta bom....é que eu não me sinto preparada pra fazer.... se der pra fazer tudo bem senão...*o que eu mais queria eu já consegui [...]**

Ao longo de seu discurso, foi possível perceber que Acácia utilizava seu corpo em prol da competição com as figuras masculinas. Num primeiro momento, quando percebe o amor da mãe pelo irmão por este se alimentar bem, além do fato de isto ser positivo na sua família de origens italianas, decide entrar em disputa com ele e comer tão bem quanto. Infelizmente não conseguiu se colocar limites nesta disputa.

Num outro momento, para competir com o marido que a traiu, este corpo não poderia mais ser obeso, ele tinha que ser magro e desejável, de acordo com os padrões impostos pela sociedade. Assim, decide fazer a cirurgia, obtendo sucesso e conseguindo competir com o marido ao arrumar um amante. Ela parece ter pensado assim: já que ele pode “comer” eu ficarei magra para “comer” também. Tendo o comer neste momento um sentido diferente do atribuído à relação com o irmão.

Além desses dois momentos apresentados, também podemos destacar de seu discurso outras passagens referentes à sua necessidade de competição e vitória nestas disputas. Uma delas é quando se referiu ao preconceito sofrido por ser obesa, apesar de ter passado em primeiro lugar num concurso com diversos concorrentes. Outra passagem é quando refere que de várias pessoas que realizam esta cirurgia, ela obteve muito sucesso, conseguiu emagrecer além do esperado, o que a maioria não consegue.

Colaboradora 2

Entrevista realizada em 26 de abril de 2007

Camélia tem 31 anos, é umbandista, mas já foi católica e espírita e tem nível econômico familiar A1. É graduada em Arquitetura e trabalha também como representante comercial, mas está à procura de um trabalho estável.

Começou a namorar aos quatorze anos, porém teve seu primeiro relacionamento sexual aos 18 anos. Ao todo teve quatro namorados e ficou noiva de dois, que a traíram. Casou-se com o quarto namorado, com quem não noivou, ficando com este por um ano e meio. Está separada há dois anos e meio. Eles tiveram um filho. O menino tem três anos e mora com ela e os avós em uma casa que comentou ser muito espaçosa para apenas quatro pessoas.

Referiu ter começado a engordar na adolescência, com o advento da menstruação e tornar-se obesa, durante o casamento, devido aos problemas relacionais que teve com o marido e que contribuíram para o desenvolvimento da depressão, da compulsão alimentar e da síndrome do pânico, fazendo com que chegasse ao peso máximo de 130 kg (IMC 44,5 kg/m²).

Considerando a data da entrevista, está operada há um ano e cinco meses com o procedimento de Scopinaro, o que lhe proporcionou uma qualidade de vida com certas preocupações higiênicas e de convívio em sociedade. A colaboradora conseguiu atingir o peso de 83 kg (IMC 28 kg/m²), apesar da manutenção do Transtorno do Comer Compulsivo que tem sido tratado com o auxílio do psiquiatra. Relata ainda que adquiriu a *Síndrome de Dumping*.

Após a cirurgia, que acabou coincidindo também com outras situações difíceis referentes ao ex-marido, como o desenrolar da separação judicial, relatou não ter uma vida sexual ativa por não se sentir preparada, mas apesar disso mantém a vaidade e a preocupação com a boa imagem.

Camélia foi apresentada à pesquisadora em uma reunião mensal em uma clínica especializada em gastroenterologia. Quando contatada, sugeriu que a entrevista fosse realizada em um bar de sua propriedade que, no momento, estava abandonado e colocado à venda. Comentou que o ambiente era bem tranquilo, e, portanto, seria possível a realização da entrevista lá. Ao longo desta foi possível perceber que a escolha da colaboradora não se justificava apenas pela tranquilidade do local, mas também porque nele vivenciou momentos dramáticos de sua vida.

A colaboradora preferiu marcar a entrevista logo após o almoço, porém, quando a pesquisadora chegou ao local, ela estava almoçando um salgado e tomando *coca-cola light*, revelando logo de início um de seus vícios, ser “cocólatra”, como ela mesma se intitulou. Mostrou-se bem à vontade na entrevista, revelando ser uma pessoa muito culta e emocionalmente inteligente. Ficou preocupada em não ajudar muito com seu relato, pois julgava não ter uma vida sexual ativa após a cirurgia.

No que se refere aos **horizontes da infância**, a colaboradora revela ter sentido a fragilidade do corpo físico através de problemas como desidratação e desnutrição:

[...] o que meus pais contam...é que quando eu dei entrada no hospital com nove meses...o médico mandou pro quarto e baixou...passou lá na portaria pra dar o horário do óbito...e foi embora pra casa dele...o pediatra da minha época...e eu tive parada respiratória...eu fiquei minutos desacordada...éh:...fiquei um tempo sem bater o coração...fiquei inteira roxa...fiquei inteira preta...éh:...*cheguei a ter momentos de óbito realmente*...sabe...e quem me salvou foi meu pai...minha mãe...*meus pais me salvaram*...fiquei em UTI 15 dias...saí...voltei...fiquei mais 45 dias...então...foi um período assim [...]

Em relação a este problema, Camélia revelou que pode ter sido causado pelo fato de não ter recebido cuidados maternos até esse período, pois era cuidada por babás. Contou no

decorrer da entrevista que sua mãe a pegou no colo com três meses de idade, antes disso quem mantinha os cuidados era seu pai. Disse também não se lembrar dos fatos da infância, porque era muito pequena, mas sabe que suas percepções desse momento podem ter ficado armazenadas em seu aparelho psíquico e terem ligação com questões da fase adulta.

De acordo com McDougall (1996), o corpo é dotado de uma memória tenaz e, portanto, os elementos conflitivos ocorridos no momento pré-verbal e pré-simbólico podem ficar ligados para a vida toda, revelando a razão de certas escolhas somáticas em período posterior.

A referida autora ainda nos revela que a figura materna que consegue cumprir de forma apropriada a função de pára-excitação, inserindo os sinais pré-verbais emitidos por seu bebê num código lingüístico contribui para o desenvolvimento corporal de seu bebê, permitindo a passagem do corpo anatômico, ou biológico, ao corpo simbólico, ou erógeno. No caso de nossa colaboradora, a única via conhecida de formação de sintomas foi a via biológica, porque sua mãe não conseguiu introduzir-lhe o elemento simbólico.

Na **temporalidade da adolescência**, passou por diversas mudanças em sua vida que a fizeram entrar no processo de construção do corpo obeso:

[...] aí com quatorze anos...*na minha primeira menstruação...eu comecei engordar...foi quando eu comecei fazer tratamentos de emagrecimento com o Dr. X...eh:...endocrinologista...e ele é meu médico até hoje...vão-se dezesseis...dezessete anos de acompanhamento com endocrinologista...e eu tive a...bom...com quatorze anos...eu tive meu primeiro namorado com quatorze anos...só que com:...indo pros quatorze anos...minha vida mudou muito...mudou muito...porque a gente começou mudar muito de cidade...éh:...eu morei em treze cidades diferentes em quatro Estados do Brasil...devido ao trabalho da minha mãe e do meu pai...minha mãe é funcionária pública...minha mãe é delegada de polícia...então ela não muda...ela não pode sair do Estado...então ela mudava dentro do Estado...e meu pai mudava fora do Estado...então ficava aquela...eu começava um ano*

numa escola...no meio do ano tava em outra...no fim do ano numa outra escola...e foi assim [...]

É possível observarmos que, na adolescência, período considerado de intensas mudanças ao indivíduo, ocorreram outras em sua vida que ajudaram a desestabilizar seu desenvolvimento. Surgiu a menstruação, a transformação biológica da menina à mulher, contribuindo para o aumento do peso, começaram as mudanças de cidade e Estado, dificultando o vínculo com amigos de escola, além do surgimento do primeiro namorado.

Com o surgimento da menstruação, também surgiu a possibilidade do exercício do papel feminino e a resolução do Complexo de Édipo que pode ser concretizada pela transferência da busca pelo falo à busca por um bebê. Levisky (1995, p. 31) nos diz que “[...] a menstruação representa para muitas jovens algo perigoso, angustiante, desagradável e até mesmo sujo [...]”, tudo vai depender de como essas mulheres vivenciaram sua infância até o desenvolvimento da identidade feminina.

Ainda nos referindo à **temporalidade da adolescência**, mas na passagem para a fase adulta, Camélia fala sobre suas vivências afetivo-sexuais, ao comentar sobre sua primeira relação sexual:

[...] tive meu primeiro namorado com quatorze anos quando eu morei em Y... éh:: não foi::...minha primeira relação sexual...*minha primeira relação sexual foi com dezoito anos...éh::...nesse meio tempo...dos quatorze aos dezoito...eu ficava assim...engorda...emagrece...engorda...emagrece...mas nunca tinha atingido um peso que eu fui atingir...que foi os 130 quilos...eu chegava no máximo à 78...79 quilos...éh::...nunca consegui me admitir como uma pessoa grande...eu achava que era um defeito...né...porque eu não convivia com pessoas da minha complexão óssea [...]*

O início da vida sexual é associado às mudanças corporais ocasionadas pelo “efeito sanfona” que destacavam sua complexão óssea, dificultando em criar uma auto-imagem

favorável. Conforme revela Cordás e Franques (2006), as sucessivas mudanças de peso ao longo da vida podem contribuir para uma auto-imagem negativa.

E, de acordo com Benedetti (2003), a imagem corporal é resultado da relação do indivíduo com o contexto social e de seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Com isso, a auto-imagem do indivíduo pode ser tanto influenciada pelo social como pode influenciar sua expressão neste contexto.

Levisky (1995) nos diz que as transformações físicas vivenciadas pelo adolescente diferem das transformações da imagem corporal e, portanto, esta última pode não refletir de modo especular a imagem real. Assim há um embate entre a imagem corporal idealizada e a imagem corporal vivida, sentida, permitindo que o adolescente reaja com ansiedade e frustração frente à imagem idealizada.

Camélia revela também que, na passagem da **temporalidade da adolescência** para a **temporalidade da vida adulta**, começou a descobrir sua feminilidade:

[...] com 18 anos eu tirava racha de carro...eu fui colocar uma saia com 20 anos...mais ou menos...*eu era uma menina-moleque*...muito moleque...e não senti falta nenhuma de ser diferente porque *eu não tenho nenhuma carência de infância*...eu explorei todas as possibilidades ao máximo...tudo o que alguém podia explorar da adolescência...ah:...nunca usei drogas...bebi...mas não bebo já tem quase oito anos...eu tomei um porre muito lascado em Y...depois disso não bebi mais...eu botei em risco a minha vida...não a vida dos outros [...]

Na tentativa de desvelar sua estruturação edipiana, podemos notar que sua fase pré-edipiana ficou comprometida devido à falta de cuidados maternos em seus primeiros meses de vida. Percebemos assim, então, que sua primeira fase do Complexo de Édipo, a fase pré-edipiana de ligação com a mãe e desejo pela mesma como objeto sexual, pode ter sido abalada. Dessa maneira, ela parece ter ficado refém da mãe, pois a falta do afeto materno trouxe perturbações em seu desenvolvimento psicosssexual.

Como nos diz Freud (1933), após esse período pré-edipiano e o abandono da mãe que pode ser causado por vários motivos, como, por exemplo, a descoberta de que ela não possui o falo, ela voltou-se para o pai almejando conseguir o pênis recusado por sua mãe, o que a prepara para a feminilidade que só se estabelecerá de fato se o desejo pelo pênis for substituído pelo desejo de um bebê.

Ainda nos referindo à **temporalidade da vida adulta**, Camélia fala sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica:

[...] dos quatro namorados...três eu tive relações sexuais...uhm:...ah:..gosto muito...não vou dizer que sou santa...longe de ser santa...mas *eu gosto de regularidade com o parceiro*...eu não consigo ter esta desenvoltura que as meninas têm atualmente de conhece...beija e vai...né...num faz parte de mim...*tenho que estar envolvida na relação pra que aconteça alguma coisa*
[...]

Ela acredita no amor romântico, aquele que gera vínculos, ao contrário dos relacionamentos da modernidade. Podemos pensar, também, que o sofrimento sentido pelo abandono da mãe, nos primeiros meses de vida, fez com que precisasse adquirir confiança antes de se entregar a alguém. Como nos diz Nasio (2007), a mulher passa por uma angústia semelhante à angústia de castração, o medo de ser abandonada pelo homem amado.

O desejo de ser amada e protegida é tão poderoso no inconsciente feminino que a jovem mulher, não obstante solidamente envolvida em sua relação, tem sempre medo de ser privada do amor de seu companheiro. Ao menor conflito, lança suspeitas sobre seu parceiro querer deixá-la. Crianinha, já fora enganada pela mãe, agora adulta desconfia dos homens. Teme perder a coisa que preza acima de tudo: o amor, a alegria de ser amada e sentir-se protegida (NASIO, 2007, p. 99).

Ao continuar falando dos namorados, resume seus relacionamentos afetivos em quatro namoros, tendo o segundo e o terceiro evoluído para noivado com término ocasionado por traição, aceitando casar-se com o último namorado com quem ficou pouco tempo junto, se compararmos aos outros, e não noivou. Ressalta ainda que o segundo namorado, que era mineiro, marcou afetivamente e o terceiro, que era paulistano, marcou sexualmente.

Quando Camélia conta sobre seu ex-namorado mineiro que, segundo ela até hoje mexe com seus sentimentos, ela revela sua valorização da fidelidade na relação não aceitando dividir seu objeto de afeto com mais ninguém, pior ainda se forem com mais três mulheres. O ex-namorado paulistano também a traiu, mas com a ex-namorada, quarenta dias antes do casamento.

Ao pensarmos em sua sexualidade de acordo com o explicitado por Freud (1933) que ela poderia estar em busca de um falo que a completasse, notamos que ela ainda não havia resolvido o Complexo de Édipo, se abrindo para o homem amado, descobrindo a vagina, o útero e o desejo de ter um filho de seu companheiro, justamente pela falta de relacionamentos que a preenchesse simbolicamente.

Namorou seu ex-marido por quase um ano e decidiram casar e morar no interior do Estado de São Paulo, apesar da família dele ser da capital. Devido a isso somos levados a pensar que sua escolha refletiu sua constituição psíquica voltada à adicção, ao ato sem a mediação do pensamento. Este ato culminou entre outras coisas na culpa por não ter conseguido perceber a “arapuca” em que se meteu, por não ter conseguido prever que sofreria tanto, o que poderia tê-la ajudado a não ficar traumatizada.

[...] no dia do casamento...na noite do casamento...se me fala em casamento hoje eu até embolo...eu não penso em casar...casamento me dá até arrepio...frio na espinha...casar não...casei só no civil...ele é judeu...né...antes do casamento eu não era umbandista...eu virei umbandista depois...eu sempre andei entre a católica e a espírita kardecista...eh:...a gente casou só no civil por esta diferença religiosa e que depois do casamento pesou muito...a diferença religiosa...ah:...pesou demais porque ele me privou de...Páscoa...de reunião de família...de toda e qualquer coisa que você está acostumado...*ele me tirou tudo*...me privou realmente [...]

As brigas referentes às diferenças religiosas contribuíram para que Camélia também repensasse sua escolha religiosa e optasse por outra. Comentou também que a família do ex-

marido não aceitava que ela não fosse judia como eles. Ela foi a primeira não judia a entrar na família dele.

Apesar das diferenças religiosas, não acredita que isso tenha sido o principal motivo do término de seu casamento, mas a falta de respeito. Além disso, acredita ter servido de “rota de fuga” ao ex-marido que havia se envolvido em transações ilegais na capital do Estado.

Ainda nos referindo à **temporalidade da vida adulta**, percebemos que esta questão da religiosidade já está presente na vida de Camélia muito antes de seu casamento. Contou que foi por meio de sua mediunidade que descobriu a traição do ex-noivo paulistano:

[...] não me pergunta como eu descubro...mas eu descubro...*eu tenho um lado sensitivo muito apurado*...às vezes demora...mas sempre tem alguém falando aqui oh:...e quando eu escuto alguém falando aqui oh:...eu vou atrás...sabe...porque quando fala aqui...não é mentira...eu sou médium...não sei como a psicologia encara isso...mas eu sou médium sensitiva...já conversei com gente que não está aqui...já passei por coisas assim...que não são normais...ou recorrentes na vida de pessoa de formação católica...eh:...sei lá...fui desenvolver...não só por:...ter afinidades...mas por necessidade...*de repente me vi em situações...que eu precisava desenvolver a mediunidade realmente*...trabalhar isso...hoje eu sou médium de corrente...na corrente de umbanda...umbanda branca...não trabalha com esquerda...não acende vela colorida...não fuma...não bebe...a gente tem uma doutrina muito boa...por isso que eu gosto...não que eu acho que a outra seja errada...mas não é uma coisa que me agrada...cada um faz aquilo que acha certo [...]

Como nos lembra Costa (2005), apesar de todos os avanços tecnológicos, do apego ao científico e da individualidade contemporânea, em nossa cultura narcisista o sentimento religioso continua vivo. Percebemos que, para Camélia, a religião tem uma importância muito grande, faz parte de sua vida, de sua identidade.

Com todo o ocorrido no casamento na **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora acabou revelando o surgimento da depressão:

[...] e de repente me vi...casada...infeliz da vida...numa tristeza assim de dar dó mesmo...você não me reconheceria...*me transformei...fisicamente...mentalmente...acordava chorando...dormia chorando...pensando que é que eu fiz da minha vida...o que era pra ser uma coisa boa...o que era pra ser uma coisa com continuidade...nunca pensei em me separar...mas teve uma hora que...não teve jeito...eu não falava...eu não dirigia...eu me sentia o pior dos seres humanos...porque eu estava pesando 130 quilos...eu não tinha espelho de corpo inteiro na minha casa...pra não me ver...eh::...foi muito doloroso...extremamente doloroso este processo [...]*

Esse sofrimento psíquico ocasionado pela relação amorosa com o marido parece tê-la feito reviver a situação vivenciada com a mãe na primeira infância. Quando Camélia casou, o fez na esperança de ter encontrado um homem que lhe possibilitasse aquisição de um falo/amor como Nasio (2007) nos diz, na esperança de ter encontrado alguém que lhe suprisse a falta da presença materna e a tirasse da prisão simbólica à qual foi submetida, desde os primeiros anos de vida.

McDougall (1996) nos diz que o inconsciente da mãe regula a maneira de ela relacionar-se com seu bebê e a qualidade de sua presença, o que, portanto, modela a relação do bebê com o mundo externo, a maneira como a realidade externa lhe é apresentada. No universo pré-simbólico e pré-verbal, é a mãe quem assume a função de aparelho de pensar para seu filho, sendo que estas “comunicações” entre mãe e bebê podem desmoronar muito cedo em virtude da maior ou menor capacidade da mãe para compreender e interpretar as necessidades de seu bebê.

Muitas coisas dependem da presença e da capacidade que os pais têm para conter e elaborar seu próprio sofrimento traumático, assim como o de seus filhos; quanto às manifestações psicóticas e psicossomáticas no adulto, podemos distinguir, no curso da análise, mecanismos de defesa arcaicos ao alcance de crianças bem pequeninas, *estando a parte infantil primitiva “encapsulada” no seio da personalidade adulta, mas estando sempre pronta a ocupar o palco psíquico quando as circunstâncias geram um estresse excessivo* (MCDUGALL, 1996, p. 42, grifo nosso).

Na **temporalidade da vida adulta**, foi possível perceber os resquícios da falta da figura materna nos primeiros meses de vida, ao comentar sobre seus problemas físicos na região do corpo relacionada à alimentação:

[...] quando eu casei...eu pesava...ah:...69 quilos...porque em 2000...eu fiz essa cirurgia de esôfago...eu tive hérnia de hiato...esôfago de barret...e tive que extrair a vesícula...e descobri porque minha vesícula parou de funcionar...e comecei a ter muitas crises...de dor forte...eh:...do dia que eu descobri...passou acho que um mês só...passou muito rápido...e eu operei...foi o Dr. Y. aqui de W. que me operou...foram oito horas de cirurgia...refez todo o meu aparelho de esôfago...eu não tinha diafragma...*refez toda a parte de dentro que era muito estragado*...e depois disso eu emagreci...quase normalmente...eu fiquei cinco anos num peso...magra [...]

Mais uma vez podemos notar indícios de sua introjeção de uma mãe não suficientemente boa, especialmente no que se refere à amamentação devido ao seu discurso concreto e hipocondríaco, revelando detalhes de mais uma afecção desenvolvida. Interessante notar que esta afecção, que atacou o canal condutor do alimento, assim como a desnutrição e o posterior desenvolvimento da obesidade se referem todas à alimentação. Como ela mesma disse, foi preciso refazer, porque estava muito estragado.

A organização edípiana desequilibrada de Camélia, como já referida em sua infância, pode tê-la levado a uma tentativa de substituir a internalização da falta de uma instância maternante por substâncias, objetos ou atos adictivos. Conforme afirma McDougall (1996), a mãe torna-se um objeto de necessidade, o que contribui para a adicção de objetos reais utilizados para substituir o objeto fantasístico faltante no mundo interno. Camélia então foi buscar no mundo externo substâncias tranquilizadoras, como o alimento, que justamente por esta função foi incorporado em quantidades cada vez maiores.

Essa necessidade de preenchimento era possível ser observada em seu comportamento:

[...] e até alguns anos atrás *eu não podia ver despensa vazia*...eu entrava em pânico se eu visse um armário de comida vazio...tinha que comprar comida assim...pra batalhão...só pra ter...(risos)...entende...então eu fui muito difícil [...]

A despensa cheia funcionava como um preenchimento interno, já que lhe faltava afeto para “curar” a sensação de vazio simbólico, começou a tentativa de buscar no meio externo elementos que funcionassem como tranqüilizadores (MCDUGALL, 1996).

Ainda na **temporalidade da vida adulta**, com os percalços ocorridos no casamento, ela continuou no processo da obesidade:

[...] e eu *voltei a engordar por uma disfunção psicológica*...né...depressão...o que me levou a engordar novamente...foi uma depressão muito forte...transtorno obsessivo compulsivo...e síndrome do pânico eu tive...tive um misto de coisas tudo junto...meu ex-marido era uma pessoa muito agressiva...muito violenta...éh:...eu sofria assédio moral [...]

Seguindo o relato da colaboradora sobre o desenvolvimento da obesidade, percebemos que ela realmente havia entrado em um estado de desafetação segundo McDougall (1996), momento este em que o indivíduo expressa seus relacionamentos com os outros de uma forma despida de emoções, como forma de proteção ao retorno de um estado traumático insuportável e inexprimível, permitindo assim o surgimento do comportamento adictivo:

[...] porque eu nunca tinha chegado a este peso...quando eu cheguei...eu:...me deprimi tanto comigo...me decepcionei tanto comigo...foi uma decepção comigo assim sabe...porque na verdade *ele fez isso comigo...mas eu me permiti fazer*...porque não existe só de um lado...eu colaborei pra isso...entendeu?...de repente...eu acho que *a pior loucura é aquela sã*...não é...então eu não falava...*eu não sabia formular palavras*...eu caçava mosca...eu ficava assim óh...verdade...*eu era louca* [...]

Quando questionada sobre o assédio moral e os problemas sofridos no casamento, resolveu contar sobre a história da propriedade na qual fazíamos a entrevista. Seu ex-marido

começou a contruí-la e quando informou à colaboradora e seu pai que iria parar a obra por falta de dinheiro, eles resolveram assumir financeiramente a obra.

Devido a isso, apesar de terem casado com separação total de bens, ela herdou uma dívida financeira muito alta, tem vários processos, seu nome consta como devedora em lista de proteção ao crédito, tudo isso porque confiou demais no ex-marido. Comentou ter assinado cheques em branco para o ex, manter conta conjunta entre outras coisas.

Retomando Nasio (2007), o casamento permite à mulher a concretude de sua identidade feminina, ao voltar-se para outro homem após ter-se afastado do pai. Com este evento, ela também tem a capacidade de adquirir o tão almejado falo, que para ela, diferentemente do homem, representa o amor. Com esta união com um homem em quem confiou seu amor, teve abalada não apenas sua identidade feminina, mas sua identidade do Eu, ao lhe impedir agir na sociedade com sua religião de escolha e com seu nome “limpo”.

Todos esses fatos citados acima contribuíram para que Camélia engordasse 60 kg ao longo do casamento:

[...] nesse um ano e meio...*eu num engordei...eu explodi...e não foi com a gravidez...eu engordei quatorze com a gravidez...emagreci oito quando meu filho nasceu...engordei...pela depressão mesmo...eu sou compulsiva...eu como compulsivamente...eh:...quase parou essa compulsão...no meu casamento o que menos tinha era sexo...foi...foi muito rápido...nossa você fala um ano e meio...um ano e meio é muito rápido...mas foi muito tumultuado...muito tumultuado...muito doloroso...e marca a vida da gente...marca [...]*

Lembrando McDougall (1996), o comer compulsivo refere-se à busca de substâncias tranqüilizantes que suprissem a falta de algo em seu mundo interno. No caso de Camélia, o objeto faltante é a própria mãe, e assim, com mais uma negação do falo/amor proporcionada pelo marido, recorreu cada vez mais ao alimento, tendo este se tornado um vício, pois era um tranqüilizante da angústia gerada pela falta de amor.

A colaboradora está separada há dois anos e meio e quase dois meses judicialmente. Seu ex-marido saiu de casa um dia antes do aniversário de um ano do filho, que atualmente não tem qualquer recordação do pai. Porém, este ameaçava Camélia de seqüestrar o filho e levá-lo para Israel.

Após a separação, a colaboradora comentou ter refletido sobre sua vida e então separou amor e sexo:

[...] porque o melhor sexo não pode ser assim...exatamente ligado às suas emoções afetivas...existe uma diferença...né...eu acho que tem que existir...mais afetivamente esse meu ex-namorado mineiro foi uma pessoa que me marcou muito...uma pessoa que afetivamente eu me identifiquei mais...emocionalmente [...]

Apoiando-nos no pensamento de Nasio (2007), apesar de este namorado mineiro ter sido uma possibilidade na vida de Camélia ter adquirido seu falo/amor, este namorado acabou concretizando nela o medo de ser abandonada.

Retomando a **temporalidade da vida adulta**, destacamos de seu discurso o estigma da obesidade:

[...] eu já passei por situações horríveis...tipo assim...de entalar na roleta de ônibus...nunca mais andei de ônibus...nossa menina...eu chorava...eu chorava...eu liguei em casa...eu chorava no telefone...minha mãe falava... Camélia...e eu falava...*gordo não é gente...ninguém que é gordo pode ser feliz...como é que gordo pode ser feliz desse jeito...não existe cara...entendeu...você vai comprar roupa...a pessoa olha pra você e fala...ah:: mas é pra você?...e você fala...não...é pro meu dedo só...o resto não vai vestir...entendeu? [...]*

Para o obeso, inserir-se na sociedade se torna tarefa quase impossível. Para as mulheres, a moda em especial se tornou o elemento regulador da inserção de seus corpos no

social e por isso o sofrimento daquelas que não conseguem segui-la por estarem fora dos padrões.

Para Lipovetsky (1989), a moda como um sistema é compreendida como um dispositivo social caracterizado por uma temporalidade, particularmente breve, que propicia aos seres humanos a observação e apreciação de suas aparências, favorece o olhar crítico dos outros, a observação da elegância alheia, e aparece como um aparelho gerador de juízo estético e social.

Corroborando com esta idéia da moda como um sistema, Costa (2005, p. 197) acrescenta que “[...] a moda, em sua neutralidade moral e constante mudança, não nos acusa, nem elogia, apenas se apresenta como um ideal que devemos perseguir, sem consideração pelas conseqüências físico-emocionais que venhamos a sofrer”.

É possível percebermos o quanto a falta de cuidados e afetividade por parte da mãe afetou todo o transcorrer de sua vida na qual em diversos momentos da entrevista em que se referiu ao filho demonstrava ter com ele uma educação diferente da que teve. É uma mãe presente, não admite babá, porém já se preocupa com a saúde mental do menino, levando-o desde já ao psiquiatra para tratamento preventivo.

Ao falar do filho, ressaltou a importância deste em sua pior fase do casamento, além de reconhecer que apesar de tudo seus pais conseguiram lhe dar um bom suporte:

[...] eu fiquei casada um ano e meio...e esse povo que não tem o suporte que eu tenho dos pais...e passa a vida inteira nesse processo e acaba se matando...porque eu acho que se eu tivesse ido pra São Paulo como ele queria...ter morado com ele lá...eu acho que eu teria me matado...*o que salvou minha vida foi meu filho*...eu só sabia cuidar do meu filho...porque eu não falava...ficava olhando pra cima caçando mosquito...eu tinha medo de sair na rua...eu via gente eu chorava...me dava desespero...eu suava...parecia que o coração ia sair pela boca...horível...eh:...eu só cuidava do meu filho...só cuidava dele...conversava com ele...fazia as coisas pra ele...e foi assim que eu fui melhorando [...]

Podemos perceber o quanto o nascimento de seu filho, legado de um relacionamento ruim, lhe fez bem, pois foi a partir do nascimento deste menino que Camélia descobriu de fato sua feminilidade. Segundo Freud (1933), quando o desejo de ter um bebê se concretiza na realidade, e se este bebê é um menininho, o pai fica em segundo plano, e apesar do antigo desejo de possuir um pênis ainda estar presente, ela consegue passar pelo Complexo de Castração e entrar no Complexo de Édipo para atingir a feminilidade definitiva.

Realizou a cirurgia bariátrica um ano após sua separação, submetendo-se a todo o tratamento com equipe multiprofissional imposta pelo plano de saúde, além do tratamento com o psiquiatra para aprender a lidar com a compulsão alimentar e a síndrome do pânico. Comentou, também, ao fazermos seu perfil, que teria escolhido inicialmente a cirurgia do tipo Capella, porém quando já estava na mesa de cirurgia o médico decidiu mudar o procedimento devido à cirurgia de esôfago que ela realizara em 2000. A cirurgia do tipo Scopinaro tem-lhe trazido certo incômodo pelas freqüentes idas ao banheiro e pelo odor extremamente fétido de seus excrementos.

No que se refere à **vivência após a cirurgia bariátrica**, Camélia comenta que logo após a cirurgia, com o emagrecimento e a elevação da auto-estima começou a ressaltar sua vaidade já existente antes:

[...] fui fazer maquiagem definitiva...fiz tatuagem...coloquei peercing...depois que eu fiz a cirurgia...três meses depois que eu fiz a cirurgia...que eu comecei a emagrecer...eu fui no cara da tatuagem...e fiz três tatuagens e coloquei um peercing...e eu roía a unha...roía no toco assim...não tinha nem uma unhinha...fui na manicure...ela olhou minha mão e falou assim...uhm::...eu falei não olha assim não...eu não vou mais roer unha...ela falou...duvido...hoje ela faz minha unha e fala...você vê...eu tenho vários tiques...eu tenho pernas saltitantes...mas você não vê minhas pernas saltitarem mais...porque eu me policio...eu rôo unha...mas eu não rôo mais unha...éh::...eu como compulsivamente...e com esta cirurgia de Scopinaro você sabe que dá pra comer...hoje eu não como mais...não como mesmo [...]

Esta atitude coincide com seu momento de total feminilidade, após ter conseguido o tão buscado falo através do nascimento do filho, além de sua imagem corporal estar se adequando aos padrões corporais impostos pela sociedade. Como nos disse Benedetti (2003), a auto-imagem do indivíduo pode ser tanto influenciada pelo social como pode influenciar sua expressão neste contexto, sendo a responsável pelas relações interpessoais. O emagrecimento também proporcionou o fortalecimento e a significação do Eu de Camélia.

Sobre a **vivência após a cirurgia bariátrica**, a colaboradora refere que houve uma estagnação nos relacionamentos afetivo-sexuais devido às situações enfrentadas com o marido que a deixaram traumatizada:

[...] tenho histórias assim escabrosas...tenho traumas...não vou dizer que não tenho...tenho...*assumo meus traumas*...tenho muitos...éh:...umas paranóias de vez em quando assim...eh:...que hoje assim...me brecam em qualquer tipo de relação...*eu não me sinto nem fisicamente...nem mentalmente preparada pra ter um namorado assim*...não que eu não procure...eu olhe...mais ainda num surgiu um momento [...]

Somos levados a pensar que esses traumas, iniciados na infância e retomados com a situação vivenciada no casamento, estão sendo refletidos neste momento. Ela está se permitindo ter um momento para curtir e cuidar de seu falo/amor nascido de uma união ruim. Com o nascimento do filho, ela conseguiu resolver seu Complexo de Édipo e fazer emergir sua identidade feminina, por isso neste momento prefere se agarrar à maternidade.

Além do ocorrido no casamento, Camélia também ressalta a importância do filho em sua vida e a ligação deste com a escolha de um futuro companheiro:

[...] estas questões que tumultuaram tanto a minha vida...pra eu poder ter um namorado...ter uma relação...que envolva físico...porque...hoje eu tenho filho...né...meu filho tem três anos...não posso namorar qualquer um...né...já é um outro tipo de responsabilidade...porque não envolve só a minha

vida...envolve a vida de uma criança que...de repente eu posso terminar com meu namorado em um ano...daqui seis meses...e ele se apega...e pra ele é mais complicado...então pra que complicar a vida do pequeno...né...então a gente já começa ter um outro tipo de cuidado...se ele fosse maior...já tivesse um discernimento...mas não tem...a criança é muito pura [...]

Podemos notar que sua preocupação não é apenas com os sentimentos do filho, caso ocorra um possível abandono, mas os seus também, apesar de já ter passado por isso outras vezes. Como nos disse Nasio (2007), a mulher vive na obsessão de ser abandonada e por isso o amor permanece uma conquista frágil que deve ser incessantemente reconquistada e confirmada.

Ainda sobre a **vivência após a cirurgia bariátrica**, foi possível perceber em seu discurso que está em busca do corpo erógeno, ao se permitir ter um tempo para elaborar simbolicamente todos esses acontecimentos traumáticos de sua vida para não mais se utilizar de adições como forma de camuflar os sintomas:

[...] porque eu to num momento que *eu to frágil*...tô carente...mas aí que é o pior...*eu descobri...que eu tenho verdadeiro pavor de ficar sozinha*...medo de solidão...mas eu descobri neste processo que...que::...a minha carência hoje...não é uma *carência vazia*...não é aquela *carência devoradora* porque:...eu posso fazer tão mal pra mim...quanto a outra pessoa...então existe um processo de auto-destruição...e eu sai deste processo de auto-destruição...então muitas coisas às vezes eu paro e penso...como essa minha compulsão...*compulsão não some*...ninguém fala...aí estou livre da compulsão...mentira...ela está lá...se tem eu trabalho ela...é difícil...não é fácil...é igual...não existe ex-alcólatra...ex-fumante...ex-viciado...todo mundo é viciado...é alcoólatra ...é fumante...*eles dominam a compulsão pelo vício*...o meu vício é a comida...e não era pouca...comia mesmo...comia sem dó...eh::...entrei num processo de auto-destruição do tipo...não agüentava comer...continuava comendo...a ponto de estar comendo chorando...porque eu estava comendo e não conseguia parar de comer [...]

De acordo com Santos Filho (1994), todos nós temos duas vias de formação dos sintomas, assim, quando o indivíduo se propõe a refletir sobre seus conflitos e sofrimento gerado pelos mesmos, ele está mais próximo da formação dos sintomas pela via simbólica, mais próximo da neurose, e, portanto, mais afastado da ação, da compulsão.

Corroborando com esta idéia, McDougall (1997) acrescenta que podemos observar a passagem do corpo com funcionamento somático para um corpo simbólico, quando observamos que o paciente é capaz de alcançar soluções neuróticas, em vez das somáticas para o estresse psíquico.

Outro indício da simbolização de seu corpo é observado em seu discurso repleto de metáforas e sua referência a trabalhos manuais e poesias que adora escrever. Estas poesias revelam o pensar sobre seus sentimentos:

[...] aí quando eu tava pirada...eu escrevi uma poesia que falava assim...sou prisioneira de um *cárcere sem barras*...sem barras..sem algemas...e sem amarras...vivendo num *mundo de insegurança* [...]

Desse seu momento simbólico está emergindo toda a origem de sua formação de sintomas pela via biológica. Dessa metáfora do cárcere sem barras, podemos associar à prisão que sua mãe, delegada de polícia na vida real, a colocou nos primeiros meses de vida ao não lhe dirigir cuidados. Camélia ficou refém do afeto materno, buscando-o depois em outros objetos como o alimento. Esse preencher-se com o alimento representante do afeto também parece ter sido uma tentativa de não caber no cárcere criado por sua mãe e do qual foi libertada pelo filho.

Em relação aos **horizontes dos projetos de vida**, além de desejar continuar tendo esse tempo sem relacionamentos para pensar, revelou seu desejo em continuar exercendo a maternidade, porém sem engravidar, com medo de se tornar obesa novamente.

[...] eu sempre quis que meus pais adotassem mais um irmão...e como eles não adotaram um irmão...eu vou adotar um filho...um não...tenho vontade de

adotar três...porque eu quero ter quatro filhos...mas engravidar eu não quero mais...pode ser que mude essa minha idéia de engravidar...mas a de adotar não...né...eu tenho uma casa muito grande...tem espaço pra povoar lá e ninguém atrapalhar ninguém [...]

Como já comentamos no capítulo 2, engordar após a gestação é perfeitamente normal (CORDÁS; FRANQUES, 2006; COUTINHO, 1998). Então se apresenta de forma natural o medo da mulher não conseguir emagrecer após o nascimento do filho. O ponto positivo é que percebemos que a experiência da maternidade funcionou como uma ressignificação do sintoma consolidada pelo auxílio do procedimento cirúrgico.

Ainda em relação aos **horizontes dos projetos de vida**, demonstra ter mudado seus conceitos quanto ao homem ideal, ao príncipe encantado que deseja encontrar:

[...] bonitinho não interessa...é furada...por isso que meu ex-marido foi furada...era bonitinho...só que não tinha conteúdo nenhum...então cansei...talvez se não tivesse acontecido tudo isso poderia ter encontrado um outro atrativo...mas sei lá...aconteceu e não teve como...mas agora eu to bem melhor...tipo assim...de zero a dez...eu to nove...*estou quase me reconhecendo completamente...quando eu me reconhecer completamente eu vou ter um namorado* [...]

Utilizando o pensamento de Costa (2005), percebemos que Camélia parece estar saindo da ética da visibilidade e da imagem a todo custo, desenvolvendo um pensamento mais neurótico e se importando com o mundo interno porque agora ela também está se reconhecendo como um ser dotado de sentido.

Apesar de tudo que sofreu na vida, a colaboradora demonstra ter clareza de sua situação, pois afirma que se não tivessem acontecido os problemas com o marido, mesmo assim poderia ter desenvolvido a obesidade. O que prejudicou mais é o surgimento do sintoma ter sido sentido como ligado ao desafeto despertado na fase adulta. Ainda está digerindo os desafetos infantis.

[...] foi com ele...mas poderia ter sido com uma outra pessoa...com uma outra coisa...teve a depressão...estourou...e se estourou...podia ter acontecido em outra ocasião...independente do fato né...é assim que eu penso...mas como aconteceu nesta circunstância...os relacionamentos afetivos se prejudicam...muito...então é complicado...às vezes já poderia até ter passado uma pessoa boa...que fosse legal pra namorar...pra assumir...isso e aquilo...mas eu num...estava preparada...não tinha predisposição a...não pra aquilo [...]

Sua obesidade se apresentou como uma alternativa ao preenchimento do vazio deixado pela falta de cuidados maternos na primeira infância. Funcionou como uma tentativa de não caber mais no cárcere. Porém, podemos perceber que o grande salvador de Camélia foi o filho que serviu como preenchimento simbólico e possibilidade de busca de outra via de formação de sintomas. Se ao longo de sua vida tivesse tido homens que a preenchessem falicamente, ela poderia ter ingressado no complexo de Édipo antes. A realização da cirurgia contribuiu para sua reinserção física na sociedade.

Colaboradora 3

Entrevista realizada em 23 de maio de 2007

Gardênia tem 49 anos, é católica praticante e tem nível econômico B2. Ela possui nível superior completo e trabalha como funcionária pública. A colaboradora é solteira e mora sozinha nos fundos da casa da mãe. Tem mais três irmãos, duas mulheres e um homem, sendo ela a segunda, e a caçula filha do segundo casamento da mãe.

O pai de Gardênia faleceu quando ela tinha dois anos de idade devido a problemas com alcoolismo. Aos sete anos, surgiu um padrasto em sua vida que a molestou sexualmente. Não sabe discernir exatamente por quanto tempo esse abuso se manteve, porém disse que descobriu que sua mãe sabia desde o começo e nada fez para mudar a situação.

Referiu ser gordinha desde a infância e com o passar dos anos foi evoluindo sem se dar conta, até atingir o peso máximo de 104 kg (IMC 39 kg/m²). Relatou ser bem determinada e planejada, pois começou a pagar o plano de saúde com o intuito de realizar a cirurgia e não aceitou a imposição do plano em exigir o preparo pela equipe multiprofissional por seis meses. Foi conversar com o presidente do plano de saúde e conseguiu operar apenas com uma breve avaliação psicológica. Na escolha da cirurgia, referiu que a indicação partiu do médico com sua aprovação, pois ela queria uma intervenção que não introduzisse anel devido ao medo de rejeição e de qualquer “coisa” que fosse inserida nela.

Considerando a data da entrevista, está operada há dois anos e oito meses com o procedimento de Scopinaro, chegando ao peso de 60 kg (IMC 22,5 kg/m²). Após seis meses da cirurgia, a colaboradora desenvolveu depressão e bulimia, ambas diagnosticadas por ela que procurou um psiquiatra. O surgimento desses transtornos lhe causou grande confusão mental, pois coincidiram com a menopausa. Quanto aos relacionamentos amorosos, referiu não ter tido nenhum sério, após a cirurgia, devido aos graves problemas de saúde ocorridos.

Gardênia foi contatada primeiramente pela psicóloga de uma clínica especializada em gastroenterologia e indagada sobre o interesse em participar da pesquisa. Devido à resposta afirmativa, a psicóloga forneceu o telefone à pesquisadora que manteve o contato com a colaboradora. Ela se prontificou a realizar a entrevista em seu horário de almoço. A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora. Chegou no horário marcado e se preocupou bastante em não ter muitas histórias para contar. Ela não estava muito bem de saúde, pois se recuperava de uma gripe.

No que se refere aos **horizontes da infância**, a colaboradora comentou que desde pequena sofreu com o problema do excesso de peso, consideramos, portanto, que foi nessa época que ocorreu o processo de construção do corpo obeso:

[...] eu sempre fui gordinha desde pequeninha...e criança é muito cruel né...então...assim...na escola eu era...eu tinha os apelidos...era baleia...bujão de gás...então tudo isso vai criando um trauma...inclusive na auto-estima né...desde pequeninha eu lembro que eu sempre fui uma criança assim...*eu sempre me senti...muito feia* [...]

De acordo com Benedetti (2003), nossa imagem corporal, ou melhor, o que sentimos e pensamos a respeito do nosso corpo é influenciado pelas relações sociais, e nesse caso da colaboradora ter sofrido conseqüentes avaliações sociais negativas desde a infância repercutiu no desenvolvimento de uma auto-imagem negativa.

Seguindo o relato, a colaboradora refere entender hoje que este sentimento de exclusão, de feiúra era algo que vinha dela, que ela introjetava de pequenos comentários e com isso acabou desenvolvendo um comportamento de exclusão, era retraída, acanhada em função de todos os acontecimentos que foram introjetados como ruins. Como já destacado na colaboradora 1, Del Priori (2000) nos diz que desde o século XX, o exagero no tamanho do corpo feminino é associado à feiúra, e Schilder (1980) comenta que a beleza e a feiúra são

fenômenos sociais e culturais. Portanto, esse modo de se sentir feia pelo excesso de peso é algo que introjetamos pela necessidade de inserção no social e não apenas algo que brotou da cabeça de nossa colaboradora.

McDougall (1996) e Winnicott (1990) referem sobre a importância do olhar materno dirigido ao bebê, sendo que este também contribui à formação da auto-imagem do indivíduo. Assim, somos levados a pensar na relação mãe-bebê da colaboradora e no olhar dirigido por sua mãe no momento da amamentação que parece não ter sido introjetado como algo agradável.

Em seu discurso, parece ficar claro entender a obesidade como um sintoma, uma doença que pode se desenvolver a partir de um problema emocional e da estrutura familiar. Destacamos, também, a questão das perdas na primeira infância que no caso de Gardênia pode ter sido sentida pela morte do pai, quando tinha dois anos de idade pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ele teve cirrose hepática. “[...] o meu *pai genético* foi alcóolatra...eh::...até morreu em função disso...do alcoolismo [...]”

Devemos destacar que é possível que Gardênia tenha feito uma confusão em relação à sua idade quando o pai faleceu, pois referiu que seu irmão deve ter atualmente 46 anos, três a menos que ela e que o irmão conheceu o pai. Assim, acreditamos que a idade real em que seu pai faleceu era por volta de seus quatro anos. Ela traçou outros comentários sobre a relação com o pai:

[...] o meu pai era assim...*ele era alcóolatra*...e ele espancava minha mãe...ele chegou espancar até a gente...os filhos dele...criancinha...quando ele chegava alcoolizado...*ele era uma pessoa agressiva* [...]

A colaboradora passou os primeiros anos de sua infância com essa imagem negativa de um pai biológico, como ela mesma disse, um pai negligente e violento, até que após sua morte, sua mãe resolveu lhe dar outro pai. Com sete anos surge o padrasto em sua vida e também iniciam seus abusos sexuais.

Podemos pensar em sua vivência edipiana que, de acordo com Nasio (2007), ocorre em três fases. Na primeira fase, Gardênia ficou ligada em sua mãe até o nascimento de seu irmão, quando descobriu a preferência de seu objeto amoroso pelo detentor do falo. Ela entra então na fase chamada “dor da privação”, em que ela ficou sozinha, mortificada e com inveja do menino. Sua terceira fase, aquela em que a menina é arrebatada pelo desejo feminino de ser possuída pelo pai, ficou comprometida pela morte do mesmo e a imagem negativa dele, o que contribuiu para que continuasse por algum tempo na fase da inveja do falo até que surgiu um outro pai.

No período do Édipo, Gardênia sofreu um grande trauma, um contato excessivamente sensual com o adulto de quem dependia, o padrasto. Nasio (2007, p. 118) nos diz que a fantasia infantil de sedução pode ocasionar a histeria no adulto ao reviver este trauma: “[...] quando o eu da criança é incapaz de assimilar um impacto tão forte de prazer sexual, fica desamparado e condenado a reviver o mesmo trauma mil e uma vezes.” O sofrimento da criança edipiana surge pelo prazer intenso que é sentido e a culpa advinda por não conseguir conter a impetuosidade do desejo pelo adulto.

Gardênia, ao revelar o abuso sexual sofrido **nos horizontes da infância**, referiu não lembrar-se de quando terminou porque durou um longo período, mas afirmou ter começado aos sete anos, quando o padrasto entrou em sua vida:

[...] eu sempre fui uma *criança problemática*...eu tive uns probleminhas assim de...de ter sofrido...um...eh:...não chegou a ser um abuso sexual...não foi estupro nada...mas foi uma coisa assim que...éh:...que mexeu com a sexualidade e eu era criança...né...na infância foi...ah:...foi com meu padrasto...né...que eu tinha padrasto...porque meu pai morreu eu tinha dois anos...então...isso...alterou tudo o curso natural...eu acredito que tenha alterado...às vezes a gente se engana...né...se acha que florescia...acha que podia ter sido um mar de rosas...e de repente nem era...sei lá...mas era uma coisa que eu tive que trabalhar muito dentro da minha cabeça porque...me criou muitos problemas com o tempo...porque depois *quando fui entendendo o que era sexo*...e foi uma época que foi muito difícil...na

adolescência...então *eu não conseguia deixar que ninguém me tocasse...que os homens me tocasse...eu tinha nojo mesmo...o sentimento era este [...]*

Podemos pensar que, inicialmente, ao comentar sobre o abuso, ela não reconhece como sendo de fato um abuso sexual, apenas no decorrer de seu depoimento com os detalhes do ocorrido aceita a palavra abuso. Além disso, nesse primeiro momento, ela fala como se a culpa tivesse sido dela, porque como disse, sempre foi uma criança problemática, e o crime cometido pelo padrasto foi encarado então como um probleminha.

Talvez esse tenha sido o recurso utilizado para manter a integridade de seu Eu, utilizar-se da negação, não foi um abuso e, além disso, racionalizou que ela sempre foi uma criança problemática. Foi obrigada a conviver com esta situação, pois disse que ocorria quase todos os dias, fazendo parte de sua rotina de vida.

Ainda afirmou que o abuso começou ocorrer em uma época em que ela não tinha consciência de sua sexualidade e esta foi despertada prematuramente. Conforme foi crescendo e entendendo o que ocorria ficou com muita angústia, mágoa e nojo por ter aprendido a ter desejos sexuais dessa forma. Também destaca que como já era gordinha desde muito pequena não pode ter sido este evento o desencadeador de sua obesidade.

Segundo Abuchaim (1998), o abuso sexual na infância assim como outras experiências traumáticas sofridas na infância podem contribuir para o desenvolvimento de psicopatologias como esta alimentar. Corroborando com esta idéia, Somenzi (1996) refere também sobre a possibilidade do abuso sexual ser correlacionado ao posterior desgosto pela feminilidade e sexualidade devido ao fato de afetar a percepção da imagem corporal.

Retomando os escritos de Nasio (2007), podemos pensar que se a simples fantasia infantil de sedução pode ocasionar a histeria na mulher adulta com o pensamento de que todos os homens são iguais e, portanto, uma rebelião contra qualquer homem de quem ela poderia

depender e depois ser abandonada, imaginemos o sentimento que Gardênia poderia ter dos homens, já que passou por uma situação real.

Referindo-nos à **temporalidade da adolescência**, percebemos que Gardênia sempre cultivou uma baixa auto-estima e uma imagem corporal negativa devido ao excesso de peso desde a infância e o trauma ocorrido com o abuso sexual.

Já nesse período, começaram a aparecer suas soluções adictivas para suportar o sofrimento psíquico e corporal:

[...] aí na adolescência...*eu tinha uma cabeça muito problemática*...eu fui muito rebelde...ah:...eh:...teve uns momentos da minha vida em que eu parti até um pouco pra assim...*uso um pouco de drogas*...ah...eu acho que até assim *em busca de uma estabilidade emocional*...que...era assim...tudo um *turbilhão na minha cabeça* [...]

Como Gardênia referiu não saber a época exata em que os abusos terminaram, o que em seu discurso parece ter sido apenas com a separação do padrasto e da mãe, acreditamos que todo o seu período de adolescência tenha sido vivenciado simultaneamente aos abusos sexuais.

Levisky (1995) relata que aqueles jovens que tiveram um contato muito erotizado com seus pais na infância podem sofrer no período da adolescência intensa angústia e inibição no relacionamento com outros jovens, especialmente do sexo oposto. Ela parece ter ficado muito confusa em relação ao abuso ainda sofrido pelo padrasto, vivenciando um misto de remorso, culpa, crises depressivas e atitudes de autopunição que se apresentam como um elemento de sua atitude masoquista.

Ainda em relação às drogas, Gardênia ressaltou que as utilizou quando entrou na faculdade e, portanto na passagem da adolescência à fase adulta. E, conforme disse estas drogas eram leves ao compararmos com as existentes no mercado atual, mas para sua época,

na década de 1970, a maconha era considerada forte e também não era tão acessível como atualmente.

Ao falar sobre sua faculdade, um fator que nos chamou a atenção foi a escolha pelo curso de engenharia civil, que especialmente em sua época, década de 1970 era um curso predominantemente masculino e exclusivamente racional, exigindo pensamento lógico, objetivo, exato. Talvez tenha sido mais uma fuga para não refletir sobre suas emoções, ou trabalhar com pessoas com as quais pudesse se envolver emocionalmente.

Em relação à **temporalidade da vida adulta**, mas ainda comentando sobre sua época de faculdade, Gardênia referiu-se a uma amiga que a ajudou muito na relação sexual com outros homens além do padrasto:

[...] aí eu tinha uma amiga que era...terapeuta ocupacional...na época...que me ajudou bastante...a gente conversava muito...aí ela...me ajudou muito realmente...essa pessoa na época...*e por causa dela eu consegui começar a ter um relacionamento físico...com os homens...de contato...de pele...e eu não conseguia nem isso até então...eh: aí depois eu aprendi que era bom e aí eu não esqueci mais...entendeu?...mas o relacionamento afetivo nunca consegui...nem mesmo até hoje...tanto que...eu sou solteira e eu nunca me envolvi de fato com um homem...nunca tive um namorado que fosse:...namoro de um ano...namoro de seis meses...mas uma coisa assim nunca tive mesmo...nunca tive envolvimento emocional mesmo...nunca tive...de verdade...pra valer [...]*

Disso podemos perceber uma separação entre sexo e afeto e sua dificuldade em lidar com situações geradoras de afeto, ou melhor, que unam os dois, como num relacionamento amoroso verdadeiro. Somos levados a pensar que essa separação pode ter ocorrido porque foi assim que lhe foi ensinado, o padrasto abusava dela sexualmente, mas não lhe prometia qualquer laço de afeto, ela nunca teve essa ligação afetividade – sexualidade, ou melhor, sua fantasia de conseguir um falo/amor nunca foi completa.

A colaboradora também teve uma relação muito forte com as mulheres de sua vida. Teve uma mãe negligente que preferia os homens a ela, preferiu o padrasto, o irmão. As outras duas mulheres em sua vida tiveram uma imagem positiva, mas sua relação teve que ser interrompida por algum fato. Com a irmã que também sofreu abuso teve uma relação de cumplicidade, afeto, mas esta teve que seguir sua vida, casou e constituiu família. Com a amiga que a ajudou a se iniciar sexualmente após o padrasto, possivelmente desfez os laços por questões morais.

Gardênia comentou que sempre teve vergonha de se mostrar nua aos rapazes, pois se sentia gorda e feia, mas sabe que isto era dela porque, conforme destacou, tem mulheres gordas que conseguem se mostrar e ter relações sexuais independentemente da forma física.

Ainda se referindo à amiga que tanto a ajudou com seus problemas afetivo-sexuais, revelou que foi nessa época com mais ou menos 26 anos que conseguiu ter relacionamentos sexuais com outros homens, além do padrasto:

[...] foi nessa época...que essa amiga que eu falei que me ajudou muito...éh:...cheguei...é o que eu te falei...*o lado físico venci...só não consegui vencer o emocional...*então...normal...no começo eu tinha assim uns grilos...mas eu acho que é assim algo mais natural...só que é assim...*nunca consegui me fixar com uma pessoa só...*mas eu consegui sim...vida sexual normal...gostei...foi bom...sempre gostei...*nunca parti pra lado de homossexualidade...*nada disso...isso...sempre tive relacionamentos saudáveis...nada de:...sadosoquismo...nada que saísse do que a gente rotula como normal [...]

Podemos refletir no significado de sexo normal para uma pessoa que “aprendeu” sobre o sexo de um modo forçado, agressivo. Sua estruturação edípica lhe deixou heranças como o modo de agir do sadomasoquismo. Este termo que, segundo a teoria psicanalítica, designa uma perversão sexual nos é explicado por Roudinesco e Plon (1998) como sendo o

masoquismo primário, originário e erógeno, constituindo a testemunha do tempo em que a pulsão de morte e a pulsão de vida estavam totalmente misturadas.

Esse masoquismo originário está presente em todos os momentos do desenvolvimento psicosexual, podendo se manifestar pela angústia e pela renegação da castração no momento da fase fálica. Podemos perceber, então, que sua relação vivenciada com o padrasto possui as características sadomasoquistas com predominância do masoquismo.

Referindo-nos aos poucos relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica nos revela:

[...] eu sempre tive vergonha de tirar a roupa na frente de um cara...me sentia gorda...acho que incomodava bastante a obesidade...*eu nunca me sentia bonita gordinha*...e tem mulher gordinha que não...que numa boa...que vai lá e desempenha...e sabe ser sensual...né...e tudo mais...apesar de...mas nunca foi meu caso...acho que foi um problema mesmo pra mim [...]

Interessante notarmos que o início de sua vida sexual coincidiu com a partida de seu padrasto. Ele decidiu terminar o relacionamento com sua mãe, quando ela tinha mais ou menos 26, 27 anos. Será que ela encarou como uma libertação e por isso pode iniciar normalmente sua vida sexual?

Retomando Nasio (2007) sua estruturação edípica, a partir de uma vivência real de sedução, pode ter sido sentida como um abandono, após ele ter conseguido tudo o que queria deixou-a, permitindo que transferisse a opinião negativa a respeito da masculinidade para outros homens. Apesar disso, com o abandono do padrasto, Gardênia tentou dirigir-se a outros homens.

Foi após a saída do padrasto de suas vidas que ela conseguiu tocar no assunto com a mãe que não aceitou o fato e desconversou preferindo acreditar que aquele homem que a havia deixado era muito bom. Devido a isso, Gardênia diz que seu relacionamento com a mãe, que mais tarde entendeu saber desde o início sobre o abuso, não é muito bom:

[...] o relacionamento com minha mãe é muito ruim...porque...porque na verdade eu acho que eu cobro muito dela...éh:...o fato...as minhas angústias...você entendeu?...porque na época que estas coisas aconteciam comigo...lá na infância...*ela sabia...e deixou acontecer*...eu demorei muito pra entender isso...sabe?...eu fui entender que ela sabia...com 40 anos...né...demorei pra caramba...aliás eu sempre fui meio assim...sabe...tapadona...não enxergava...tinha dificuldade de entender o óbvio...éh:...e na época em que ela separou do meu padrasto...que ele foi embora...foi a única vez que nós tocamos no assunto...sobre isso...eu ainda não tinha...eu ainda não tinha conversado sobre isso nem com ela nem com ninguém...talvez tivesse feito algum comentário com a minha irmã mais velha...porque a minha irmã mais velha via as coisas acontecendo...passou por isso uma ou duas vezes...mas...aí eu fui o foco do negócio...então ela entendia perfeitamente [...]

Ela ainda completa que não teria como a mãe não saber, pois o padrasto pedia para ela chamar Gardênia para se trancar com ele no quarto e consumir o fato. Porém só foi resgatar seu pensamento sobre tudo o que ocorrera em sua vida quando voltou para sua cidade e morou novamente perto da mãe. Após a faculdade, quando tinha por volta de 30 anos, foi trabalhar em São Paulo ficando lá por dez anos, voltando aos 40 anos. Voltou porque ficou desempregada, teve problemas de saúde devido à poluição, teve estresse e ficou muito insegura em relação à violência urbana. Passou por um período em que podemos dizer, de latência de seus pensamentos, de sua vida, em que pode esquecer tudo o que sofreu.

Foi através de sua enorme fé e religiosidade que tem conseguido perdoar a mãe, ou melhor dizendo, arranjado mecanismos psíquicos para manter-se íntegra:

[...] como *eu sou uma pessoa muito católica*...então um dia eu entendi assim...eu parei e pensei assim...a minha mãe...*mãe qualquer mulher pode ser*...parir é fácil...então...a partir de hoje...*a minha mãe vai ser Nossa Senhora*...pensei assim...entendeu?...ela é amor...ela é carinho...ela é perdão...ela é enfim...tudo que nós católicos entendemos que ela é...éh:...*foquei ela...e desfoquei a mãe genética...e comecei a enxergar a mãe genética como uma pessoa*...entendeu?...*não como mãe*...aí...eu consigo

muitas vezes...perdoar ela...entender...se não perdoar...pelo menos entender o porquê da situação...do comportamento [...]

O desligamento da figura da mãe é uma etapa importante do complexo de Édipo e nesse caso ocorreu porque Gardênia entendeu que sua mãe preferia os homens em vez dela, preferia o padrasto, o irmão, e assim transferiu seu amor para uma outra imagem dessexualizada, a imagem de uma santa. Notemos que a preferência pela identificação feminina continua, porém de uma forma assexualizada. A colaboradora também percebe que os homens não são seres que merecem seu respeito e identificação como Nasio (2007) nos disse sobre a possibilidade de seu deslocamento do sentimento negativo e de abandono surgido pela relação com o padrasto a todos os homens de sua vida.

Comentou, também, que sua mãe antigamente era católica por convenção da sociedade, mas questiona como alguém católico pode fazer tudo o que fez, deixando um homem molestar sua filha e não fazer nada. Além disso, critica o comportamento da mãe com o irmão, pois têm uma relação de marido e mulher.

Gardênia revelou que hoje enxerga o relacionamento entre a mãe e o irmão mais novo dessa maneira, como marido e mulher. Contou que seu irmão só teve uma namorada que a mãe fez de tudo para que eles se separassem. Mesmo durante a relação com o padrasto, ela sempre agiu assim com o filho.

A colaboradora destacou também a repetição na família, pois o pai era alcoólatra e o irmão também, o pai chegou a espancar a mãe e os filhos e acredita que o irmão também tenha feito isso com a mãe no período em que ela foi morar e trabalhar em São Paulo dos 30 aos 40 anos e, portanto, eles ficaram sozinhos em casa. Mas ela sabe que a mãe jamais confirmaria isso para proteger o filho. Contou sobre uma vez, quando ainda estava na faculdade em que o irmão alcoolizado bateu nela e quebrou seu dedo, na briga ela saiu de casa, porque a mãe tomou partido do irmão não impedindo que a filha fosse embora.

Nessa época em que o irmão se alcoolizava também costumava sair com prostitutas e acabou contraindo o vírus HIV. Passou por uma época muito doente em que quase faleceu, mas ele se cuida, e a mãe também cuida muito bem dele, é uma união de marido e mulher sem sexo e total envolvimento de ambas as partes. Então quando falamos em família, Gardênia tem esta sensação apenas com a irmã mais velha que sempre foi sua cúmplice, nos momentos felizes e especialmente nos tristes.

Em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, a colaboradora revelou o surgimento de algumas doenças e seu descontentamento com o procedimento cirúrgico que parece ter sido encarado como a solução para todos os seus problemas. Somos então levados a pensar que nela ainda há a fixação no corpo não simbólico devido ao desenvolvimento de artimanhas não simbólicas para amenizar seu sofrimento psíquico:

[...] eu achei que eu fosse ficar magra...*eu achei que eu fosse ficar arrasante...gostosa...e eu não sinto nada disso...* é uma coisa que até me surpreende...porque aí eu me pego...mas eu tive essa depressão também né...que eu precisei consultar com o psiquiatra...essa depressão depois da cirurgia que eu tive [...]

Sobre a depressão disse ter aparecido seis meses após a cirurgia e por isso precisou tratar-se com um psiquiatra e tomar várias medicações. Comentou que ficou muito paranóica ao ouvir comentários de que algumas pessoas que realizaram a cirurgia estavam engordando novamente. Assim começou a achar que todo o mundo queria seu mal e se visse duas pessoas conversando, achava que estavam falando dela, só tinha pensamentos ruins. Como ela mesma definiu, estava totalmente descompensada. Além da depressão, desenvolveu também bulimia sendo que estas duas doenças coincidiram com a época da menopausa.

A bulimia surgiu na mesma época da depressão e também foi diagnosticada pelo médico psiquiatra. Gardênia disse acreditar que já possuía compulsão alimentar, antes da cirurgia, apesar de não ter sido diagnosticada, também porque não aceitou realizar o

tratamento completo com a equipe multiprofissional, antes da cirurgia, e mesmo assim conseguiu operar. E, após a cirurgia, a compulsão continuou, mas agora acompanhada da culpa e do vômito:

[...] e eu ainda continuava...eu acho que hoje eu até dei uma melhoradinha viu...antes era bem pior...eu continuava comendo exageradamente né...compulsivamente...eh:: aí...claro...não cabe né...e aí você põe pra fora...bom...e isso assim...era um *processo neurótico*...muitas vezes assim no dia...entendeu?...eh::...eu tenho tomado estes remédios...eh:: parece que deu uma melhoradinha viu?...*mas de vez em quando eu ainda faço umas besteiras ainda*...igual esta noite que eu ataquei a geladeira dormindo...eu tava dormindo...de manhã que eu vi os vestígios lá...que eu fui entender que eu tinha feito...eu tava dormindo [...]

Apesar de ter realizado um procedimento cirúrgico que permita a ingestão de grandes quantidades de alimento, a colaboradora referiu ainda exceder esta quantidade e por isso ocorrer a bulimia. Afirmou acreditar comer as mesmas quantidades de antes da cirurgia, só que agora o alimento não fica mais no estômago, passa direto ao intestino. Assim, ela ainda pode comer suas angústias e controlar o peso.

Como já vimos em capítulos anteriores, a bulimia é um transtorno alimentar caracterizado pela distorção da imagem corporal. A nossa imagem corporal pode ser mudada, a partir de manifestações emocionais e obedece ora a correntes construtivas da vida, ora a correntes destrutivas. Assim, acreditamos que o fato de ela ter desenvolvido este transtorno é mais um sinal da falta de sua elaboração simbólica, tornando possível estas distorções na imagem de si mesma. Relembrando Costa (2005) que nos diz que a imagem corporal é privada porque só existe mediante o eu sendo propriedade dele, e é representacional porque pressupõe a organização lingüística, sendo então composta de elementos simbólicos e descritivos.

Em relação à menstruação conta que precisou suprimi-la por esta ter ocorrido duas vezes após a cirurgia, ocasionando uma anemia, e então o médico hematologista sugeriu que tomasse injeções de hormônio para cessar a menstruação e melhorar o estado de anemia. Com a utilização deste medicamento, começou a passar mal, “dar piti”, como ela mesma referiu e então foi ao psiquiatra que encaminhou para o hematologista que encaminhou para a ginecologista. Neste último profissional, descobriu que já havia passado pelo climatério e, portanto, não precisaria nem mesmo ter tomado as injeções de hormônio.

Sendo assim, Gardênia diz que ficou confusa sem saber a que fato atribuir seu mal-estar, se à cirurgia, pois é normal ocorrer anemia e o déficit de alguns nutrientes em determinados tipos de cirurgia bariátrica, conforme já explicado no capítulo 5, ou se à menopausa que lhe causou uma desordem hormonal. Interessante destacar que ela deveria ter pensado em quem atribuir, porque ficou claro seu abalo psíquico com todos esses acontecimentos, após a cirurgia:

[...] então eu não sei até onde eu posso atribuir tudo isso à cirurgia...ou à descompensação hormonal...éh:: os dois são únicos na vida né...aí ficou confuso...em função disso eu num:...não sei sabe...*quando parece que tem alguma coisa lá dentro que...eu não me sinto mulher...é eu to assim...vou te falar uma coisa que eu sinto...parece que eu sou um ser humano...ASSEXUADO é o termo [...]*

Logo no início da entrevista, quando realizávamos o questionário de adequação do perfil, a colaboradora nos confessou que optou pelo procedimento do Tipo Scopinaro, especialmente por este não introduzir nenhum anel dentro dela. Pensando neste trecho de seu relato o não querer qualquer coisa dentro dela faz sentido, pois a nossa identidade sexual é formada a partir de nossas vivências corporais que, no caso dela, não foram muito agradáveis. Ao se definir assexuada, é como se definir sem corpo erogeneizado, sem corpo pensado.

McDougall (1997, p. 169) nos ajuda a entender o caminho percorrido por Gardênia até atingir esse pensamento:

Superar os desejos bissexuais e incestuosos implica renunciar ao desejo impossível de ser e ter ambos os sexos, assim como às solicitações ligadas à crise edípica em suas dimensões tanto homossexuais quanto heterossexuais. Essa perda é compensada pelo dom do desejo sexual e pelas relações amorosas adultas satisfatórias.

Conforme já dito anteriormente, no início somos todos dotados da bissexualidade e, ao longo de nossas vidas, optamos pela identidade sexual. Gardênia teve complicações no período edípico e não teve relações amorosas adultas que a ajudassem a definir sua identidade sexual. Pensamos que talvez se ela tivesse atendido seu desejo sexual de união amorosa com a amiga da época da faculdade, talvez seu desenvolvimento tivesse sido diferente pela opção de identidade homossexual e o amenizar dos conflitos sexuais infantis.

Somos levados a pensar que, numa mesma época, ela teve duas grandes perdas. Perdeu uma enorme quantidade de estômago que lhe permitia extravasar na comida seus momentos de angústia e permanecer protegida, sexualmente pensando, pela camada de gordura. E perdeu também seu principal elemento de feminilidade que lhe permitiria algum dia exercer a função materna.

Nesse momento, sem a gordura e a feiúra como desculpa para não se envolver amorosamente, ficou livre para refletir sobre seu desejo:

[...] eu olho pros homens...acho bonitinho...bonitinho...mas é assim sabe...acho bonitinho...eu nunca tive contato físico com ninguém...pode ser que a hora que você toca a pele...desperta o outro sentimento que tá aquietado lá dentro...né...não sei...mas tá assim agora...tranqüila sabe? [...]

A desculpa utilizada neste momento de **vivência, após a cirurgia bariátrica**, sobre a falta de relacionamentos afetivo-sexuais pode ser encarada como uma racionalização. Ela diz que ainda não deu atenção para a parte afetivo-sexual porque teve muitos problemas de saúde,

descobriu uma leucopenia (redução de glóbulos brancos no organismo), teve anemia, problemas com proteína, depressão, bulimia, e com tanta doença para se ocupar, a parte afetivo-sexual ficou guardada.

Além disso, demonstra ser uma pessoa que espera que as coisas aconteçam, que espera que seu príncipe encantado bata à sua porta e venha resgatá-la deste enorme sofrimento psíquico. Comentou que sai de casa para se divertir e não consegue paquerar, não olha para os rapazes e não tem paciência de entrar na acirrada disputa do jogo da conquista. Ela desiste diante da concorrência.

Ainda em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, Gardênia comentou sobre a falta de relacionamentos afetivo-sexuais:

[...] mas...agora ultimamente eu ando meio assim sabe...andei dando umas quebradas de cara aí numas paixões que eu tive...então eu meio que assim...tô com medo de me envolver...e mulher tem isso...se ela não se envolve emocionalmente ela não faz sexo...não é?...pelo menos as da minha geração são assim...as das outras já estão mais liberadas...então eu acho que eu estou meio parada...com a vida sexual...em função disso né...que eu não tenho me envolvido emocionalmente [...]

Nesse momento ela se contradiz, porque antes já havia revelado seu incômodo com a união da afetividade com a sexualidade. E, além disso, seu primeiro ensinamento de sexo ocorreu com o padrasto por quem, de acordo com os juízos de valor presentes no *Superego*, ela não poderia sentir qualquer desejo.

Quando falou sobre suas “quebradas de cara”, explicou que foram paixões não correspondidas. Ela fantasiava sobre a perfeição da pessoa desejada e, quando percebia a realidade, sofria muito e ficava com receio que isso acontecesse novamente, mas como o desejo de ter um companheiro era grande envolvia-se novamente com outra pessoa e estava formado o círculo vicioso. Isso nos lembra um funcionamento adolescente acreditando no príncipe encantado e continuar sempre procurando motivos para apontar sua infelicidade. É

como se nos comunicasse: Vocês estão vendo por que eu não posso me envolver...as pessoas estão sempre me enganando porque não gostam de mim.

No final de seu depoimento, resumiu seus relacionamentos afetivo-sexuais ao longo de sua vida da seguinte maneira:

[...] a única coisa que eu te falo assim é...que...eu sempre...os homens que eu me envolvi...todos eram assim...malandros...mas isto está explicado né?...*(risos)*...quando você não quer se envolver...você não vai procurar o certinho...o bonitinho...aquele que quer casar...então...eram muito imaturos...espertalhões [...]

Apesar de tudo isso ela revela seu desejo de ter alguém pra vida toda ao seu lado. Disse que ao longo de sua vida já teve inúmeras oportunidades de pessoas que estavam a fim de investir em um relacionamento verdadeiro, mas ela acabou “estragando tudo”. Referiu sempre sabotar estas investidas por achar inconscientemente que não merecia. Talvez estes sejam resquícios do trauma do abuso em que introjetou sua culpa, é como se tivesse sido abusada porque desejava, gostava.

Parece-nos importante desvelar seu funcionamento psíquico que para nós se assemelhou ao de um paciente *borderline*. Segundo Zimmerman (1999), a estrutura *borderline* possui características específicas e peculiares, diferentemente de como era vista anteriormente como a fronteira limítrofe entre a neurose e a psicose. Dentre as características citadas pelo autor como específicas desta estrutura, destacamos aquelas que se referem à Gardênia:

- Sua parte psicótica é desvelada por meio das defesas extremamente primitivas como negação onipotente, clivagem do Eu (dissociação), idealização e denegrimiento (da mãe);
- Ela conserva um juízo crítico e o senso da realidade;

- Há a presença de um vazio crônico que acompanha uma *neurose polissintomática*, ou seja, encobre suas intensas angústias depressivas e persecutórias com uma fachada de traços caracteriológicos somatizadores alternantes, passou de obesa à bulímica;
- Apresenta transtorno do “sentimento de identidade” revelando dificuldade em transmitir uma imagem integrada, coerente e consistente de si própria;
- Por fim, ela tem a sensação de não habitar o próprio corpo, ao se referir como um ser assexuado.

Gardênia então se apresentou a nós revelando suas angústias psicóticas que ameaçavam o sentido de identidade, de integridade corporal, de sua própria vida.

Colaboradora 4

Entrevista realizada em 24 de maio de 2007

Jasmim tem 45 anos, é evangélica, tem nível econômico familiar correspondente a B2 e cursou até o ensino fundamental (4ª série). É comerciante, ela e o marido possuem uma lanchonete e, portanto, trabalham bastante aos fins de semana sem horário estabelecido para fechamento. A colaboradora tem uma irmã gêmea que também é obesa, assim como todas as mulheres da família e um dos irmãos. Eles são sete irmãos, cinco mulheres e dois homens. Jasmim e a irmã gêmea são as primogênicas. É casada há vinte anos e tem dois filhos, um de 17 anos e outro de 15 anos.

Referiu ter começado a engordar na adolescência, com 16, 17 anos, após as proibições da mãe em não deixá-la namorar. Quando conheceu o marido aos 21 anos, ele com 16 anos, ela já era obesa. Após as duas gestações, passou a ser considerada obesa grau III, chegando ao peso máximo de 129 kg (IMC 50 kg/m²).

Considerando a data da entrevista, está operada há quase dois anos com o procedimento de Capella, atingindo o peso de 76 kg, o que corresponde a um IMC revelador de sobrepeso. Realizou a cirurgia pelo SUS, sendo a primeira contemplada pelo programa patrocinado pela prefeitura. Há três meses realizou a primeira cirurgia plástica na região do abdômen, de forma privada. Após a cirurgia da obesidade, referiu ter melhorado o problema da hipertensão arterial, além de sua relação com o espelho e com o marido, que a tem desejado mais.

Jasmim foi indicada por um médico de uma clínica especializada em gastroenterologia que participou do programa patrocinado pela prefeitura. Quando contatada, aceitou prontamente a participação na pesquisa. A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora. Chegou 30 minutos atrasada e se sentiu bem à vontade durante a entrevista. Estava bastante frio e a colaboradora expressou seu

descontentamento com a temperatura especialmente devido às dores sentidas por causa da cirurgia plástica realizada recentemente. Após a entrevista, ela iria consultar o médico que realizou a cirurgia bariátrica.

Jasmim inicia seu depoimento contando sobre sua chegada ao mundo com uma acompanhante revelando **nos horizontes da infância** as turbulências da vida e a fragilidade do corpo físico:

[...] quando eu nasci...eu nasci de parto normal...e *eu nasci com uma companheira*...eu sou gêmea...idêntica...né?...e a gente nasceu com complicação de saúde...logo no início a gente teve que...assim...ser submetida por uma transfusão de sangue...porque a gente tinha anemia profunda...aí então a gente ficou um mês na incubadora...e como diz a minha mãe...*a gente cabia numa caixinha de sapato*...então pra você ver como é que a gente era...e *com muito cuidado ela cuidou da gente*...e com muito cuidado...pra tratar...ela se desempenhou [...]

A colaboradora afirma que esses problemas de saúde no início da vida afetaram todo o seu desenvolvimento que ocorreu de forma lenta e permeado por momentos de doenças. Percebemos que ela começa contando sua história incluindo a irmã e sempre verbalizando no plural, o que nos dá indícios de sua boa aceitação em dividir todos os seus bons momentos, o útero, a mãe, o pai e os objetos de prazer.

O relato de Jasmim nos faz pensar que ela teve uma criação suficientemente boa que lhe propiciou a continuidade de existência. Ela demonstra ter sentido de forma agradável os cuidados dirigidos pela mãe a ela e à irmã que em momento algum demonstrou ter algum sinal de ciúme ou disputa de ambas as partes.

De acordo com Winnicott (1949), a mãe boa comum é suficientemente boa, sendo assim, o bebê se torna capaz de compensar suas deficiências através da atividade mental. Para o autor, a mãe suficientemente boa é aquela que além de simplificar o mundo de seu bebê,

também consegue fornecer gradualmente um fracasso da adaptação de seu filho que deverá, posteriormente, transformar o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo.

Corroborando com esta idéia, McDougall (1996) acrescenta que quando a figura materna consegue cumprir de forma apropriada a função de pára-excitação, inserindo os sinais pré-verbais emitidos por seu bebê num código lingüístico, contribui para o desenvolvimento corporal de seu bebê, permitindo a passagem do corpo anatômico, ou biológico, ao corpo simbólico, ou erógeno. Com isso, surge um indivíduo afetado e de estrutura psíquica neurótica.

Essa mãe boa é muito admirada pela colaboradora especialmente por ter cuidado muito bem dela e da irmã nos momentos difíceis e ainda aceitar cuidar de outros filhos. No total foram sete, cinco mulheres e dois homens. Sua mãe parece ter tido presença marcante em sua vida, pois ao longo de todo o depoimento se referia a ela com orgulho e respeito, revelando sua fonte de inspiração para o exercício da feminilidade.

Quando Jasmim estava na pré-adolescência, após já ter cursado seus anos de escola, seu pai arrendou uma chácara e foram todos morar num ambiente rural e mais tranqüilo, local em que a família se completou com o nascimento do sétimo filho, e sua mãe acentuou a forma já obesa.

Ao comentar sobre sua família revela as diferenças de personalidade percebidas entre ela e a irmã, reconhecendo seu caráter determinado, pioneiro, além de sua educação sem restrições:

[...] fomos as primeiras...e diz que eu nasci primeiro...*eu sempre sou a primeira em tudo*...e na adolescência nossa...*era tudo em grupo*...a gente trabalhava junto...*era uma família muito unida*...era assim...carinho não faltava...nem do pai...nem da mãe...tudo que a gente queria...a gente tinha ali...se queria passear...ia...queria comprar as coisas...ia...não faltava...né...*tinha fartura lá* [...]

De acordo com Aulagnier (1975 apud KAËS, 1998, p. 6), a família é o espaço intersubjetivo onde “o Eu pode vir a ser”. Assim percebemos que a base intersubjetiva da vida psíquica de Jasmim foi construída sobre alicerces firmes e estáveis. Sua família se apresenta como um ninho, continente expresso em seu discurso repleto de palavras como todos, juntos, grudados, nós.

André-Fustier e Aubertel (1998) nos dizem sobre as funções da organização familiar. A função de identificação propõe uma imagem ideal da família inscrita em uma história. A função de organização delimita os papéis, lugares e estatutos, de modo a manter a imagem idealizada da família. A função de continência instaura um espaço de refúgio. A função defensiva tende a reforçar o vínculo de fusão, impondo a prevalência de mecanismos de defesa familiares. Por fim, na função de representação, a ideologia familiar opera uma seleção na tradução da realidade contribuindo para a construção de um novo real.

No decorrer de seu depoimento, ela ressalta a diferença de caráter entre ela e a irmã, ao dizer que a irmã é obesa grau III e sofre com patologias associadas ao excesso de peso, mas não tem a mesma coragem que ela teve de se submeter à cirurgia bariátrica. Além disso, é evidente o incômodo de Jasmim em ver a irmã neste estado, pois já sentiu na pele todos os males físicos advindos com a obesidade ou agravados por ela.

No que se refere à **temporalidade da adolescência**, Jasmim dá indícios sobre como ocorreu o processo de construção do corpo obeso:

[...] aí teve período também da gente namorar né...ela...teve umas...assim...umas vezes que *minha mãe impediu*...de namorar né...e aquilo já fazia mal pra mim...porque: *...eu sou uma pessoa que não pode me contrariar*...e aí que eu vou e faço [...]

Levisky (1995) nos diz que, durante a reestruturação da personalidade ocorrida na adolescência, é natural os jovens desvalorizarem seus pais, o que não significa que não gostem, mas ao contrário, necessitam do interesse dos pais e de sua supervisão a distância. O

autor completa que muitas famílias toleram e aceitam com dificuldade as transformações da adolescência, pois têm medo da autoridade se não agirem de forma punitiva e repressiva.

Podemos perceber que, no caso de Jasmim, a repressão não esteve presente, pois ela tende a impedir o ato e, apesar de não gostar das intromissões da mãe, ela sempre realizava seus desejos. Como nos revela Roudinesco e Plon (1998, p. 659), “[...] a repressão é uma operação psíquica que tende a suprimir conscientemente uma idéia ou um afeto cujo conteúdo é desagradável.” Jasmim não reprimiu seus desejos, ela não acatou as ordens da mãe e, portanto, não ocorreu a repressão.

Ao longo de seu discurso, percebemos que não teve uma educação repressora, mas uma educação rígida por uma mãe que sempre se mostrou continente. Recordando então o já exposto por Winnicott (1949), uma mãe suficientemente boa é também aquela que frustra, assim ela aparece como controladora porque precisa tomar conta de seu ninho.

Ainda segundo Levisky (1995), é normal engordar no período da adolescência devido às mudanças hormonais ocorridas no corpo da menina, o que ocasiona também a mudança na imagem corporal. Também podemos refletir embasados pelo pensamento de McDougall (1996) de que essa solução adictiva pode ter-lhe trazido paz psíquica por confirmar que seu corpo estava vivo e ela era um indivíduo completo que não corria riscos de perder sua identidade individual, mesmo tendo nascido com uma companheira.

Na temporalidade da adolescência, Jasmim conta sobre suas vivências afetivo-sexuais:

[...] eu tive um namorado...e esse namorado meu não era daqui...ele era de São Paulo...eu tinha as paqueras...mas um namorado mesmo não tinha...né...assim firme...aí eu conheci este de São Paulo...só que este de São Paulo...ele vinha só quando ele podia né...mas eu considerava ele como meu namorado...não namorava ninguém...só ele...enquanto ele estava fora não namorava ninguém...e eu me mantinha assim fiel...porque eu gostava dele...só que depois eu separei dele...eu não quis mais...nem amizade porque...às vezes demorava pra vir né [...]

A colaboradora destaca que, neste primeiro namoro que se estendeu por um ano e pouco, ocorrido no final da adolescência, sofreu interferências de sua mãe que queria proibir o namoro. Jasmim revelou ficar em dúvida sobre o motivo, se era superproteção, se era carinho, dizendo não se importar, pois sempre acreditava que a mãe não fazia por mal, ela apenas dava as ordens e acatava quem tinha juízo.

Segundo Levisky (1995, p. 41), “[...] os primeiros modelos relacionais interpessoais e heterossexuais são estabelecidos com os pais durante a infância, e que por ocasião da adolescência eles são evocados.” Dessa forma, a aceitação da identidade sexual surge por meio da solução satisfatória do conflito edípico, proporcionando relacionamentos heterossexuais satisfatórios e menos angustiantes.

A partir dos cuidados maternos, Jasmim pode adentrar nos difíceis caminhos da feminilidade. Sua mãe conseguiu transmitir-lhe elementos de feminilidade e afeto, o que se tornou marca de sua personalidade, é uma pessoa extremamente afetuosa, dependente e que costuma relacionar-se com pessoas também afetuosas. Anzieu (1992, p. 6) nos dá sua definição de feminilidade:

A feminilidade não é apenas o fato de ter nascido com o sexo de mulher. É um conceito que cobre um conjunto de afetos, de modos emocionais, ligados a representações do espaço do corpo interno, ao desejo de gestação e ao prazer narcísico de ser possuída enquanto objeto de amor.

Em outro momento do depoimento, comenta sobre seus poucos relacionamentos de amizade. Diz não entender o que acontece, por que tem dificuldades em manter amizades, se é por que se apega muito às pessoas, cuidando-as como uma mãe, ou sufocando-as, ou se é ela que inconscientemente se afasta antes do próximo, para evitar um sofrimento maior. Disso podemos pensar que o papel mais significativo que lhe foi ensinado é o de mãe e para ela parece ser natural cuidar de todo mundo, da forma como aprendeu, com afeto.

Seguindo o relato da colaboradora, passamos para a **temporalidade da vida adulta** na qual ela conheceu o marido aos 21 anos, ele tinha 16 anos. Esta diferença de idade serviu de motivo para outra interferência de sua mãe, tentando proibir a união do casal.

[...] ela falava que ele era moleque pra mim...mas a cabeça dele não era...de moleque...era assim com dezesseis anos...mas ele tinha a cabeça feita já...por ser dezesseis anos...*ele tinha a cabeça feita*...eh:...eu comecei gostar dele...e quando ela viu que começou ser sério...né...que ele estava indo dia lá em casa...que ele estava se interessando por mim tudo né...aí ela começou colocar uns empecilho né...onde já se viu eu namorar um menino muito mais novo que eu...que não ia dar certo...ela falava assim...e isso já foi sabe...porque *a escolha era minha*...não era dela...e eu me sentia assim...contrariada...eu não me sentia bem dela se interferir...mas mesmo assim eu continuei namorando...nossa relação era uma relação assim:...nossa relação era assim:...muita amizade...a gente conversava muito...eu e meu esposo...a gente conversava demais...e era todos os tipos de assunto porque...ele como ele era muito jovem...e eu já estava com vinte e um anos...então a gente falava sobre todos os tipos de assunto [...]

Apesar das proibições, o namoro continuou firme por cinco anos porque, de acordo com seu relato, era baseado em muito diálogo, afeto e cumplicidade. Demonstrou também sentir pelo marido um amor seguro, ele era uma pessoa a quem ela podia entregar seu coração e seu corpo. Depois decidiram casar e foram morar na cidade.

Podemos perceber que Jasmim então encontra o substituto perfeito para seu pai, aquele que permitirá possuir o falo/amor e concretizar a feminilidade. Essa solução edipiana feminina só foi possível devido à sua estruturação familiar acolhedora e proporcionadora de um desenvolvimento psicosssexual saudável.

Se, desde a infância, as crianças virem seus pais comportando-se como par amoroso que se respeita e deseja sexualmente e se também observam que nem mesmo a briga mais feroz entre eles causa dano duradouro (isto é, se aprendem que a agressão não é perigosa quando o amor é mais forte que o ódio), tenderão a seguir o modelo parental na vida adulta. A menininha vai querer identificar-se com sua mãe não apenas em sua maternidade, mas também em suas relações amorosas e sexuais, freqüentemente devaneando acerca do homem (tipicamente moldado a partir da imagem do pai) que um

dia será seu amante, seu marido e pai de seus filhos (McDOUGALL, 1997, p. 11).

Ainda na **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora relata que casou virgem ao comentar sobre seu relacionamento afetivo-sexual antes da intervenção cirúrgica que iniciaram após o casamento com 25 anos, pois sempre foi uma pessoa tímida e preservada para as questões sexuais. Quando perguntada sobre a educação controladora que referiu ter, se esta não poderia ter influenciado sua decisão de casar virgem respondeu:

[...] eu desejava...*eu sempre gostei de me preservar...* é uma coisa que eu segurei...depois assim...porque a minha mãe também...ela nos orientava muito sobre isso...porque a minha mãe teve seis filho...cinco filha mulher...então ela orientava a gente...falava que:...a gente tem que se entregar pra pessoa que a gente ama né...não assim pra qualquer pessoa...porque é um ato importante na vida da gente [...]

Referiu também que, no período do namoro com o marido, ele demonstrava seu interesse em ter relações sexuais com ela, mas aceitava sua decisão porque, segundo ela, ele a amava muito, era como uma prova de amor. Jasmim sabia que ele não era virgem, o que para ela era perfeitamente aceitável porque homem geralmente tem vida sexual livre e mulher não pode ter, para não ficar falada, não ser mal vista.

Comentou que durante os 25 anos junto ao marido nunca foi a um motel com receio do que as pessoas poderiam pensar se a vissem num lugar desse onde vai todo tipo de gente para fazer todo tipo de atividade sexual. Ela prefere ter suas relações sexuais em seu leito, “seu lugarzinho sagrado”.

Ainda na **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora revela que apesar de seu marido tê-la conhecido obesa e saber que a amava mesmo assim, se sentia muito tímida nos momentos a dois:

[...] agora na vida minha conjugal...na época que eu era obesa...eu tinha muita dificuldade...*na hora sim do ato eu tinha muita dificuldade porque...eu*

estava muito obesa...eu tinha uma barriga enorme...a minha barriga vinha aqui...eu não tinha colo...e isso me decepcionava...porque eu tinha até vergonha de tirar a roupa perto do meu marido...porque eu tava muito obesa...eu tinha muita vergonha...eu estava com 130 quilos [...]

Comentou também que quando obesa faltava criatividade e disposição no momento da relação sexual, resumindo estes momentos a dois:

[...] me sentia muito deprimida assim...quando eu era obesa...na hora de...ter relação...porque:...eu não tinha posição...sinceramente é muito difícil...ser obesa...é não ter posição pra sexo...é muito difícil...você cansa muito...fadiga...e posição não tinha [...]

Podemos perceber que ela nos fala de dificuldades relacionadas às enormes proporções físicas que lhe trouxeram as dificuldades relacionadas à vergonha em expor o corpo para alguém que já lhe conheceu com estas proporções.

Jasmim conta que considera seu casamento feliz, eles estão juntos há 20 anos, trabalham juntos e tiveram dois filhos que, segundo seu relato, foram feitos para nenhum ter ciúmes do outro, pois um é a cara da mãe e outro a cara do pai.

Seguindo o relato sobre a **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora comenta que sua obesidade se agravou após as duas gravidezes que teve, contribuindo para o tornar-se obesa grau III e o surgimento de patologias associadas como a hipertensão:

[...] logo após da primeira gravidez...duas vezes eu engravidei...aí depois eu não consegui mais emagrecer...não controlei mais...e no período que eu fiquei grávida...eu fiquei grávida logo...em seguida...em um ano de diferença...de um ano eu já comecei...aí eu engravidei de novo...aí depois eu não...eu engordei mais na segunda gravidez...fui pra 104 quilos na segunda...aí já começou já na gravidez a hipertensão...eu fiquei hipertensa logo na gravidez [...]

Esse acúmulo de doenças, a obesidade e a hipertensão contribuíram para o rebaixamento de sua auto-estima e a necessidade de permanecer bastante tempo deitada, “de

cama”, totalmente sem disposição para realizar qualquer tipo de atividade. Ela sempre se refere a um corpo físico que sofria devido ao excesso de peso.

Ao longo de seu discurso, Jasmim revela seu desconhecimento da obesidade nos dando indícios de que passou a se considerar obesa apenas quando passou dos 100 quilos ao afirmar que quando conheceu o marido, com 90 quilos (IMC em torno de 35 kg/m²) já era fortinha, e, portanto, referiu ter permanecido obesa durante 15 anos apenas, o que devemos considerar ter permanecido obesa grau III. Relata que durante esse longo período fez diferentes tratamentos com medicamentos e dietas, sem qualquer sucesso.

Outro indício de seu desconhecimento sobre a doença que tanto atrapalhava sua vida aparece ao comentar sobre as palestras que assistiu na preparação para a cirurgia na qual ouviu o nutricionista falar que a obesidade era uma doença. Até então achava que era gorda porque comia e, ao descobrir essa classificação de doença, percebeu que seria possível então a cura.

Jasmim, ao reconhecer a obesidade como uma doença, ou como ela explicitou, um distúrbio do organismo, tem a idéia mágica de que era obesa devido a este distúrbio, não pelas grandes quantidades de alimento que ingeria nos momentos de angústia, de contrariedade, sendo algo então de fora, como se tivesse sido dado, pela genética talvez.

Apesar desses comentários, seguindo seu relato, acaba entrando em contradição ao reconhecer que não poderia ser obesa pelo que comia porque só comia alimentos saudáveis. Porém, devido ao trabalho na lanchonete e ao ritmo de vida sem horários estabelecidos para as refeições acabou se desligando do controle alimentar e não segurando o crescente aumento de peso.

O que podemos destacar de nossa colaboradora é que seu padrão de corpo se apresentava obeso devido a heranças genéticas, pois a maioria de sua família, cinco dos seis irmãos e a mãe, pode ser considerada obesa. Este padrão corporal obeso contribuiu para sua

imagem corporal diferente da aceita na sociedade. As formas voluptuosas se apresentavam como normais e por isso só aceitava que uma pessoa era obesa quando passava dos 100 quilos.

Como nos diz André-Fustier e Aubertel (1998), é através da transmissão psíquica entre gerações que a família fornece ao novo integrante a possibilidade de acesso ao mundo exterior, assim como a maneira de organizar seu universo interno. Conforme já vimos, a colaboradora foi muito bem acolhida fazendo parte de um ninho continente. Esse ninho acolhedor se apresentava com muita fartura especialmente de alimento. O legado recebido por ela foi o de uma imagem corporal obesa normal. Daí sua dificuldade em aceitar que com menos de 100 quilos já poderia ser obesa, pois suas referências de padrão corporal foram de mulheres volumosas.

Ela se tornou obesa provavelmente pelo fator genético que se desenvolveu pelo sedentarismo, alimentação inadequada devido às rotinas de trabalho também, além das gestações. Não podemos deixar de considerar a vivência no mundo de hoje que pode produzir situações estressantes.

Todos temos a probabilidade de somatizar quando as circunstâncias internas ou externas transbordam a contenção proporcionada por nossas defesas habituais contra a dor mental e a excitação esmagadora ou subtraem a potência de nossos recursos habituais para descarregar as vivências emocionais estressantes (McDOUGALL, 1997, p. 168).

Nesse período com um corpo extremamente obeso, pode sentir na pele e na alma o estigma da obesidade:

[...] eu não tinha vontade assim de fazer nada...nada mais...nem ginástica...parei...eu desisti...teve uma fase assim que eu desisti de fazer...*ai eu não achava mais roupa pra mim...as roupas que eu achava era de gestante...não servia...não tinha número pra mim...eu comprava roupa de gestante...eu me sentia muito mal porque eu queria comprar uma calça...mas né...num servia...não tinha o número que eu queria...precisava...ai eu comprava vestido...saia...estas coisas que esticava...não é fácil ser*

obesa...não é fácil...foi muito difícil eu encarar...e também os desprezo né...que você ouve na rua...teve uma vez que eu saí pra fazer caminhada e por isso que eu desanimei...saí assim de madrugada...fechei meu comércio e fui caminhar na avenida...aí passou um pessoal no carro...nossa...debochou de mim...falou...sabe...palavra de derrota...*'aí não adianta não sua gorda...não adianta fazer nada'*...aí aquilo foi a gota d'água pra mim...fiquei sabe...fiquei muito chateada aquele dia...porque eu estava fazendo um sacrificio pra...né...pra emagrecer...e eu ia toda noite fazer...aí eu desanimei...nem continuei fazendo mais caminhada à noite [...]

Ela só começou a notar o seu corpo fora dos padrões sociais e ter vergonha dele, quando se assumiu obesa ao perceber que não cabia mais na sociedade que lhe apontou o dedo e lhe informou de sua inadequação. Segundo Costa (2005, p. 198), “[...] o corpo se tornou a vitrine compulsória de nossos vícios e virtudes, permanentemente devassada pelo olhar do outro anônimo.” Assim, se nos sentimos mal com a acusação é porque não conseguimos corporificar a norma somática.

Estas palavras preconceituosas contribuíram para aumentar sua angústia e comer cada vez mais para amenizá-la, o que também não adiantava e acabava assim vivenciando um círculo vicioso. Comia ao se sentir angustiada justamente por ser uma válvula de escape mais aceita e acessível, e se sentia culpada pelo excesso de peso, gerando ainda mais angústia e insatisfação fazendo-a voltar-se cada vez mais para a comida.

Não foram apenas os preconceitos sofridos ou a hipertensão que a levaram a pensar na cirurgia bariátrica, mas a beleza do marido. Jasmim conta que seu marido é bonito fisicamente e tinha medo de perdê-lo se não se cuidasse. Ela tinha fortes sentimentos de inferioridade e insegurança em relação à forma física e, portanto, decidiu cuidar-se para manter o relacionamento com o homem que tanto ama. Sabia que estes eram sentimentos seus, pois ele não fazia qualquer ameaça de deixá-la devido à obesidade.

Jasmim revelou que teve apoio da família para realizar a cirurgia, seu marido acompanhou-a nas palestras com diferentes profissionais, mas deixou a decisão de assinar o termo de consentimento nas mãos dela. Confessou que demorou um mês para assinar o termo de consentimento por ter ficado assustada ao ler sobre todas as possíveis complicações. Comentou que tinha medo de adquirir anemia e esta perdurar por toda a vida.

Em seu relato sobre a **vivência após a cirurgia bariátrica**, afirma os benefícios desta em relação à sua saúde, em especial à hipertensão que tanto prejudicava sua vida cotidiana:

[...] do dia em que eu operei...que eu fiz a cirurgia bariátrica...eu não tenho mais assim...hipertensão...daquele dia...faz dois anos...eu não tomo mais um remédio...tomava três comprimidos por dia pra baixar a pressão...e quando não abaixava com remédio...eu tinha que ir até o pronto-socorro pra tomar injeção...pra abaixar a pressão...aí eu melhorava...eu me sentia muito mal...dava aquela zonzeira...ânsia de vômito...dor de cabeça...uma dor de cabeça que parecia...um martelo na minha cabeça...mas depois eu tomava os medicamentos e já vinha boa...o que eu sentia...isso de tontura...de ficar zonzinha...era constante de quando eu estava obesa [...]

Com a cirurgia sendo utilizada apenas com a função de colaborar para diminuir a ingestão de alimentos, e não com a função de um milagre, de resolução de todos os problemas, inclusive os emocionais, ela pode se beneficiar da qualidade de vida proporcionada por este tratamento. Ela buscou a cirurgia para conseguir saúde e também se beneficiou de uma nova imagem corporal ressaltada pela realização da primeira cirurgia plástica para retirar o excesso de pele.

Ainda sobre a cirurgia, confessou ter passado por um breve momento de arrependimento quando sentiu fortes dores físicas, mas aos poucos quando foi percebendo os resultados que eram conquistados dia a dia, gradualmente foi mudando sua opinião.

Jasmim comentou que com a cirurgia ficou até famosa, deu entrevista para um jornal da cidade, pois foi a primeira contemplada do extinto programa de obesidade mórbida

patrocinado pela prefeitura. Ela foi o foco das atenções por ter conseguido emagrecer 20 quilos no primeiro mês de cirurgia, contribuindo assim para elevar sua auto-estima e mudar a imagem corporal, pois passou da gorda que não tinha jeito, à mulher que está emagrecendo com a ajuda do procedimento cirúrgico.

Com o emagrecimento, ela pode realizar as cirurgias plásticas com a finalidade da retirada do excesso de pele. Realizou a primeira cirurgia no abdômen e disse que foi um procedimento no qual teve sua vida comprometida:

[...] fiz...faz três meses...foi em fevereiro...*eu quase morri...porque a gente faz a cirurgia bariátrica e a gente fica assim...com imunidade né...fica assim...um pouco mais fraca do que a gente é...né...e na cirurgia eu perdi muito sangue...então...eu fiquei assim...com um pouco de anemia...e eu tive uma hemorragia interna...lá dentro do hospital né...mas aí eu escapei dessa...agora eu fiz os exames e hoje que eu vou pegar pra mostrar pro doutor né [...]*

Este fragmento do discurso demonstra outra vez a referência à anemia que surge em momentos delicados de sua vida, é como se fosse uma defesa criada por seu corpo para mantê-lo vivo. Ou então será que podemos pensar que desenvolver uma doença como a anemia é o custo para ser magra, pequenininha novamente e caber em uma caixinha de sapato?

Apesar disso Jasmim se apresenta como uma pessoa integrada e de bem com a vida, reflexo de seu ambiente familiar que lhe proporcionou desde o nascimento a elaboração simbólica e o desenvolvimento de uma identidade sexual feminina considerada normal. Assim podemos perceber que não foram as mudanças advindas com a cirurgia que lhe proporcionaram uma simbolização, mas esta foi sendo criada em seu desenvolvimento.

Em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, Jasmim comentou sobre a redescoberta de seu corpo e as conseqüentes mudanças no relacionamento afetivo-sexual:

[...] agora tá mais claro...tá novidade...porque antes eu me entristecia de olhar no espelho...e agora não...agora eu me sinto bem...*não totalmente bem porque tem coisa aqui que ainda tem que mudar né...que eu tenho que fazer uns reparo*...mas eu me sinto bem com o meu corpo...agora assim em relação de carinho...essas coisas...agora o meu marido faz mais carinho...ele é mais carinhoso...sabe...fica mais assim agarrado...fica mais atrás de mim...antes ele não me procurava tanto quanto agora...agora ele é mais assim grudado...(risos)...e pra mim é bom né...porque antes ele era assim mais detido...agora ele melhorou muito mais...quase cem por cento [...]

Utilizando-nos do pensamento de Costa (2005), notamos que com este novo corpo Jasmim está compreendendo que além do reconhecimento social, ela está obtendo o reconhecimento e desejo por parte do marido. Dessa maneira, deve continuar neste processo de insatisfação e receio quanto à auto-imagem e, portanto, com a modulação de seu corpo para encarnar o ideal narcísico inventado pela moda e pela moral do entretenimento.

Ao comentar sobre **os horizontes dos projetos de vida**, comentou sobre seu desejo de chegar aos 70 quilos e estacionar neste peso, pois agora já fez a primeira cirurgia plástica que a ajudou a eliminar cinco quilos e também quem sabe fará outras no futuro, se tiver coragem é claro. Quando questionada, se estava com o peso desejado antes de realizar a cirurgia respondeu:

[...] no que eu determinei não...*ainda falta*...mas é só eu voltar a fazer assim...uma atividade física...porque eu ainda não comecei...vou começar de novo...e eu vou chegar sim do jeito que eu quero [...]

Jasmim teve uma boa base para o desenvolvimento de seu psique-soma harmonioso. Com a descoberta de sua obesidade e a necessidade de fazer a cirurgia devido a complicações físicas sérias advindas da obesidade, descobriu um outro corpo. Este outro corpo a fez voltar-se para a importância do olhar do outro e da inserção na sociedade com um corpo que caiba no mundo.

Colaboradora 5

Entrevista realizada em 12 de junho de 2007

Amarilis tem 53 anos, é católica, tem nível econômico-familiar correspondente a B2 e cursou até o ensino fundamental (7ª série). Ela trabalha como manicure. Tem quatro irmãos, duas mulheres e dois homens, ela é a quarta filha. É casada há 35 anos e tem dois filhos, um homem de 35 anos e uma mulher de 31 anos. Possui quatro netos e o mais velho, o único herdeiro da filha, mora com ela e o marido, tendo sido criado por eles desde seu nascimento.

Referiu ter começado a engordar após a gravidez da filha devido à incompatibilidade sanguínea com o marido. Porém, tornou-se obesa após uma série de problemas familiares como a descoberta da traição do marido e da existência de um filho deste com outra mulher, a gravidez da filha aos quatorze anos e, em seguida, a gravidez da nora, chegando ao peso máximo de 129 kg (IMC 53 kg/m²).

Considerando a data da entrevista, está operada há um ano e nove meses com o procedimento de Capella, atingindo o peso de 67 kg, o que corresponde a um IMC equivalente a sobrepeso. Realizou a cirurgia pelo SUS, sendo a quarta contemplada pelo programa patrocinado pela prefeitura da cidade do interior paulista onde foi realizada a entrevista.

No pós-operatório, referiu ter melhorado a depressão e suprimido os antidepressivos, restando apenas as fortes dores no joelho sendo necessária a realização de hidroterapia. No momento está lutando pela realização das cirurgias plásticas também gratuitamente.

A colaboradora chegou 15 minutos antes do horário marcado e sentou-se na poltrona que geralmente seria ocupada pelo terapeuta. Antes de iniciarmos a entrevista comentou sobre o hoje extinto programa da prefeitura para a realização da cirurgia bariátrica e sua luta pelo cumprimento do prometido pelos organizadores. Ao final da entrevista, teve dificuldades para

se levantar da poltrona devido ao joelho e, segundo ela, as duas faltas da hidroterapia na semana passada que contribuíram para deixá-la um pouco “travada”.

Em relação **aos horizontes da infância**, Amarílis revela a fragilidade de seu corpo físico devido à doença que teve nesse período e pode ter contribuído ao desenvolvimento da obesidade na fase adulta:

[...] *eu tive uma vida muito difícil...nós éramos em cinco...em casa...cinco irmãos...com:...quatro anos...minha mãe contava...eu tive meningite...eu fiquei muito doente mesmo...eu fiquei pele e osso...então foi muito difícil...fui curada...graças a Deus...não tive...não tive seqüelas assim...não precisei usar bota porque estava entortando o pé...mas assim...sempre tomando vitamina...sempre com problema de coluna...devido ao líquido que eu precisei tirar da coluna...então eu tive...não...tenho até hoje problema de coluna [...]*

Segundo Winnicott (1990), todo indivíduo é dotado de uma psique e um soma, que são inter-relacionados e ornamentados pela mente. A integração do psique-soma resultaria no processo de personalização ou localização do eu no corpo. Porém, processos infecciosos ocorridos durante a infância, como a meningite, podem causar interferências no funcionamento cerebral e modificar os processos mentais, mesmo que o corpo permaneça sadio, sem seqüelas.

Amarílis conta que desde pequena se dividia entre os estudos e a ajuda à mãe que lavava roupa para fora. Sua irmã mais velha tinha problemas de saúde e ficava com sua irmã mais nova, então ela e os irmãos mais novos trabalhavam com a mãe. Com 12 anos, ainda estudando começou a trabalhar de doméstica e babá.

Em relação **à temporalidade da adolescência**, a colaboradora conta sobre suas vivências afetivo-sexuais. Teve alguns namorinhos, mas namoro sério ela considerou o que

teve com o marido dos 15 aos 18 anos, porque antes disso, com mais ou menos 12 anos ela já começou a ter uma vida que lhe exigia mais responsabilidades.

[...] uns doze anos mais ou menos...porque nós ajudávamos ela...aí eu comecei a trabalhar...aí fui estudar...estudei...aí com quinze anos eu comecei a namorar...namorei três anos...aí engravidei...aí casei...casei com dezoito anos...tinha completado dezoito anos quando eu casei [...]

A colaboradora conta que foi apenas com seu marido que teve sua primeira relação sexual, após três anos de namoro, que acabou gerando uma gravidez e o casamento. Seu marido assumiu o filho e se tornou uma figura masculina em quem ela pode se sentir segura.

Para Freud (1933), a menina precisa buscar em suas relações o sentido do que é ser uma mulher. A menina ao voltar-se para o pai inicia-se o Complexo de Édipo e pode então promover uma escolha de objeto amoroso segundo o tipo paterno. De acordo com Nasio (2007), ao superar o Édipo, a menina, agora mulher, reconhecerá o falo no pênis ereto do homem amado e especialmente no amor que este homem lhe dirige.

Amarílis comentou que nunca teve uma educação sexual adequada. Sua mãe nunca lhes disse sobre o tornar-se mulher, a menstruação, como eram concebidos os bebês. Ela e os irmãos nem sequer lembram de terem visto sua mãe grávida e quando esta conversava com a tia ou amigas sobre estes assuntos, eles eram proibidos de permanecer na sala:

[...] nem eu...nem minha irmã mais velha...nada...a gente nunca assim ah:...sentou...alguém explicou como foi...como seria...como teria a menstruação...*a gente nunca soube disso...quando aconteceu foi aquele desespero...porque aí machucou...coisa...aí que ela pegou e foi falar pra gente...mas assim...se eu te falar pra você assim...eu nunca lembro de ter visto minha mãe grávida...porque depois de mim teve mais três...nem eu...nem minha irmã mais velha...a gente não lembra de ter visto minha mãe com barriga...a gente ouvia falar assim...ah:...a cegonha vai trazer o nenê...o pai foi buscar a carteira...o nenê vai vir dentro da maletinha...sabe...às vezes a gente olha as coisas...eu conto pra minha filha e ela fala assim...aí mãe eu não acredito...eu falo...é verdade...então:...eu falo assim...foi muito*

difícil...eu...até hoje eu falo assim...eu não acredito...*eu fiquei grávida e eu não sabia que eu estava grávida...minha mãe que descobriu que eu estava grávida...(risos)...eu não sabia...como pode né [...]*

O fato de nunca ter visto sua mãe grávida pode tê-la feito duvidar de sua existência, de seu nascimento, seu único indício de existência é um corpo físico que precisa estar sempre sendo estimulado por meio de doenças para se mostrar vivo. De acordo com McDougall (1997), a busca de alívio no sofrimento corporal pode ser uma espécie de tranquilização quanto aos seus limites corporais e quanto a possuir seu próprio corpo.

Segundo Levisky (1995), a falta de orientação em relação à chegada da menstruação pode levar a estados de ansiedade na adolescente. A chegada da menstruação prepara a menina para exercer um dos papéis da mulher na sociedade, o de mãe. Também não podemos esquecer que a formação da identidade sexual feminina pressupõe uma solução satisfatória do Édipo que inclui a identificação com sua mãe como ideal feminino. Pensando no modelo de feminilidade de Amarílis, percebemos que foi o de uma mulher com sua sexualidade oculta e questionável.

A colaboradora conta como sua mãe descobriu sua gravidez:

[...] ela marcava o dia que vinha a menstruação da gente...ela tinha tudo controlado...a minha e a da minha irmã...ela tinha tudo controlado...ela tinha um calendário...que ela marcava...aí não vinha e ela perguntou pra mim...e eu falei não mãe...eu não sei...porque ela nunca explicou nada pra gente e então a gente não tinha uma noção de falar assim...a você conta tantos dias eh::...nesse meio tempo vem...como eu fazia com minha filha...não...a gente não sabia...porque pra você ver...igual minha filha que a gente já sabia mais ou menos...e então eu falava...olha...de tal dia a tal dia você anda prevenida...eu falava pra ela...você anda prevenida porque nesse meio tempo pode vir a sua menstruação...então ela já ficava prevenida porque pode sujar a roupa sem perceber...mas...a gente não tinha noção...porque a gente nunca teve instrução...então...foi ela quem...se não falasse eu não ia perceber nada...eu ia perceber que ia ter alguma coisa diferente...a barriga...mais foi

ela quem descobriu...aí me levou no médico tudo...até médico que ela ia...porque aquele era médico:... antigamente que ela ia...como é que falava...se eu não me engano era médico que colocava o DIU pras pessoas não engravidar...e ela...minha mãe colocou...então ela me levou nesse médico...minha mãe me levou nesse médico...e foi ele que pediu exame e deu...que eu estava grávida [...]

Ainda seguindo o pensamento de Levisky (1995), percebemos que muitas famílias aceitam com dificuldades as transformações progressivas da adolescência e por isso reagem de forma repressiva e punitiva. A mãe de Amarílis talvez agisse dessa maneira com medo de perder seu lugar ou sua imagem de autoridade perante a família.

Essa figura feminina que, apesar de nunca ter sido vista grávida, exercia a maternidade de forma controladora a ponto de desautorizar a filha ao exercício da feminilidade. McDougall (1996, 1997), ao trazer o seu importante conceito de *um corpo para dois*, nos faz refletir sobre a situação vivenciada pela colaboradora com sua mãe. Essa situação de união e não-diferenciação do “eu” e do “não eu” comandada pela figura materna, ao ignorar os sinais e avisos de desejo de separação da filha, traziam um sofrimento enorme para Amarílis e a necessidade assim de direcionar esse sofrimento para um alvo, o corpo. A recusa de Amarílis a se submeter a essa lei pode ter sido sentida como resultando na perda do amor materno.

Ainda em relação a essa época de sua gravidez, já nos referindo agora à **temporalidade da vida adulta** e aos relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica, Amarílis conta que passou por situações difíceis nesse período da descoberta de sua gravidez afirmando que seu marido aceitou, mas a sogra não.

[...] quis...quis...ele quis...minha sogra não...*minha sogra não aceitava*...a mãe dele não aceitava...porque:...ela:...queria que ele:...arrumasse uma:...uma pessoa assim...como se diz...bem de vida...uma família bem de vida...e a minha família não era [...]

Quando sua mãe foi até a casa deles para comunicar sua gravidez, sua sogra, que dizia que o bebê não era de seu filho, já o havia mandado para São Paulo trabalhar em um estabelecimento da tia. Sua sogra sugeriu que ela abortasse, mas sua mãe não aceitou.

[...] minha mãe me levou lá e falou pra ela...e ela falou pra minha mãe que ela tinha um farmacêutico...que era pra minha mãe me levar num farmacêutico que ele ia me dar uma injeção...ela falou...ela toma uma injeção e pronto...eles não precisam casar ela ainda falou...*filha minha não vai tomar injeção minha mãe falou pra ela* [...]

Assim, surge na vida de Amarílis outra figura feminina que a impede do exercício da feminilidade, o que nos sugere a repetição dos padrões de feminilidade e masculinidade. Foi a partir das figuras parentais que ela introjetou os modelos de atuação do feminino e do masculino que acabaram se repetindo em sua vida.

Retomando as funções da organização familiar de André-Fustier e Aubertel (1998), notamos que a função de organização, que delimita os papéis, lugares e estatutos de modo a manter a imagem idealizada da família, estava claramente estabelecida para Amarílis. As mulheres seriam as controladoras e violadoras de seu exercício da feminilidade. Já os homens, seriam os responsáveis pela integração dos aspectos egóicos, seriam aqueles que a acolham nos momentos difíceis e lhe permitiam ser mulher.

Retomando sua história, nos conta que se correspondia com o namorado em São Paulo através de cartas enviadas pelo sogro que na época trabalhava em uma empresa de ônibus interurbano. As respostas do namorado ela ingenuamente mostrava à sogra que escrevia à sua irmã na capital do Estado para não deixá-lo voltar, porque o filho não era dele, já que ela era uma menina que trabalhava e estudava, situação mal vista em sua época. Com 17 para 18 anos, estava na 7ª série.

Contrariando o que todos pensavam, ele voltou da capital e casaram quando ela estava com três meses de gestação. Amarílis conta que não casou de branco, mas casou de rosa, na

Igreja, e seus pais financiaram uma pequena comemoração sem qualquer ajuda financeira da família do marido.

[...] e aí casei...fiquei morando...porque ele sem serviço...porque tinha vindo embora...aí *fiquei morando lá com os meus pais*...porque não tinha cama...não tinha nada né...nós ficamos morando lá...aí quando foi...nós casamos em dezembro...quando foi em janeiro...ah:...mãe dele escreveu pra tia pra chamar ele pra ir pra lá...trabalhar lá...mas pra ir...mas pra não levar eu...me deixar aqui...mas era assim...ele ia na mãe dele...levantava de manhã...estava sem trabalhar...ia na mãe dele...quando ele chegava ele vinha brigar comigo...*tava numa boa...ele chegava da mãe dele...ele vinha brigar comigo...porque ela falava que ele tinha que fazer o que ela queria...não o que eu queria* [...]

Após um mês de casados, a tia dele chamou-o novamente à capital do Estado para trabalhar e ele aceitou. A família dele não queria que ela fosse junto, mas ela foi e como disse: “comeu o pão que o diabo amassou com os dois pés juntos”. Alojaram o casal em uma região extremamente violenta e ela ficava sozinha o dia todo.

[...] aí *nesse tempo todo eu sofri pra caramba* porque:...a tia dele segurava ele o mais que podia lá...aí quando chegava em casa...já chegava em casa cansado...bebia uma pinguinha...aí já viu...*chegava em casa e descontava...a gente que levava*...fiquei sozinha...sem rádio...sem televisão...sem ninguém pra conversar...*vivia angustiada* né...sem família...vivia num lugar que só tinha bandido...me puseram num lugar que só tinha bandido...tinha assalto todo dia...escurecia...não podia mais sair pra fora...ficava lá dentro até ele chegar [...]

Voltava mensalmente ao interior para realizar consultas de pré-natal e, quando voltou na Semana Santa que naquele ano foi em abril, seu pai não a deixou mais retornar à capital já que o filho nasceria em maio. Seu marido voltou e pediu que fosse informado assim que ela entrasse no hospital para dar à luz. Mais uma vez as figuras masculinas são as que tentam organizar, juntar os cacos lançados pelo estilhaço causado pelas figuras femininas.

Neste momento aproveitamos para comentar sobre a relação de Amarílis com o pai:

[...] meu pai nunca teve assim:...era sempre aquele pai que:...você não pode fazer isso...você não pode fazer aquilo...não deixava a gente sair porque *a gente não tinha liberdade de sair de casa*...não podia brincar em frente de casa...e eu comecei a namorar com quinze anos e eu não podia namorar em casa porque ele não aceitava...então:...*é aquele pai que nunca deixou faltar nada pra gente...mas quem cuidava mesmo...que estava ali no dia-a-dia com a gente era...a maioria minha mãe*...pra mim e pros meus outros irmãos...fazia de tudo pra não deixar faltar nada pra gente [...]

Ao pensarmos sobre a constelação edipiana dos pacientes psicossomáticos descrita por McDougall (1996), notamos que ela se encaixa na constelação familiar vivenciada por nossa colaboradora. A autora refere que a constelação familiar desses pacientes é composta de um objeto maternal inadequado, e um pai arcaico que impede a mãe-seio de realizar suas funções, e não tem recursos para reparar esta falta.

No dia em que Amarílis sentiu as dores do parto e se dirigiu ao hospital, seu pai foi à casa da sogra e pediu que ela informasse o marido para que levasse recado ao filho na capital do Estado, já que devido ao trabalho como motorista ele estava todos os dias lá. Apenas a tia foi informada e instruída a não contar ao marido de Amarílis. O parto ocorreu na quinta-feira e quando era sábado um funcionário (outra figura masculina) do estabelecimento ouviu a tia dele comentando sobre o assunto e então este funcionário informou-lhe no domingo que já havia sido pai desde quinta-feira e que sua mãe exigiu não lhe contar.

Imediatamente ele voltou ao interior e optou por ficar com a esposa e o filho, já que o sogro disse que ela não voltaria mais à capital. Após um mês, ele arranhou emprego na cidade do interior e foram morar em uma casa só deles. Quando o menino estava com quatro anos de idade, eles conseguiram financiar sua casa própria. Eles tiveram também uma menina.

Quando a filha estava com mais ou menos 10 anos, Amarílis começou a receber cartas anônimas sobre a traição do marido. Nunca aceitou o conteúdo das cartas porque tinha plena confiança no marido:

[...] não...porque ele não me dava motivo né?...*então eu não tinha motivo porque desconfiar*...até que um dia apareceu um:...como é que se diz...uma carta de um advogado né?...em casa...e como a gente não tinha segredo...eu abri pra ler...tava o endereço tudo certinho...peguei pra ler e fui...aí eu fui pra saber o que é que era...aí no advogado ele falou pra mim...e eu falei...*não o meu marido não tem nada disso*...falei pra ele...meu marido não...e ele falou...tem...aí que eu falei pra ele...chegou esse papel aqui e eu fui ver...aí que ele pegou:...e me contou...mas nessas alturas *minha mãe já sabia*...minha mãe já sabia [...]

Esta carta do advogado surgiu quando o menino estava com mais ou menos sete, oito anos de idade e, portanto, numa época após o nascimento dos netos. Neste momento ela parece ter encarado a realidade e percebido que apenas ela havia fechado os olhos para a situação. Durante todo esse tempo, utilizava o mecanismo da negação para manter a sanidade de seu *Eu*, além da adicção de alimento. Sua mãe sabia, mas não havia contado nada acreditando que ela também já sabia e não se pronunciava.

Podemos perceber que mais uma vez seu exercício de feminilidade, mãe, mulher, esposa foi interrompido por uma figura feminina que engravidou de seu marido, o homem que acreditava ser o substituto do pai. Além disso, o fato foi encoberto por sua mãe, figura feminina que iniciou este processo de repetição de padrões de comportamento. Retomando Freud (1933), a menina pode ter uma desilusão ao descobrir que o pai ao qual se voltou após o afastamento da mãe, que é o possuidor do pênis tem seu desejo dirigido à mãe e não a ela. Na busca por um homem que pudesse fornecer a ela o falo, descobre alguns anos depois que ele também não tinha desejos dirigidos apenas a ela.

Por outro lado, este homem que se mostrou não ser tão perfeito preferiu a ela e lhe deu armas para fazer escolhas, o que não lhe foi permitido pelas mulheres.

[...] *que ele tinha acabado dessa aventura...nasceu esse filho*...só que ele não queria ter mais nada...ela queria que ele largasse de mim pra ir morar com ela...mas *ele não quis*...aí *ele falou pra mim*...*você me ajuda*...*você me*

ajuda...me aceita...pode me dar uma outra chance...falei dô...desde que nunca mais...aí ficou né...só que aí ficou a ameaça né...ele foi ameaçado de morte...ele saía de casa e eu já ficava com o coração na mão porque eu tinha medo...porque ela tinha irmãos que viviam armados pra pegar ele...ele não tinha hora pra sair do serviço então até chegar em casa...e a gente não tinha telefone pra ter contato...então eu vivia com o coração na mão...ele saía de casa eu vivia com o coração na mão...quando não...tinha a gente...porque eles vinham e ficavam parado em frente de casa...então tudo foi estas coisas...eh:...até que foi indo...e aí parou um pouco...sabe...as ameaça tudo...e aí a gente foi levando a vida da gente...a gente continuava levando...mas sempre com aquela mágoa...vira e mexe batia naquela tecla...fez errado e tudo [...]

A colaboradora comentou que mesmo o resultado de teste de paternidade não ter revelado 100% de certeza, ela fez com que o marido fosse visitar o filho a cada 15 dias e que pagasse a pensão de acordo com a lei.

Amarílis não quis que seus filhos soubessem da traição do pai, no entanto, eles foram saber há mais ou menos cinco anos atrás. Disse que seu filho não aceitou a situação, pois queria que ela se separasse do pai e ela retrucou dizendo que era uma opção dela.

[...] então é meio difícil né a gente aceitar...eu não aceito...pode até ser que ela passe perto de mim e me vê...mas eu não quero...minha mãe conheceu...minha mãe...minhas irmã...tudo conheceram...minha filha...meu filho também não aceita...meu filho é muito revoltado porque ele acha que eu tinha que ter largado do meu marido...quando ele descobriu ele falou que eu devia largar do meu marido...e eu falei...não importa...é uma opção minha...foi uma opção que eu fiz...eu gostava dele então foi uma opção que eu fiz de viver com ele...e nisso faz 35 anos que nós estamos juntos [...]

Em seu discurso há sempre a repetição das imagens femininas com opiniões e atitudes contrárias à dela e a repetição das imagens masculinas apoiando-a. Sua filha além de ter conhecido a “rival” da mãe, também teve algum contato com o meio-irmão e foi quem avisou

o pai sobre as atividades ilícitas do jovem. Atualmente, este rapaz fruto da traição, tem uma filha e está preso.

Ainda em relação à **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora conta sobre o processo de construção do corpo obeso após a gravidez da filha, quando tinha 23 anos, devido à incompatibilidade sanguínea com o marido que poderia ter sido evitada se os médicos a informassem sobre isso já na gravidez de seu primogênito:

[...] mas engordar eu comecei engordar mesmo depois na gravidez da minha filha...porque:...o meu tipo de sangue não combina com o do meu marido...e eu não sabia...eu vim a saber na gravidez dela que o nosso sangue não combinava...então eu tive uma *gravidez de risco* [...]

Esta gravidez foi de risco, precisando ficar bastante tempo internada e fazendo consumo de vitaminas o que contribuiu para o aumento do peso. Amarílis confessou que na primeira gravidez chegou a engordar, mas conseguiu voltar a seu peso normal. Após a gravidez da filha, fez inúmeras dietas e não conseguia emagrecer, lhe disseram que poderia ser algum distúrbio da tireóide, mas nada foi comprovado. Isso nos faz pensar que com o término do preenchimento e do funcionamento de seu corpo com as gestações, ela precisava arranjar algum jeito de seu corpo dar sinais de sua existência e encontrou a solução no alimento.

Recordando o pensamento de McDougall (1996) sobre a mãe que alimenta a percepção de *um corpo para dois* controlado pela figura materna, a autora explica o surgimento de eclosões somáticas e, portanto, não simbólicas como uma maneira de comunicar aquilo que não havia sido elaborado psiquicamente como os desejos fusionais acompanhados de fúria narcísica. Dessa forma, McDougall (1996, p. 159) nos faz pensar que “[...] suas doenças confirmavam-lhe que seu corpo estava vivo e que, no interior desse corpo, ela era um indivíduo completo, que não corria riscos de perder sua identidade individual”.

Fez tratamento com um médico de outra cidade do interior de São Paulo, no qual conseguiu emagrecer com a ajuda de medicamentos. Disse que em um mês chegava a emagrecer sete, oito quilos e no outro mês não emagrecia quase nada. Além disso, quando parava de tomar o remédio engordava mais ainda, sendo que o médico havia lhe avisado que para manter o peso baixo ela teria que tomar remédio pelo resto de sua vida, preferiu ficar sem o medicamento.

Nesse período com um corpo obeso, comenta que não tinha dificuldades e lidava bem com isso:

[...] eu não tinha assim:...eu ficava assim...porque é aquelas coisas...se você ta gorda...não tem roupa que serve...não tem roupa que fica boa...mas *eu não tinha assim aquele preconceito* de ...ah:...eu não vou sair de casa porque eu to gorda...eu não tinha...eu me trocava...eu passava meu batom...me arrumava...saía com meu marido na boa...*nunca tive vergonha*...de sair...se tinha que ir pra praia...eu ia...punha maiô...nunca tive este preconceito sabe...de falar assim...ai que corpo feio...eu queria emagrecer...eu fazia de tudo...mas não conseguia [...]

Independente de ser um corpo que sofre preconceitos diante do olhar crítico da sociedade, ela não se importava e se mantinha confortável porque era com as formas obesas que ela conseguia naquele momento esboçar os contornos de seu eu. Citando uma fala da paciente Georgette descrita por McDougall (1996, p. 173), acreditamos que ela poderia ter sido expressa por Amarílis “Tenho medo de perder essa identidade. Foi através de meu corpo doente que sempre vivi. Ele me protegia das implosões da minha mãe [...]”.

Recordemos, também, que foi nesse período que ocorreu uma série de problemas familiares: a gravidez da filha aos 14 anos e logo em seguida a gravidez da nora também, a descoberta da traição do marido e de seu filho com outra mulher, que contribuíram para seu sofrimento psíquico:

[...] porque nesse meio dessas coisas do casamento...meu marido teve um filho...eh:...tudo veio junto também...ajudou também...aí minha filha ficou grávida e eu não aceitava porque ela fazia balé e faltava dois anos pra ela se formar professora de balé...e ela engravidou...foi uma gravidez muito atribulada...ela brigava muito...e o que é marido dela hoje...brigava muito com ela...então...a gente tinha que sair atrás dela na rua...tarde da noite...então foi muito difícil e eu vim a entrar em depressão...e nesse meio de tempo...o meu filho também arrumou uma namorada e ela engravidou também...então foi uma coisa e outra...aí eu comecei ter dores de cabeça [...]

Pensando de modo geral em sua identidade sexual, percebemos que sua vida esteve cercada por gestações, a mãe não grávida, mas que era mãe, não sabia da própria gravidez, filha bailarina grávida, nora grávida, gravidez da amante do marido. Sua existência era envolvida por repetições, repetições de padrões femininos e masculinos, repetições de gestações e especialmente repetições da formação de sintomas pela via biológica.

Roudinesco e Plon (1998) nos explica o importante conceito psicanalítico da *compulsão à repetição*. Este conceito pode ser utilizado para designar uma força pulsional que reproduz a dor e revela a impossibilidade de escapar de reviver uma impressão vivida quer seu conteúdo seja fonte de prazer ou desprazer. Alguns psicanalistas ligam a compulsão à repetição à pulsão de morte. Discordando do fato da *compulsão à repetição* servir às pulsões de morte, McDougall (1997, p. 130, grifo da autora) diz que “[...] a compulsão a *manter e repetir* modalidades inconscientes profundas de comportamento, mesmo aquelas que são manifestamente patológicas, é frequentemente revelada como estando *do lado da vida*.” E, portanto, as sucessivas explosões psicossomáticas podem estar a serviço da sobrevivência psíquica e da pulsão de vida.

Nesse meio tempo, ela também tinha fortes dores de cabeça que foi descobrir serem ocasionadas por uma solitária que estava calcificada em uma veia do cérebro. Quando ela estava muito nervosa, vinham novamente as dores de cabeça porque o sangue tinha

dificuldade de passar pela veia devido à solitária. Foi então que seu médico também diagnosticou a depressão.

Ainda **na temporalidade da vida adulta**, Amarílis conta sobre a forte depressão que teve ocasionada pelos fatores já citados:

[...] e *eu queria emagrecer...eu ficava sem comer...eu queria emagrecer e não conseguia...e aí isso...foi prejudicando cada vez mais...e eu engordava...em vez de emagrecer eu engordava...meu marido não podia olhar pra mim...meu marido olhava pra mim eu já estava chorando...ele nem perguntava pra mim o que é que era...eu já estava chorando...eu não tinha vontade de fazer nada...eu tinha vontade de sair andando sozinha...porque tem gente que fala que quem ta com depressão pensa em fazer besteira...eu nunca tive este problema...eu tinha vontade de andar...pra onde assim eu não sei...até cansar...meu único problema era esse [...]*

Referiu que, desde 1999, faz tratamento psiquiátrico em um Centro de Reabilitação do município, pois antes fazia através de convênio médico e como suas condições financeiras não permitiram mais continuar foi encaminhada ao serviço público. Tomou antidepressivo até dez dias antes da cirurgia.

Ela disse ter ficado muito magoada com a filha que parece ter sido o estopim da crise, apesar de já ter tido indícios da traição do marido e negar o fato, depositou na filha a culpa de seu problema, talvez com medo que ela repetisse sua história. Diz não entender por que ela engravidou, sendo que lhe deu uma educação bem diferente da que recebeu:

[...] mesmo antes de vir a primeira menstruação dela...eu chamei ela...conversei...expliquei tudo pra ela né...eu sempre falava pra ela...cuidado...a gente alertava né...mas...infelizmente aconteceu...e *eu não aceitava...meu marido aceitou a gravidez dela...eu tinha muito medo que ele não aceitasse...porque assim...ela teve a liberdade que eu não tive na infância...porque assim...eu tenho meu filho que é quatro anos mais velho que ela...então...todo lugar que ele ia...ele levava ela junto...então ela tinha toda liberdade com ele...ele ia viajar com a namorada...ela ia junto...então eu deixava sabe...então eu não aceitava...ela ter feito isso comigo...eu dava toda*

liberdade pra ela e ela fez isso comigo...entendeu...eu não aceitava...então eu sofri muito por isso [...]

Com a gravidez da filha, ela repete o padrão de sua história com as mulheres e dessa vez se torna ativa destituindo a filha do exercício da maternidade à semelhança do que lhe foi imposto com a feminilidade.

A filha que os pais queriam que casasse, não casou, apenas foi morar com o pai de seu filho. Logo que o menino nasceu, eles estavam separados e então os avós assumiram a criação do menino que acabou morando com eles até hoje. A filha de Amarílis está morando junto com o pai do filho até hoje. O menino chama a vó de mãe e de vó, mas o vô ele chama apenas de vô porque pai para ele é um só.

Amarílis também referiu que seu marido aceitou melhor que ela a gravidez da filha. Apesar das recomendações e do exemplo da irmã, depois de aproximadamente um ano seu filho engravidou a namorada. O filho que eles não queriam que casasse antes do nascimento do bebê, porque ele ia fazer 18 anos, decidiu casar, mas depois de um tempo separaram e atualmente ele é casado com outra mulher e tem mais duas filhas, além da menina de 15 anos do primeiro casamento, uma de nove e outra de sete anos.

Com o excesso de peso, decidiu então partir para a cirurgia como única alternativa.

[...] nesse meio de tempo eu perdi minha mãe...eu tava fazendo a preparação pra cirurgia né...eu perdi minha mãe nesse meio de tempo...então eu tinha que...a minha mãe ficou 39 dias na UTI...entubada...então todo dia eu tinha que ir no hospital ver ela...porque minha mãe tinha muita preocupação comigo por causa dessa dor de cabeça que eu tinha...e porque quando eu tinha tido meningite quando era criança...então ela é muito preocupada comigo...então...mesmo ela entubada...em coma induzido...eu tinha que mostrar pra ela que eu estava bem...então todo dia eu ia lá...no hospital ver ela no horário de visita...eu ia e conversava com ela...falava que estava bem...o dia que eu ia no médico...eu chegava pra ela e falava que eu estava bem...então todo este tempo eu fui...eu levei meu pai...eu levei meu

irmão...tudo pra ver minha mãe...eu que tinha que levar porque eu tinha que mostrar pra ela que eu estava forte...porque o médico falava assim...tudo que vocês falam ela escuta...então eu tinha que ir...tinha que estar ali forte perto dela...até quando ela faleceu...eu pensei em desistir da cirurgia...porque a preocupação dela era essa né [...]

Mesmo com a angústia da mãe e seu receio com a cirurgia, Amarílis não desistiu e operou. Isto é justificável pelo fato de que com a morte da mãe surge a possibilidade de nascimento, de sua existência como psique-soma, o fortalecimento do ego, pois a pessoa que a destituía de sua feminilidade partiu.

A cirurgia parece, então, ter funcionado como um impulso para o processo de desenvolvimento de um corpo integrado que se iniciou com a morte da pessoa que lhe barrava. Como nos diz McDougall (1996), com a impossibilidade de desenvolver sintomas no corpo, ela teve de descobrir outras vias de formação dos sintomas.

Após dez dias do falecimento de sua mãe, seu pai teve que ser internado na UTI no mesmo hospital em que sua mãe ficou. Ele teve problemas cardíacos, fez cateterismo, angioplastia, introduziu *estente* e por isso permaneceu cinco dias na UTI. Os filhos chegaram a acreditar que também perderiam o pai, mas saiu da UTI, ficou mais sete dias no quarto e está vivo até hoje, apesar de após este problema cardíaco já ter sofrido algumas quedas que também o deixaram de cama.

Contou também de um irmão, o único que mora em outra cidade, que logo em seguida teve derrame e precisou ser ajudado. Podemos perceber que conta em detalhes sobre as doenças com as quais teve contato, revelando todo o seu sofrimento e o sofrimento alheio por meio de um discurso hipocondríaco.

Referindo-nos à **vivência após a cirurgia bariátrica**, Amarílis conta que ela operou de manhã e à noite já estava levantando e tomando banho. Teve todo o auxílio da irmã mais

velha que foi quem cuidou dela após a cirurgia. Ela ficou um mês na casa do pai, para que a irmã cuidasse dela.

A irmã parece ter sido a única figura feminina que cuidou dela e não lhe desautorizou do exercício da feminilidade, talvez porque ela própria, a primogênita, não casou nem teve filhos.

Ainda nos referindo à **vivência após a cirurgia bariátrica**, apesar de ter um prognóstico indicando que pode vir a se tornar um corpo simbolizado, preferindo direcioná-la à subcategoria fixação no corpo não simbólico, pois nos conta que ainda tem problemas no joelho, o que a levou a ter que fazer hidroterapia constantemente.

Referiu não tomar mais antidepressivos, só restaram os calmantes que auxiliam a dormir. Ela fala detalhadamente sobre seu pós-operatório imediato, quando o médico foi vê-la e todo o ocorrido. Contou sobre as dificuldades em ingerir líquido no copinho de 20 em 20 minutos durante um mês e também sobre as restrições de atividades físicas além de complicações:

[...] com dois meses eu já fui pro fogão...porque menos de dois meses ele não deu alta para ir pra fogão...até dois meses ele falou...até dois meses não vai...e graças a Deus eu não tive vômito né...em vista das outras que operaram e tiveram muito vômito...eu não tive de jeito nenhum...a única coisa que eu tive foi em agosto do ano passado...que foi aquela *esofagite*...que lá perto de casa tava dando em todo mundo disenteria e vômito...e eu como né...do prato normal você passa a comer num prato de sobremesa...pra não dizer no pires né como fala...e eu peguei esofagite...e eu tinha dor...doía...doía...doía [...]

Esse problema de esofagite Amarílis teve depois de quase um ano de cirurgia e devido a isso ficou quatro dias internada. Precisou fazer três endoscopias com as quais diagnosticou este problema que fez inchar a parte do estômago envolta pelo anel e com isso o alimento estava parado lá.

Notamos que a colaboradora ainda continua na via biológica de formação de sintomas como referência à sua existência corporal. Santos Filho (1994) recorda que para que ocorra a formação de sintomas pela via simbólica, é necessário um corpo erógeno, o que é possível mediante um sujeito, constituído simbolicamente, que se expressa através da fala, que se inclui numa perspectiva edipiana, que diferencia o eu do outro, que constitui os limites egóicos e corporais e o sentimento de identidade.

Sobre os relacionamentos afetivo-sexuais na **vivência após a cirurgia bariátrica**, Amarilis comenta que:

[...] *continuou a mesma coisa...teve assim aquele período que você faz a cirurgia que é...que o médico fala pra tomar cuidado...então...no começo assim foi muito difícil porque a gente tinha muito medo de que acontecesse alguma coisa...então...era bem assim...ele tinha muito cuidado...sabe...tinha não...ele sempre...nunca foi um cara assim...aquele homem assim estúpido...bruto...sabe...nunca foi...nesse sentido assim...sempre foi carinhoso...quanto a isso eu não tenho o que reclamar [...]*

Podemos pensar que seus relacionamentos afetivo-sexuais não sofreram mudanças consideráveis pela sua condição de corpo não erogeneizado. A partir do processo de simbolização de seu corpo, conseguirá sentir melhor os prazeres sexuais e não utilizar o seu corpo apenas como sinal de existência através do sofrimento.

Além disso, seu marido parece ter sentido o emagrecimento da esposa, pois ela comentou que ele ganhou peso após sua cirurgia causando uma inversão de imagens:

[...] *ele não é obeso...mas ele fumava...ele era bem magro...ele tem úlcera...problema de gastrite...aí teve que largar de fumar porque tava enfartando...aí ele foi engordando...hoje ele é gordo...ele pesa 104 quilos...só que ele está com problema de tireóide e o médico não quer dar remédio pra ele porque disse que ta controlada a tireóide dele...e diz também que dá reação o remédio da tireóide...então o médico não quer dar remédio pra ele...até agora ele ta com pedido de exame pra fazer pra fazer outra vez...a cada três meses ele faz exame...de tireóide né...e o médico não dá medicação*

pra ele porque está controlada...a tireóide dele...porque dá uns efeitos muito esquisitos os remédios da tireóide...então...agora ele vai fazer pro médico ver se continua tudo controlado...porque já é dois exame que ele faz...mas o médico não quer dar medicação pra ele tomar...então hoje a gente inverteu...*ele era o magro...eu era a gorda...*(risos) [...]

Com o emagrecimento, ela tem a possibilidade de se tornar dona de um corpo próprio e vivenciar uma relação social, não ser mais tão dependente, aquela que precisava ser sempre cuidada, o que pode gerar o sofrimento daqueles que estão em volta. Schilder (1980) diz que uma modificação real da aparência pode mudar não só o corpo como a imagem corporal que pode ser reconstruída. Esta mudança na imagem corporal pode ocorrer mediante a mudança de atitude dos outros em relação à nova imagem, além da alteração da atitude psíquica do indivíduo.

Acreditamos que, apesar de Amarílis ter um prognóstico favorável, ela ainda tem um longo caminho para percorrer, sonhar e narrar, por meio de palavras, suas histórias sentidas, significadas e simbolizadas, para que seu corpo possa ser elaborado psiquicamente, integrado à psique e se torne livre das marcas deixadas pelo existir.

Colaboradora 6

Entrevista realizada em 19 de junho de 2007

Hortência tem 50 anos, é budista, tem nível econômico familiar B2 e tem nível de escolaridade correspondente ao 2º grau completo. Trabalha como artesã e por isso precisa viajar bastante para expor seus produtos nas feiras.

A colaboradora tem dois irmãos, sendo a filha do meio. No dia de seu aniversário de 5 anos, seu pai levou Hortência e os irmãos para morar com ele. A partir desse dia, nunca mais viu sua mãe e referiu não lembrar-se de momentos com ela. Aos 17 anos casou grávida, mas sofreu aborto logo após o casamento, levando-a a adotar uma menina. É viúva há um ano e tem quatro filhos, dois homens, de 30 e 28 anos, e duas mulheres, de 32 e 26 anos. A filha mais velha é adotiva. Comentou que no terreno que corresponde à sua casa moram um filho e um neto na residência da frente, e nos fundos, ela, três filhos e uma neta.

Relatou ter começado a engordar um ano após a última gravidez, há mais ou menos 25 anos, e foi parando de cuidar de seu corpo com cremes e exercícios até chegar ao peso máximo de 134,6 kg (IMC 49, 43 kg/m²). Considerando a data da entrevista, está operada há um ano e nove meses e atingiu o peso de 78 kg, o que corresponde a um IMC revelador de sobrepeso. Realizou a cirurgia, do tipo Capella, de escolha do médico, em instituição filiada ao plano de saúde. Realizou psicoterapia no pré-operatório por um ano e no pós-operatório não realizou. Relatou também que apenas uma das filhas aceitou assinar o termo de consentimento para a realização da cirurgia. Não se sentiu completamente feliz e satisfeita com a cirurgia, principalmente devido ao aparecimento das rugas e dos ossos por causa do emagrecimento, além do ressecamento da pele.

Hortência foi indicada por um médico de uma clínica especializada em gastroenterologia. A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora.

No que se refere **aos horizontes da infância**, comentou não gostar de lembrar dessa fase, apesar de não reconhecer seu trauma e as marcas que o ocorrido nesse período deixaram em seu psicológico:

[...] era só eu...meu pai...e meus dois irmãos...não foi ruim...porque eu não tinha mãe...mas não foi uma maravilha não...então era assim...*a gente pela gente*...meu pai cuidava...mas *a gente ficava muito tempo sozinho*...meu pai trabalhava...pra olhar a gente...sustentar tudo...mas pra falar...passeio...uma coisa e outra a gente não tinha...a gente se virava sozinho...então eu não tenho muito pra falar sobre a infância [...]

Referiu, então, que a separação dos pais e o último dia em que viu a mãe ocorreram no dia de seu aniversário de cinco anos. O que a fez criar um trauma e acreditar que todas as ocorrências em sua vida, especialmente as ruins devam ocorrer nestes dias próximos à data referente ao seu nascimento.

De acordo com Freud (1931, 1933) e Nasio (2007), toda criança por volta dos seus quatro anos de idade passa pelo Complexo de Édipo e com ela não parece ter sido diferente, especialmente porque o tempo todo estava cercada por homens, ambiente propício para perceber a diferença anatômica entre os sexos.

Outro ponto que podemos destacar da infância é sua relação com a mãe, que apesar de ter sido vivenciada brevemente lhe deixou marcas profundas:

[...] quando a gente vivia com ela...eu tenho poucas lembranças de coisas assim...que eu vi...que nem...*meu pai que cuidava mesmo da gente...mesmo com ela*...então é lembranças que eu tenho assim...é:...da gente saindo...*ela na janela olhando*...meu pai trazendo a gente embora...*passagens que a gente teve dentro de trem*...mas assim sabe...morreu aquele assunto só naquele pedaço...só que em outras coisa como foi a vida com ela...não sei...*depois apagou* [...]

É como se sua mãe não tivesse feito parte de sua história, é como se não tivesse nascido da mãe e com isso seu psique-soma não podendo interagir, ficou à mercê da mente. De acordo com Winnicott (1990), a relação entre o psique-soma e a mente surge na primeira fase de vida do bebê. Portanto, um desenvolvimento inicial saudável propicia a continuidade de existência, ao passo que o fracasso materno produz uma oposição entre a mente e o psique-soma, propiciando que a primeira passe a controlar e organizar os cuidados a serem despendidos ao último. Parece-nos claro dizer que suas vivências não são simbolizadas, são apenas passagens, cenas da realidade que relembram o trauma sofrido.

Sua ligação com a mãe lhe causou tanto sofrimento que relatou nunca mais tê-la visto após seus cinco anos:

[...] meus irmãos chegaram...meu marido conheceu...minha filha mais velha...e *ela diz que quer me conhecer*...mas pra mim não serve...não quero...então eu falo assim...*pai e mãe foi só meu pai*...também já passou...não conheço...não tenho curiosidade de ver...nem de saber como é que é...então não tenho...meus irmãos já foram conhecê-la...ficaram com ela...mas eu não tenho essa curiosidade [...]

Podemos pensar que, ao longo de sua vida, sempre esteve cercada e cuidada por homens tendo, portanto, uma frágil identificação feminina associada à figura materna, pois relata que mesmo quando tinha a mãe por perto quem lhe dirigia os cuidados era o pai.

McDougall (1996) nos ajuda a compreender a constelação familiar de Hortência que parece se assemelhar a dos pacientes somatizadores da psicanalista. Esta organização edipiana é composta de um objeto maternal inadequado, como já vimos, e um pai arcaico que impede a mãe-seio de realizar suas funções, e, portanto, a realização de desejos incestuosos, e não tem recursos para reparar esta falta. Dessa forma, a falta da instância maternante pode levar o indivíduo a tentar substituir o objeto-mãe de necessidade por substâncias adictivas, como o alimento.

Sobre a **temporalidade da adolescência**, referiu não se lembrar de muita coisa:

[...] o mesmo pé da minha infância...(risos)...meu pai sustentava...olhava a gente...pra gente nunca faltou nada...mas assim...*a gente olhava a gente própria*...meu pai trabalhava...e a gente só via ele à noite...e o resto *a gente se virava sozinho* [...]

Hortência disse que na adolescência não tinha muitos amigos e não gostava de ir a festas. Foram com estes poucos amigos que ela aprendeu alguma coisa sobre educação sexual. Levisky (1995) diz que, na adolescência, o indivíduo revive consciente ou inconscientemente situações do passado, e, portanto, a forma como a passagem por este período será sentida depende de suas experiências infantis, das relações afetivas primárias, das características de sua iniciação na vida social, da resolução do conflito edípico e de seus medos e angústias.

Ainda na **temporalidade da adolescência**, a colaboradora comentou sobre suas vivências afetivo-sexuais revelando ter tido apenas dois namorados.

[...] eu só tive dois namorados...(risos)...eu nunca fui assim de namorar...eu não gosto até hoje...de onde tem muita gente...porque *eu detesto encostar em alguém que esteja suado*...nossa...aquilo me dá arrepio...eu gosto até hoje de viajar...*adoro conhecer lugares*...adoro ler...então sempre fui assim...sempre fui de passear...viajar...conhecer lugares que eu gosto né...se ta muita...muita gente não dá [...]

Podemos perceber que, desde essa época, sua vida foi de passagens, movimentos do corpo sem qualquer significado e sentido, sem a mediatização do simbólico, justamente pela falta de cuidados maternos adequados que lhe propiciassem a integração do psique-soma.

O primeiro namoro durou poucos meses, e o segundo foi com seu marido. Eles namoraram por nove meses e decidiram casar. Foi com seu segundo namorado que se tornou marido que Hortência teve sua primeira relação sexual. Este envolvimento acabou culminando em uma gravidez seguida de um aborto espontâneo.

Retomando Levisky (1995), ele diz que “[...] o psiquismo do adolescente se caracteriza por uma tendência a funcionar dividido, numa luta para a integração de seus afetos contraditórios.” Dessa forma, a gravidez num corpo que ainda parece não ter sido sentido como um corpo adulto, feminino, com maturidade, pode ter feito surgir mais conflitos.

Na **temporalidade da vida adulta**, Hortência continua com seus elementos reveladores de seu estado de passagem no mundo, que como ela mesma diz “[...] é como se eu tivesse criado um mundo meu...e naquele mundo meu não entra mais ninguém [...]” Falou isso ao comentar sobre não gostar de ter amigos, de conversar, de morar em uma casa, seu desejo era morar na rua.

[...] não morar na rua...mas *estar circulando o tempo inteiro*...sabe...se vai de um lugar pro outro...então eles falam em casa assim...porque você não arruma um serviço que vai de um lugar pro outro...tanto que hoje eu faço artesanato...então tem feira em outra cidade...isso eu me sinto bem...porque eu to sempre cada dia num lugar...uma coisa assim...*não gosto das coisas muito rotineiras*...tanto que na minha casa...hoje eu durmo no mesmo quarto...tem doze anos que eu to no mesmo quarto...mas eu não dormia no mesmo quarto...o quarto do meu filho pulava pro meu...o meu ia pra lá...*não conseguia viver no mesmo lugar*...nem cabelo nunca...aquilo me incomodava [...]

Por meio de seu discurso, Hortência nos revela seu funcionamento autístico por meio de um corpo que só é sentido em movimento. Roudinesco e Plon (1998) diz que o termo autismo é utilizado pela psicanálise para denominar a situação de ensimesmamento psicótico do sujeito em seu mundo interno com a ausência de qualquer contato com o exterior. O funcionamento autístico também pode ser denominado de auto-erótico por ser um modo de encontrar prazer unicamente com seu próprio corpo, sem recorrer a qualquer objeto externo. Em outro momento corrobora com esta idéia de funcionamento autístico e infantil:

[...] eu não sou muito de cuidar de casa não...assim...de saber que tem uma obrigação...de você falar assim oh::...ah::...tal coisa é tua obrigação de

fazer...não gosto de ordens...sabe assim...você me dar ordens...eu sei o que eu tenho que fazer...mas eu detesto ordem...teve uma época que eu não suportava vim pra casa...e quando dava assim tipo seis horas que o tempo não está nem escuro nem claro...aquilo me deixava angustiada...então aí eu não gostava da casa...então meu marido tinha que ir...*a gente entrava dentro do carro e meu marido ficava circulando dentro da cidade até escurecer realmente...aí voltava...por isso que eu falo que eu não gosto de casa...detesto casa...eu vivo dentro da casa porque eu sou obrigada e não tenho pra onde ir...mas eu não sou muito chegada em falar em casa assim...estranho eu te explicar [...]*

Na **temporalidade da vida adulta**, ela revela o processo de construção do corpo obeso ocorrido após um ano do nascimento da última filha:

[...] eu nunca fui muito gorda...eu comecei a ficar muito obesa quando...há vinte e cinco anos atrás...*eu creio que foi algum distúrbio que eu tive...algum problema...e aí comecei a engordar...tomava remédio...emagrecia...parava...e voltava o peso...até que um dia eu decidi que eu não ia mais tomar remédio...aí foi só engordando...não tinha outro jeito a não ser só cirurgia [...]*

Hortência relata que na gravidez da filha engordou bastante, chegou a quase 100 kg, mas emagreceu e voltou aos 70 kg. Foi quando a menina completou um ano que o processo se iniciou. Foi ao médico, fez diversos exames e nada foi descoberto o que nos faz pensar em uma obesidade desenvolvida como manifestação sintomática que utiliza o corpo como linguagem para expressar um sofrimento psíquico. Como diz Loli (2000), uma obesidade como sintoma formado pela via biológica, sendo assim comparada às doenças psicossomáticas.

Referiu acreditar ter engordado por questões relacionadas à sua educação:

[...] eu achava que eu estava gorda por duas coisas...o meu pai falava assim...que a gente tinha que comer quando a gente tinha vontade...que: às vezes...muito gente faz regime e deixa de comer...e às vezes quando fica doente ou acontece alguma coisa você vai ter vontade de comer e não vai

poder comer...então ele achava que você tinha que comer...aí ela falou assim pra mim que é um raciocínio errado...aí meu marido falava assim pra mim...o dia que você estiver muito gorda e não couber...não passar na porta...a gente traz a porta da oficina e faz uma porta e quebra...então a gente vai se acomodando com as coisas [...]

Esses gestos dos dois homens de sua vida contribuíram para o seu não pensar sobre seu sofrimento e continuar tentando preencher sua angústia com a comida. Hortência não foi estimulada a nomear seus sentimentos ou se utilizar da linguagem para expressá-los, afinal seu pai os educou, mas não permitia o diálogo sobre assuntos mais íntimos. Depois veio seu marido que também preferiu o silêncio, ao calar e aceitar suas imposições em vez de dialogar sobre os sentimentos.

De acordo com McDougall (1997, p. 174), nos indivíduos somatizantes, que desenvolvem sintomas pela via biológica, “[...] é o soma que se comporta de maneira ‘autista’ e ‘recusa’ a elaboração verbal do terror que está submerso ou forcluído da apercepção consciente.” Estes indivíduos que se utilizam de uma posição autista-contíguo comunicam dessa maneira sua possibilidade de sobreviver ao trauma da infância.

A colaboradora revela, sem qualquer receio, sua atitude de obesa ao comentar sobre seus hábitos antes da cirurgia:

[...] comia...gordo fala que não come mas é mentira...gordo come...e eu sou doida por doce...e hoje eu como doce o dia todinho...eu não como comida...quando eu como eu passo mal [...]

Hortência revela seu modo de agir semelhante ao da garotinha de cinco anos que adora doces e não se importa em ter uma alimentação adequada, já que está é uma função dos pais. Ela nos disse que precisa comer rápido por causa de seu trabalho que não lhe permite parar por muito tempo e, além disso, ela não tem o hábito de mastigar os alimentos, ela prefere engolir, não aceita processos.

Parece-nos estar claro que até este momento ela era apenas um corpo sem qualquer simbolização ou sem qualquer esboço de eu, um corpo artístico que se utilizava da obesidade como mais uma forma de preenchimento, já que suas gestações terminaram e ela precisava continuar mantendo seu corpo em funcionamento.

Em relação à **temporalidade da vida adulta**, revelou ter sofrido pelo estigma da obesidade, especialmente em relação ao não poder se vestir de acordo com a moda atual:

[...] eu não tinha o que vestir...se você é gordo...eu nem ia nas lojas por causa disso...você entra na loja...e *não tem roupa pra gordo*...e quando você acha alguma coisa...normalmente as vendedoras te olham meio de travessado...então eu pedia e elas mesmas iam lá ver as coisa que eu precisava...as calcinhas...sutiã...e já traziam [...]

Lipovetsky (1989) compreende a moda como dispositivo social que pode afetar esferas muito diversas da vida coletiva. De acordo com o autor, a moda também propicia aos seres a observação e apreciação de suas aparências, favorece o olhar crítico dos outros, a observação da elegância alheia, e pode se tornar um aparelho gerador de juízo estético e social.

Na **temporalidade da vida adulta**, a colaboradora fala sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica, afirmando não existir qualquer problema ou vergonha em mostrar-se para o marido:

[...] o engraçado é assim...do tamanho que eu estava se eu tivesse que manter...não precisa ser nem do tamanho que eu estava...hoje...com esta banha toda na barriga...se eu tivesse que arrumar alguém eu jamais faria isso...com o Z. eu acho que é porque a pessoa já vinha engordando...*então você já vem se habituando com a mudança* então eu penso que deve ser isso aí porque você não engordou de uma vez...foi aos poucos e a pessoa foi se habituando com você...*hoje eu não seria capaz nem por decreto tirar a roupa na frente de alguém*...jamais faria isso [...]

Ela ainda completa que seu marido dava mais importância para o interior da pessoa, o caráter, enquanto ela sempre foi mais aparência, imagem. Ao pensarmos que Hortência possui um funcionamento semelhante ao de uma criança de cinco anos, isso faz sentido. Lembrando Nasio (2007), como criança, ela ainda não teve sua identidade sexual formada por não ter resolvido o Édipo e atingido a feminilidade definitiva.

Em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, podemos perceber que os cuidados dirigidos por sua filha, que sempre lhe funcionou como uma mãe, além de um médico que funcionou como um pai contribuíram para seu renascimento, para o esboçar de um ego, e ajudá-la a começar a pensar.

[...] é engraçado que eu falava assim...o dia que eu emagrecer...eu quero entrar loja por loja e comprar coisas pra mim...aí eu vi que a cirurgia não era aquilo...então *eu continuo à procura de algo que eu não sei o que é...*é como se eu tivesse procurando alguma coisa...mas eu ainda não sei o que eu procuro [...]

O algo que Hortência procura parece ser ela mesma, a estruturação de seu Eu. Lembremos novamente de Freud que diz que o ego é antes de tudo corporal, e dessa forma ela precisa se reconhecer como ser vivendo neste mundo. Ela está começando a se sentir dentro de um corpo que não tem só gordura, mas ossos também, motivo pelo qual a faz se surpreender: “[...] eu tenho ossos...(risos)...apareceu depois de tantos anos que eu não via [...]”. Notamos que está começando a surgir uma estrutura integradora do psique-soma.

A cirurgia parece ter funcionado como um renascimento, porém com um corpo de adulto, com as marcas do tempo, que tem rugas, com pele ressecada, com cabelo caindo, um corpo não compatível com sua idade psicológica, a idade sentida por seu psiquismo.

Seu marido faleceu logo após sua cirurgia e ao juntarmos com o emagrecimento proporcionado pelo tratamento da obesidade, foi então que as mudanças começaram a ocorrer:

[...] *quando meu marido faleceu eu emagreci uns 30 quilos...acho que foi...aí eu comprei uma bota...comprei calças...blusas...aí foi só risada dentro de casa...aí eu pus...punha uma e voltava sabe...eu falei nossa...tô parecendo gente...aí eles deram risada...minha filha falou mãe você não é gente?...eu falei não...eu não era gente...eu era gorda...eu tô na procura de algo...algo que eu não sei o que é...mesmo com a cirurgia...só sei que um dia se eu voltar a engordar eu volto pra mesa de novo...e tem outra coisa que eu detesto...Jesus...eu tenho horror...é ruga...e agora com a cirurgia...o rosto emagreceu muito e começou a enrugar...nossa...aquilo me deixou angustiada...e o Dr. X falou pra mim que você leva dois anos pra se habituar com a nova aparência...eu falei pra ele...com meu rosto eu não consigo...nem com dois anos...não quero dois anos [...]*

Mais uma vez pudemos notar a incompatibilidade da idade cronológica sentida pelo corpo e a idade dotada de sentido e significado que tinha a menininha de cinco anos que agora parece ter retomado seu crescimento. É uma menina, tendo que crescer num corpo de mulher de meia-idade. Uma menina com rugas, com pele ressecada, que não toma água, não come verdura, uma criança negligente no seu autocuidado e que só gosta de comer doces.

Ainda nos referindo à **vivência após a cirurgia bariátrica**, Hortência demonstra ainda estar fixada no corpo não simbólico ao revelar o poder de sua mente e sua falta de memória:

[...] eu estou começando a ficar pra tudo...de primeiro eu conseguia selecionar certo assunto que não me interessa...aquilo apagava...eu comento às vezes com as pessoas...ou mesmo com o médico...e eles não conseguem entender...*mas eu consigo bloquear e apagar...e não adianta você me perguntar porque aquilo não volta...então a partir do momento...e isso é desde criança...a partir do momento que aquilo não me interessou...eu apago aquilo...e isso é uma coisa muito engraçado...anula...não tem mais volta...eu posso pensar...pensar...pensar...se eu quiser alguma coisa...não volta [...]*

McDougall (1996) comenta sobre a capacidade dos somatizadores de cortar as ligações com qualquer representação carregada de afeto, especialmente os desagradáveis ou

dolorosos. Eles utilizam um mecanismo capaz de expulsar do espírito qualquer pensamento mobilizador de emoções intensas.

Ao verbalizar sobre sua capacidade de abstração, de apagar de sua mente o que lhe incomoda, destaca a questão materna e o trauma gerado pela separação dos pais no dia de seu aniversário:

[...] nunca também penso muito na questão...porque eu aprendi uma coisa...*a conseguir a bloquear as coisas que não me interessa*...no entanto eu não sei se é devido à cirurgia...ou a esse...porque eu tenho uma facilidade grande pra...olhar pra você e se você tiver falando e eu não quiser ouvir...qualquer coisa neste sentido...eu posso olhar em você e não ver você...sabe...você começa falar e aquilo apaga...então eu não sei se é um treino...como se fosse uma vida inteira deste jeito...ou se é devido a minha cirurgia...que eu devo estar com muita falta de vitamina...porque eu devo estar mesmo...porque eu não ando tomando...eu to tendo muita:...como é que fala...muita falta de memória...qualquer coisa assim...que eu esqueço...tô começando a me esquecer rápido das coisas...já falei que agora eu preciso ir no médico e ver realmente se eu to...com falta de vitamina ou se eu preciso tratar com algum profissional...alguma coisa...porque ta se apagando mesmo [...]

Podemos perceber o quanto esses traumas ainda prejudicam sua capacidade de elaboração simbólica. Além disso, como diz McDougall (1996) sobre o estado de *desafetação* que ocorre quando a figura materna não consegue cumprir de forma apropriada a função de pára-excitação, inserindo os sinais pré-verbais emitidos por seu bebê num código lingüístico.

Em outro momento de seu discurso, quando comenta sobre a fase mais crítica do engordar, confirma sua *desafetação* ao se referir sobre a necessidade de não pensar para não aumentar o sintoma. Referindo-se a um episódio em que precisou fazer uma ressonância magnética devido a uma queda e o aparelho não comportou seus 130 kg, pois o peso máximo suportado era 109 kg: “[...] aí eu vim pra casa e em vez de eu fazer um regime...eu comi

mais...porque toda vez que eu pensava em alguma coisa...em vez de eu fazer o regime...eu ia comer [...]"

Ainda em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, comentou sobre sua estagnação nos relacionamentos afetivo-sexuais também porque esse período correspondeu ao falecimento de seu marido, único homem com quem manteve relações sexuais, mesmo após a separação de casa:

[...] em dez anos que a gente ficou separado...eu nunca pensei...*na minha cabeça eu nunca pensei em ter outra pessoa*...hoje eu não consigo também...muita gente fala assim...ah: porque é muito recente...eu falo...eu creio que não seja por ser recente que ele morreu porque:...eu tive dez anos separada...então ele lá na casa dele...ele vinha...ficava...ele ficava ali dentro o tempo inteiro com a gente...ele já vinha com os filmes...com compra...com tudo pra dentro...e ficava ali...então...eu poderia...porque a gente tava separado...ter arrumado outra pessoa e não teria nada a ver...mas *eu nunca pensei nessa possibilidade* não [...]

Em relação **aos horizontes dos projetos de vida**, revelou seu enorme desejo em fazer a plástica o quanto antes e conseguir reduzir seu excesso de pele:

[...] eu vou fazer pelo plano...porque a ginecologista falou pra mim que a partir do momento que hoje o plano dá a cirurgia...automaticamente eles sabem que tem que ter a plástica reparadora...eu até ia tentar agora...mas como eu estou com a resistência muito baixa...e eu já tenho problema que em outubro eu fiz da hérnia...*mas a ânsia de viver e ver as coisas é tão grande*...que não dá tempo de me cuidar...*é como se eu fosse perder...parar e perder um tempo sabe* [...]

Podemos perceber que Hortência tem uma questão muito forte com o tempo, tempo este que até então era sentido como passagem. Além disso, é exigente em relação aos outros e não consegue aceitar entrar em contato com as marcas desse tempo em seu rosto, por isso sua repulsa extrema às rugas e à velhice.

Em sua vivência percebemos que as pessoas que a cercavam pareciam funcionar como estátuas que mudavam de posição conforme ela queria. Ou melhor, dizendo, as pessoas à sua volta eram como peças de xadrez movimentadas para formar seu jogo da vida, a rainha morta, o rei, o bispo. Ela não interagia emocionalmente pensando com estas peças, apenas as fazia funcionar, para que seu corpo também se movimentasse, apesar de sua psique ter se estacionado nos cinco anos de idade.

Colaboradora 7

Entrevista realizada em 20 de junho de 2007

Dália tem 55 anos, é evangélica, tem nível econômico familiar correspondente a B1 e cursou até o ensino fundamental (4ª série). É dona de casa e boleira. Tem três irmãos e uma irmã, sendo a primogênita da família de descendência italiana. Comentou ter tido uma educação muito rígida que a impediu de realizar seu sonho de estudar e se tornar professora ou enfermeira.

Está casada há 35 anos e tem dois filhos, um de 32 anos e outro de 28 anos. Logo após o casamento, decidiram mudar-se para São Paulo, longe da família. Lá constituíram suas vidas até decidirem voltar ao interior.

Relatou ter começado a engordar após a gravidez do primeiro filho e tornar-se obesa quando se mudou para o interior, há mais ou menos 18 anos, até chegar ao peso máximo de 146 kg (IMC 57 kg/m²).

Considerando a data da entrevista está operada há três anos e dez meses com o procedimento de Capella e atingiu o peso de 75 kg, o que corresponde a um IMC revelador de sobrepeso. Realizou a cirurgia em hospital público cadastrado pelo SUS, além de ter participado do acompanhamento com a equipe multiprofissional.

A colaboradora já realizou a primeira cirurgia plástica na região do abdômen, também através do SUS. No período pós-cirúrgico, a paciente realizou psicoterapia por um ano e adquiriu a *Síndrome de Dumping*. Referiu também que seu marido dá mais atenção para ela, apesar da parte sexual não ter mudado.

Dália foi indicada por uma integrante do grupo de pesquisa Sexualidadevida. A entrevista foi realizada em sua casa. Quando a pesquisadora chegou, Dália estava dormindo, havia viajado no dia anterior e esquecido do horário marcado, porém, foi muito atenciosa.

No que se refere **aos horizontes da infância**, Dália diz: “[...] tanto eu como meus irmãos tudo...a minha mãe sempre só deu mamadeira...só mamadeira...eu nunca fui amamentada [...]”

Winnicott (1962) nos ajuda a entender que o momento da amamentação, tão importante na relação mãe-bebê, não se refere apenas ao ato de satisfazer os impulsos orais da criança, mas sim de contribuir para o funcionamento do ego desta. Dessa forma, a mãe pode fornecer um alimento satisfatório e mesmo assim violar a função do ego da criança, ou seu *self*.

No estágio que está sendo discutido é necessário não pensar no bebê como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável. Esta ansiedade inimaginável é evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por consequência, de sua pessoa. O amor, neste estágio, pode ser demonstrado em termos de cuidados corporais, tal como no último estágio antes do nascimento a termo. (WINNICOTT, 1962, p. 56)

Parece-nos propício pensar que num primeiro momento Dália sentiu o fato de não ter recebido o seio da mãe como um não gostar, apesar deste fato não ter lhe trazido prejuízos em seu desenvolvimento normal, o que permitiu a formação de um ego e um *self* verdadeiro.

Ao continuar falando sobre sua relação com a mãe, revelou o modelo de feminilidade que lhe foi transmitido:

[...] a minha mãe...até quando ela morreu ela *a vida inteirinha dela foi sempre muito submissa*...então a voz lá de casa era do meu pai né?...(...)...minha mãe nunca foi aquela mulher assim de ir num supermercado sozinha...fazer uma compra...eu não digo nem sozinha...mas junto comigo com outra com a minha irmã ou mesmo não...sempre tinha que ta acompanhada do meu pai [...]

Sua mãe falecida há 9 anos sempre tentou lhe passar, através da educação, o modelo de feminilidade como Freud o descreveu – como passividade. Porém, poderemos perceber, ao longo de seu desenvolvimento, que outras imagens do feminino e do masculino lhe foram

proporcionadas, diferente da mãe passiva e do pai ativo e repressor, através de suas ligações amorosas.

Adentrando-nos na **temporalidade da adolescência**, mas continuando a falar da ação de sua mãe sobre ela, ou melhor, da falta de explicações sobre certos assuntos femininos que revelaram uma educação do não-dito:

[...] a explicação geralmente era aquelas conversinha...ah você vai virar mocinha...num sei o que...mas só isso né?...então...*você tem que se cuidar...mas nunca tinha assim...sentar...explicar direitinho o que era...então quer dizer...quando veio a primeira relação...a primeira menstruação é:: se aprendeu mesmo é por você mesmo...você entendeu?...é assim...(...)...veio...você se vira...aprende sozinha como tem que ser e acabou...nunca...ah também coitada...é o jeito também que ela foi criada né?*
[...]

Apesar do não-dito sobre os cuidados e a forma de atuação do corpo feminino, sobre os tabus sexuais que eram passados de geração a geração, especialmente na sociedade patriarcalista, ela entende que sua mãe só a criava assim porque foi como aprendeu, e dessa forma tentou transmitir através das gerações o papel de feminilidade, nos permitindo assim notar sua relação de compreensão da condição materna.

Além disso, esses não-ditos podem tê-la forçado a desenvolver-se simbolicamente e a atingir sua independência da mãe. Dessa maneira, podemos perceber que, apesar de não ter sido amamentada, sua mãe exerceu corretamente sua função de pára-excitações e conseguiu introduzir os códigos lingüísticos, transformando sua ansiedade em uma resposta simbólica e permitindo a Dália elaborar psiquicamente seus conflitos.

Pensando no desenvolvimento de nossa colaboradora, Levisky (1995) diz que a menstruação introduz a jovem na sexualidade genital feminina e transforma o desejo de ter filhos em algo real. Assim, as jovens que tiveram um desenvolvimento infantil adequado

rumo à feminilidade não terão problemas em relação à sua identidade feminina e sua nova condição de mulher devido à menstruação.

Em relação à **temporalidade da adolescência**, a colaboradora comenta sobre sua forma corporal notada como diferente dos outros.

[...] sempre eu fui:::não exagerado mas:::*sempre mais gordinha* né...depois veio a adolescência também::: (...)...a única coisa por que sempre a::::fui mais gordinha então *a gente sempre se sentia mal assim no meio das colegas* né...*um pouco diferente* no meio das colegas...mas normal nunca tive assim::: *na minha cabeça eu nunca me senti inferior por isso*...nunca me senti não...só não me senti bem na hora de provar uma roupa na hora né...mas fora isso normal [...]

Como nos disse Costa (2005), o corpo pode ser usado como representação para medir nossas próprias percepções e ações no que se refere ao esquema do corpo. Quando a representação do corpo é usada para registrar o impacto de nosso próprio comportamento sobre outras pessoas, referimos à imagem do corpo. Assim, percebemos que Dália sofria muito quando se dava conta de que sua imagem corporal não era aceita pela sociedade por não se enquadrar no padrão imposto.

Ainda falando sobre sua adolescência, Dália nos conta sobre o tipo de educação rígida que recebeu do pai:

[...] *é pai que não deixa sair*:::tudo que vai fazer tem que pedir:::né o rígido que digo foi isso assim né...*diferente de hoje* (risos)...vamos dizer...diferente de hoje...mas eu::: pra minha época era normal né?... isso aí era normal [...]

Ela demonstra ser uma pessoa inserida no tempo e no espaço sempre ressignificando seus sentidos sobre a vida mundana. Revela ter vivenciado uma educação baseada nos princípios patriarcalistas para os quais a mulher era vista apenas como cuidadora do lar e procriadora.

Dália dizia que “[...] num era muito cheia de amigas que meu pai e minha mãe nunca::: aceitou sabe?...a gente ficar envolvida com um grupo...com essas coisas assim né...*fui criada na igreja...então minhas amizades era pessoas tudo de dentro da igreja[...]*”. Além disso, complementa:

[...] *eu nunca tive problema de:::de não aceitar não...podia às vezes é quando queria ir em algum lugar que pedia e falava não...eu podia não gostar na hora...mas aquilo passava...passo acabou...num:::...não é coisa que ficava ne mim assim não [...]*

Seus valores éticos e morais revelam um superego bem estruturado e a formação de um caráter centrado nos valores familiares e religiosos. André-Fustier e Aubertel (1998, p. 134) lembram que “[...] toda família é fundada sobre as relações de aliança que os indivíduos da filiação deverão levar em conta para constituírem sua própria identidade de sujeito individual e de sujeito do grupo.”

Corroborando com esta idéia da importância da família no desenvolvimento moral do indivíduo, Winnicott (1963b) afirma que a introjeção de valores morais e religiosos depende de favorecimento ambiental suficientemente bom, do sucesso no desenvolvimento da criança, se esta criança desenvolveu dentro de si a essência que possibilite aceitar a existência de Deus como educador moral e projeção da bondade.

[...] o lactente e a criança pequena são habitualmente cuidados de modo confiável, e deste ser suficientemente bem cuidado resulta no lactente a crença na confiabilidade; a isso pode-se acrescentar a percepção da mãe e do pai ou avó ou enfermeira. Numa criança que iniciou a vida deste modo a idéia de bondade e de um pai pessoal e confiável ou Deus pode se seguir naturalmente. (WINNICOTT, 1963b, p. 91)

Ainda nos referindo à **temporalidade da adolescência**, Dália nos fala de suas vivências afetivo-sexuais:

[...] meu primeiro namorado eu devia ter uns...eu devia ter já uns 15 anos...tinha uns quinze anos...que naquela época lá as meninas começavam a namorar muito cedo né?...e *quinze anos pra eles já era até tarde* (risos) [...]

Novamente ela mostra sua inscrição no tempo e no espaço, fazendo uma ponte entre os velhos e os novos costumes. Ela comentou que, nessa época, seus colegas e parentes achavam que ela namorava muito e até verbalizavam isso de uma maneira ofensiva:

[...] quando terminava um namoro...nossa X outra vez você largou? que que é isso aí?...começava...oh: X vamo ver se você firma com esse hein?...porque olha...*você vai virar uma vassourinha* (risos)...aquelas conversa assim né?...mas só isso [...]

Os risos constantes, ao falar do passado, e a capacidade de elaborar simbolicamente esses acontecimentos revelam que nossa colaboradora conseguiu varrer todos os preconceitos e impedimentos de vivenciar seus desejos da infância e adolescência, de fazer suas próprias escolhas como um indivíduo portador de um eu íntegro.

Levisky (1995) nos ajuda a entender que tanto a família quanto a sociedade de modo geral toleram e aceitam com dificuldades as transformações do adolescente rumo à independência e à aquisição de um sistema pessoal de valores morais, reagindo de forma repressiva e punitiva por temerem perder o lugar ou a imagem de autoridade.

Winnicott (1963b) diz que à medida que a criança vai se desenvolvendo é natural o *self* ficar cada vez mais moldado pela influência do ambiente e dessa maneira a importância de proporcionarmos

[...] o ambiente favorável em que cada indivíduo possa desenvolver sua capacidade moral própria, desenvolver um superego que evolui naturalmente dos elementos da crueza do superego latente, descobrir seu próprio modo de utilizar ou não o código moral e o acervo da cultura geral de sua época. (WINNICOTT, 1963b, p. 98)

Apesar da confissão de ter sido namorada, disse que com o atual marido namorou pouco, ficaram juntos onze meses. Era um namoro a distância por que ele morava em São Paulo, e ela em uma cidade do interior de São Paulo, e, portanto, eles se viam a cada quinze dias.

Referindo-nos à **temporalidade da vida adulta**, Dália comenta sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica. Ela diz que teve sua primeira relação sexual com o marido: “[...] aí começou quando eu casei mesmo...aí eu casei com vinte...quando eu ia completar vinte né?...só quando eu casei mesmo [...]”

Esse ato de preservar o corpo é coerente com sua educação patriarcalista que pregava as normas de submissão do corpo àquelas que desejavam serem consideradas mulheres “direitas”, honestas. Estas normas sociais se referiam especialmente ao casar-se virgem, à castidade e à pureza. Apesar disto Dália em nenhum momento se apresenta como mulher sem desejo, pelo contrário é um ser simbólico e desejante inserido na sociedade e que, portanto, sabe o momento de enquadrar seu corpo nas normas desta sociedade.

Costa (2005) afirma que a tradição não se perdeu, pois as decisões morais da maioria das pessoas no Ocidente continuam sendo regidas pelos ideais de justiça e decência do Iluminismo, pelos ideais de auto-realização do Romantismo e pelos princípios religiosos do Cristianismo.

Mais uma vez ela reflete sobre os costumes do passado e do presente, confessando acreditar que casou muito nova e que talvez “[...] hoje se eu tivesse...a mentalidade na minha época lá trás...talvez eu nem me casaria com essa idade... primeiro eu ia fazer minha vida...estudar...formar...fazer alguma coisa na vida...pra depois casar [...]”

Ela revela o seu desejo de ter sido uma mulher moderna e dona de sua vida, de seu corpo, benefícios que as mulheres começavam a conquistar na década de 1970, época em que se casou. Apesar desta reflexão sobre o casamento, percebemos os benefícios e mudanças que esta união lhe trouxe no que concerne ao apoderamento de seu corpo.

Prosseguindo em seu discurso, nos diz o quanto sofreu ao ter que parar de estudar na quarta série, atividade com a qual sempre obteve prazer e por meio da qual objetivava ter uma profissão.

[...] *a mentalidade do meu pai era o seguinte...homem...era obrigado a estudar...tanto é que pro meu irmão mais velho ele até pagou escola né?...agora...mulher não precisa estudar...mulher é tempo perdido...ou então quer estudar pra ficar bagunçando na escola...essa era a mentalidade dele...então é ele que não deixou eu estudar...porque eu amava né...eu amava estudar...é ele que não deixou...por isso que eu falo que naquela época lá...vamos supor...se eu tivesse a mentalidade de hoje eu até enfrentaria meu pai...porque hoje a mentalidade da gente é outra né?...a gente vê que estudar não é o que ele colocava na cabeça da gente né?...então eu enfrentaria ele hoje tranqüilo [...]*

Ao falar de sexualidade feminina, Freud (1931, 1933) nos ajuda a entender esta sublimação nos estudos e a repressão sofrida por Dália. Além disso, seu pai, aquele que poderia lhe dar o pênis, lhe causou uma grande decepção ao se apresentar como um objeto de escolha severo. Esta situação parece tê-la feito escolher o homem amado bem diferente do pai.

Sua repressão foi tão severa que hoje não pensa em voltar a estudar porque acredita que já está muito velha e terminaria os estudos com quase 70 anos, preferindo ficar com sua profissão de boleira. Disse ainda que naquela época tinha um sonho muito grande, queria ser enfermeira ou professora:

[...] *de professora meu pai não dizia nada...mas de enfermeira era o que ele mais...imagina você quer ser enfermeira nada...você quer trabalhar de enfermeira pra bagunçar (risos)...aquelas conversa assim né?...que na mentalidade deles enfermeira era só pra bagunçar né?...falar a mentalidade do meu pai você nem acredita...apesar que hoje ele é totalmente diferente né?... hoje ele mesmo fala pra neta...hoje ele tem até bisneto...que as meninas têm que se formar né?...têm que estudar...se formar...não ficar atrás de namorado não...vão é estudar...hoje é diferente a idéia dele [...]*

Ela se refere a duas profissões muito femininas que dirige cuidados às pessoas, profissões estas que estão ligadas ao afeto e à feminilidade/maternidade. Além disso, ela

demonstra perceber a mudança de pensamento e atitude de seu pai pela influência da sociedade, revelando assim a compreensão da imagem paterna repressora em uma época em que a norma era esta.

Dália dizia que seu pai mantinha uma educação rígida, tanto para os estudos quanto para os namoros:

[...] *interessante que pra estudar a gente não enfrentava né?...mas pra namorar enfrentava* (risos)...*pra namorar enfrentava...é uma situação esquisita até né?...acho que é falta de querer pensar no futuro mesmo né?...porque...eu sei lá...ou porque implantou na cabeça da gente que a mulher casa e quem tem que sustentar é o marido...sabe aquelas conversa assim...então você já casa achando que o marido é obrigado a te carregar nas costas né? (risos)...é assim [...]*

De acordo com Roudinesco e Plon (1998, p. 659), “[...] a repressão é uma operação psíquica que tende a suprimir conscientemente uma idéia ou um afeto cujo conteúdo é desagradável.” Dessa forma, podemos compreender que Dália não vivenciou a repressão sexual, apenas a intelectual, pois não conseguiu realizar seu projeto de vida.

A educação moral rígida e a educação sexual omissa introjetadas por Dália estabelecem os papéis do homem como progenitor da família e a mulher como a cuidadora. Sua constelação familiar nos revela um pai repressor e uma mãe submissa. Ela diz que este modelo de relação do pai e da mãe perdurou até a morte da mãe há nove anos. Depois de 48 anos casados e sete anos de viuvez, seu pai casou-se novamente com uma mulher totalmente diferente de sua mãe, sendo que esta relação não perdurou por muito tempo, ficaram apenas dois anos casados e se separaram porque ele não suportou ter uma mulher totalmente independente.

Ainda em relação à educação sexual omissa, diz que só foi descobrir como os bebês nascem quando sua irmã engravidou, mais ou menos na época de seu casamento. Sua irmã,

que é um ano mais nova, também casou um ano antes dela e foi quem lhe ensinou muita coisa, pois sempre foram muito amigas e conversavam sobre tudo.

Caminhando por seu relato, ela nos conta sobre a temporalidade de seu casamento:

[...] *os primeiro sete anos foi muito tumultuado...os primeiros sete anos não foi muito fácil não...mas depois de sete anos a:: as coisas parece que foi...acho que eu fui entendendo ele melhor...e ele também né?...a gente foi ou se conhecendo melhor sei lá...ou foi engrenando as coisas...foi ficando melhor [...]*

Nesse primeiro momento de vida a dois, refere sobre a adaptação de duas pessoas com educações diferentes e que levam suas subjetividades para construir uma relação estável e duradoura. Esse aprendizado foi diário, com pequenas brigas, birras, discussões e reconciliações. E assim ela nos conta o segredo da união de 35 anos com o marido:

[...] porque tinha uma coisa assim que eu acho que é importante até nos dias de hoje...a gente brigava...podia briga...briga...briga...mas tinha uma hora que perai...*vamos conversar...aí sentava...eu expunha tudo que tinha dentro de mim e ele também...e a gente tentava sabe então...eu sabendo que ele tava querendo e ele sabendo que eu também queria...a gente conseguia se entender né?...acho que é por isso que a gente vive junto até hoje...eu creio que é até por isso...porque o diálogo...a conversa de senta...mas senta mesmo...igual ta eu e você aqui...nós nunca deixamos de fazer...(....)esse negócio de sentar e conversar...falar o que realmente a gente tem por dentro né?...isso nós sempre fizemos [...]*

Ela fala de uma união fundamentada no diálogo, na fala, na elaboração simbólica dos sentimentos, dois corpos erógenos se relacionando. Podemos perceber que seu marido tem um papel importante em sua simbolização, ao introduzir um outro modelo de masculinidade e reformular seu modelo de feminilidade, a partir da visão que ele tinha de mulher.

Segundo Nasio (2007), o casamento permite à mulher a concretude de sua identidade feminina, ao voltar-se para outro homem após ter-se afastado do pai. Com este evento ela

também tem a capacidade de adquirir o tão almejado falo/amor através do pênis ereto do homem amado e, especialmente, no amor que este homem lhe dirige.

Logo que casaram mudaram-se para São Paulo e, portanto, foram morar longe da família com quem sempre ela viveu grudada. Eles viveram lá por dezesseis anos e depois retornaram ao interior do Estado.

Na capital, distante em todos os sentidos da família, seu marido contribuiu para seu crescimento no sentido da diferenciação de sua mãe e não seguir o modelo de mulher submissa:

[...] desde quando eu casei *meu marido foi muito diferente do meu pai* entendeu?...[...]...então desde que eu casei eu nem conhecia São Paulo direito nem nada...aí ele falava pra mim...oh vai no banco tal...tal...tal...ah mais como que eu vou lá se eu não sei...não...você vai...oh você pega o ônibus tal...você vai num sei o que...então isso sabe?...me ajudou muito...às vezes...vamos fazer compra...ele falava assim...olha...eu não vou poder ir com você...você vai?...então *eu ia sozinha*...então isso foi me ajudando...*me ajudou muito a ser assim diferente né?*...da minha mãe...me ajudou demais [...]

Ela conseguiu se diferenciar da mãe e construir seu próprio modelo de feminilidade com a ajuda do marido que ressignificou sua imagem de mulher ao lhe apoiar para ela ser uma pessoa independente. Relembrando Anzieu (1992), a feminilidade pode ser vista de uma maneira mais ampla incluindo um conjunto de afetos, modos emocionais, representações do espaço do corpo interno, o desejo de gestação e de ser possuída enquanto objeto de amor.

Na **temporalidade da vida adulta**, nos conta como foi seu processo de construção do corpo obeso:

[...] *obesa eu passei a ser depois que eu tive o meu primeiro filho*...aí que eu comecei a exagerar demais né?...aí comecei...mas até aí não...até eu sempre só mais gorda um pouquinho...vamos supor se eu...:se eu tivesse que pesar 60 kg...eu pesava 65...assim né?...aí voltava pra trás e parava em 63 (tossiu) só

isso...aí depois do meu primeiro filho é que::o negócio ficou bem exagerado mesmo...começando a engordar de 10...20 kg assim sabe?...bastante [...]

Dália comentou que até vir para o interior não passou dos 90 kg (IMC acima de 35 kg/m²), o que já era indício de obesidade grau II. Disse que mesmo assim não se sentia mal e saía normalmente de casa quando ainda estava em São Paulo. Quando voltou para o interior, seu peso começou a aumentar até atingir os 146 kg, peso com o qual ela foi para a mesa de operação.

Disse também que, na sua família de origem italiana, as tias são caracteristicamente grandes, “[...] com aquele corpão...são altona...grandona né?” Teve apenas uma prima que também fez a cirurgia bariátrica após ela ter feito, e sua mãe que em uma época foi considerada com sobrepeso ou obesa grau I.

Em outro momento de seu discurso, nos revela como conseguiu aumentar exageradamente seu peso:

[...] eu beliscava demais né?...ficava o dia inteiro sabe beliscando uma coisa...beliscando outra...na hora de almoçar...de jantar era uns prato grande né?...eh::...folgada...assim quer dizer...*não saía...não andava...não fazia nada* né?...então você come...come...come...e *fica ali*...só tem que engordar né?

Logo que veio para o interior não quis fazer mais nada, largou sua profissão de boleira, a vida ativa e independente que tinha na capital. Seu retorno ao interior parece tê-la feito despertar as lembranças da vivência de uma infância e adolescência com um corpo submetido pelas normas e regras do pai. Este fato somado ao natural ganho de peso na gravidez paralisaram sua capacidade reflexiva, permitindo assim o surgimento da obesidade.

Para McDougall (1996, 1997), todos somos capazes de somatizar ou de descarregar nossas tensões nas adições como a alimentar, quando estamos diante de sentimentos de angústia, raiva, culpa, depressão ou qualquer outro sentimento que ameace nossa integridade e

identidade. Assim, a adição pelo alimento pode ter sido uma maneira de sobreviver psiquicamente diante das dificuldades da vida cotidiana ocasionadas pelo retorno ao ambiente que lhe recordava um estado de tensão.

Ainda em relação à **temporalidade da vida adulta**, Dália fala sobre o estigma da obesidade e sua dificuldade em lidar com situações cotidianas que antes lhe davam a sensação de liberdade e independência:

[...] porque quando eu fui pra fazer cirurgia lá no Y...eu praticamente...eu nem::: *eu vegetava*...eu não gostava de sair...roupa...eu comprava tecido mandava fazer entendeu?...eu não saía comprando roupa é::: se falasse pra mim assim vamos...até pra ir na esquina eu não gostava entendeu?...*então eu não saía pra nada*...se eu precisava ir num banco ou coisa assim...nossa...era filho que ia...eu sei lá...pedia até pra vizinha ir pra mim...mas eu não ia...eu não gostava...ônibus também...evitava ônibus porque pra começar *eu tinha que entrar pela porta de trás* né?...então eu evitava ônibus de tudo quanto era jeito...então é complicado [...]

Como nos lembra Costa (2005), nossa cultura somática fez do corpo espelho da alma, e, portanto, qualquer observação sobre a aparência física corresponde ao julgamento moral do outro. Nossa colaboradora parece ter sofrido muito com isso, pois vem de uma educação tradicional em que o corpo era pensado para autoconservação e reprodução, porque objetivávamos ter saúde ou longevidade para cumprir tarefas familiares, sociais, religiosas, sentimentais, entre outras. Diferentemente de hoje em que a boa forma corporal é garantia de admiração moral, sendo os “deformados” encarados como emocionalmente problemáticos ao promoverem a autodestruição física e moral.

No que se refere à **vivência após a cirurgia bariátrica**, Dália nos conta sobre seu sofrimento com o corpo obeso fazendo a passagem do antes para o agora se referindo à melhora com a cirurgia:

[...] *eu nem olhava em espelho*...eu não olhava mesmo...e:: porque você quando ta numa situação dessa...você não se sente bem em área nenhuma de

sua vida né?...*tudo parece que é transtorno* né?...então eu nem olhava em espelho... hoje apesar da pele flácida...de pelanca...essas coisa...*hoje eu até olho no espelho...*me sinto bem...hoje é totalmente diferente [...]

Para ela a cirurgia pode ser comparada a um renascimento como ela mesma diz: “[...] quando as pessoas perguntam pra mim sobre a cirurgia o que eu respondo é eu nasci de novo [...]” Tanto nasceu que há três anos retomou a profissão de boleira e começou a dar aulas de decoração de bolo. Lembrando Costa (2005), ela nasceu de novo para a sociedade, o corpo vitrine dos vícios e virtudes conseguiu obter o reconhecimento social e evitar o julgamento moral. Além disso, ela conseguiu elaborar psicicamente suas vivências familiares e impedir que a tensão psíquica extravase por meios não simbólicos.

Dália disse que a profissão de boleira não atrapalha sua reeducação alimentar:

[...] quando eu estou envolvida em fazer os bolo...as coisa...*eu não como nada...*nem experimento...às vezes até me atrapalha assim porque:...quantas vezes eu pego de sábado assim casamento...(...)...quando chega à tarde que eu vou entregar o bolo...aí eu lembro que eu nem almocei...(...)...mas também não almoço não [...]

Esta profissão parece funcionar como uma sublimação, pois lhe faz tão bem que nem lembra da comida. Disse também que o açúcar não lhe atrai porque após a cirurgia adquiriu *Síndrome de Dumping* e assim prefere nem comer porque sabe que se exceder o mínimo que seja já começa a passar mal. Falou que consegue se controlar apesar do médico ter-lhe indicado comer doce de vez em quando, porque ela tem a taxa de glicemia muito baixa. Comentou que sua perdição ainda é o chocolate e não liga muito para os outros doces.

Referiu que sua cirurgia foi um sucesso em todos os sentidos, não teve dores ou chegou a abrir os pontos como ocorreu com amigas que operaram na mesma época. A família deu total apoio, apesar de ficarem um pouco receosos, mas como era a vontade dela, eles aceitaram.

Dália também nos contou que seu marido e seus filhos estão obesos. Pelos dados que passou seu filho mais novo já pode ser considerado obeso grau II, e o marido também já passou dos cem quilos, além de ser diabético, só o mais velho ainda está com 94 kg. Com isso, ela acaba assumindo o papel de controladora da alimentação da família por já ter sofrido com a obesidade e agora saber como se cuidar:

[...] o meu marido não é de comer por causa da diabete...mas ele...coisa salgada assim ele come demais...[...]...não faço mais assim colocar a mesa entendeu?...[...]...então agora eu mudei...eu não coloco mais...eu já faço o prato dele...aí faço como o médico falou [...]

Prosseguindo com a **vivência após a cirurgia bariátrica**, a colaboradora nos conta sobre seu relacionamento afetivo-sexual com o marido que, segundo ela, não sofreu qualquer alteração, justamente porque não tinham problemas em relação à parte afetiva:

[...] ele é uma pessoa assim...*ele nunca se importou assim de eu ser gorda*...ele nunca ele mesmo falava isso...pra mim não interessa né? e::: mas nunca teve ciúmes também...agora depois que eu emagreci...eu não sei se é alguma graça que ele faz o que que é...que de vez em quando ele faz umas palhaçadas assim né?...mas eu creio que também não é ciúmes não...acho que mais é bobeira da cabeça dele mesmo [...]

Conforme a colaboradora destacou, seu marido está fazendo gracinhas, não reconhecendo que ele possa estar sentindo ciúmes dela “[...] eu não acredito sabe?...depois de velho ter ciúmes do quê?”

Em outro momento da entrevista fazendo uma reflexão mais apurada, ela dá indícios da aceitação do ciúme do marido e de sua presença mais marcante na vida dela, depois da cirurgia:

[...] eu sinto assim...que hoje ele parece que da mais atenção pra mim...[...]...mas podia ser que ele pensava o seguinte...ah é gorda mesmo né?...*ninguém se interessa*...[...]...hoje acho que *ele pensa ao contrário*...pensa diferente

né?...então ele se preocupa em ta mais junto comigo...[...]...que de primeiro eu saía muito mais sozinha do que acompanhada...*parecia que eu nem tinha marido* né?...ele nem ligava pra sair...hoje não...hoje ele já sai mais...então *dá mais atenção* assim...então eu creio que sei lá...que a mentalidade dele...ele nunca falou isso... mas eu acho que *a mentalidade dele mudou* nessa área né?...como se diz...*quando se é gorda acha que ninguém vai te olhar* não...porque você é gorda né?...quando as coisas muda né?...ah acho que eu tenho que prestar mais atenção porque agora é diferente...acho que é isso que passa na cabeça dele [...]

Podemos pensar que não foi apenas a mentalidade do marido que mudou, mas a dela principalmente, seu autoconceito mudou. Costa (2005, p. 71), citando as idéias de Campbell (1998), nos ajuda a entender a percepção do eu corporal como causa de mudanças no comportamento de outros eus: “Autoperceber-se como imagem corporal, diz ele, é perceber que podemos induzir mudanças das atitudes dos outros em relação a nós mesmos”.

Da parte dela disse que atualmente não tem mais ciúmes, apesar de já ter tido muito no começo do casamento, tinha medo de perder o marido. Mas depois de tantas turbulências nos sete primeiros anos de casada, o ciúme foi desaparecendo, e o medo de perder também:

[...] hoje não sinto mais isso não...hoje eu acho que a minha cabeça também mudou né?...hoje eu acho que se a pessoa quer sair...quer arrumar outra pessoa que num sei o que?...porque você não serve...*se eu não sirvo* então tchau mesmo né?...[...]...eu também não quero perder...mas se amanhã ou depois ele acha que não dá mais...aí tudo bem...*a gente luta e começa de novo* ué...fazer o que né (risos) [...]

Devemos destacar que a percepção dos benefícios, advindos com a redução do peso através da cirurgia, foi potencializada por ser uma pessoa integrada que ressignificou algumas vivências familiares, o que permitiu o desenvolvimento de uma identidade sexual feminina considerada normal.

Em relação à parte sexual, ela disse que melhorou:

[...] eu acho que mudou porque *eu me sinto melhor hoje*...antigamente nossa...*eu me sentia mal*...sentia cansa...tinha vez que nossa...sabe aquela coisa assim...ah...eu não tinha prazer...não era muito sabe?...*eu achava muito cansativo*...muito...nossa...então eu falo assim que da minha parte houve uma grande mudança porque...já não sinto sabe aquelas coisa de antigamente...aquelas cansa [...]

Semelhante à colaboradora 4, sua melhora nas relações afetivo-sexuais se refere às proporções corporais na hora do ato sexual que antes limitavam sua capacidade criativa, fazendo com que o sexo fosse sempre do mesmo jeito.

Ela consegue fazer a passagem do tempo muito bem, ela não fica revivendo o passado, pois passou por todas as suas vivências, passou, e talvez por isso entenda que as pessoas agem de diferentes maneiras de acordo com o comportamento da época. A importância à verbalização dada por Dália em sua vida e seus diversos momentos de risos da vida, durante a entrevista, me fizeram lembrar da famosa frase da música “Dom de Iludir” de Caetano Veloso: “Cada um sabe a *dor* e a *delícia* de ser o que é”. E nos parece que, passada a dor, ficam agora as delícias.

Colaboradora 8

Entrevista realizada em 28 de junho de 2007

Magnólia tem 56 anos, é budista oficialmente, convertida há dois anos e sete meses e tem nível econômico familiar correspondente a B1. É técnica em Nutrição, e trabalha como agente administrativa nesta mesma área. Já foi administradora de escola (diretora de escola) e costureira de roupas finas.

Está casada há quarenta anos e tem duas filhas, uma de 39 anos e outra de 38 anos. Relatou ter sido um bebê obeso e tendo seu peso variado ao longo dos anos. Atingiu a obesidade grau II após as duas gestações que ocorreram na adolescência, além do aparecimento da diabete, após a segunda gestação, que lhe trouxe sérias complicações, até chegar ao peso máximo de 97 kg (IMC 37,4 kg/m²).

Considerando a data da entrevista, está operada há dois anos e dois meses e atingiu o peso de 71 kg, o que corresponde a um IMC revelador de sobrepeso (27,4 kg/m²). Realizou a cirurgia, do tipo Fobi - Capella, em instituição filiada ao plano de saúde que só autorizou a cirurgia devido às co-morbidades associadas, diabete descompensada, artrose, hipertensão arterial. Realizou psicoterapia em grupo no pré-operatório por seis meses e no pós-operatório por um ano, porém sem uma regularidade, pois referiu ir ao grupo quando sentia necessidade.

Após a cirurgia, disse que a diabete e a hipertensão normalizaram, apenas a artrose nas mãos continuou. Quanto à parte afetivo-sexual disse que as relações sexuais estão como antes, apesar de fazer dois anos que eles dormem em quartos separados por causa do cachorro de estimação do marido e da mania do mesmo de ouvir rádio de madrugada.

Magnólia foi indicada por um médico de uma clínica especializada em gastroenterologia. A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora. A colaboradora se dispôs a ser entrevistada, logo após seu horário de trabalho, antes de ir à academia.

No que se refere **aos horizontes da infância**, Magnólia revela o processo de construção do corpo obeso:

[...] eu sempre fui obesa...fui bebê obesa éh::...então...mas *eu nunca sofri muito por conta disso não*...eu: era bebê obesa...depois eu fui menina gordinha...eu sofria assim quando falava Magnólia gorda...porque tinha duas Magnólias...tinha a Magnólia X e a Magnólia Y que sou eu...aí falava ah a Magnólia gorda nenê...e eu era menina...então isso não gosto...até hoje eu odeio que me fala Magnólia...ou me fala Magnólia Y...ou me fala Z que é meu apelido oficial [...]

Ela odeia quando a sociedade lhe aponta o dedo e revela sua imagem corporal não correspondente aos padrões impostos pela sociedade da lipofobia. Segundo Costa (2005, p. 198), “[...] o corpo se tornou a vitrine compulsória de nossos vícios e virtudes, permanentemente devassada pelo olhar do outro anônimo.” Assim, se nos sentimos mal com a acusação é porque não conseguimos corporificar a norma somática.

Ainda em relação **aos horizontes da infância**, nossa colaboradora comentou sobre sua difícil e conturbada relação com a mãe justificando que “[...] ela não me queria...mas ela não quis os outros também...só que os outros não ligaram...os outros lidaram bem com isso [...]” Magnólia tenta justificar que sua mãe só queria o primeiro filho, porque fugiu à regra das mulheres naquela época que tinham um filho a cada ano. Magnólia nasceu quando seu irmão estava com seis anos, depois de três anos veio outra irmã e quando estava com quatorze anos nasceu o caçula.

Disso podemos perceber que ela interpretou a relação com a mãe de uma maneira negativa, pois tinha necessidade de se sentir amada por seu primeiro objeto de desejo e talvez por esta razão tenha confundido controle/cuidado com amor/afeto, que era isso que ela queria sentir. Por outro lado, o fato de percebermos que Magnólia conseguiu desenvolver um corpo erógeno, ao expressar um discurso repleto de elaborações simbólicas, nos faz reforçar a tese de que foi sua maneira de interpretar os cuidados maternos que pode ter deixado alguma falha

em seu desenvolvimento e não necessariamente o real descuido, ou a real falta de desejo de sua mãe pela filha.

Winnicott (1963b) afirma que, na constituição da realidade psíquica interna do indivíduo, existem elementos positivos e negativos, originados na vivência de satisfação e frustração do lactente. Esses elementos bons e maus para se tornarem um só dependem da capacidade do lactente de evitar a dor da ambivalência por não unir estes objetos. O autor diz que o bom e o mau se referem à percepção da aprovação e desaprovação materna, não tendo importância neste caso o ambiente ou o exterior, mas sim o fator pessoal interno.

Corroborando com essa idéia, McDougall (1997, p. 173, grifo da autora) comenta que “[...] não são as percepções em si mesmas que têm interesse primário para nós, mas sim *a maneira como são registradas psiquicamente.*” A autora ainda completa que estes significantes iniciais não podem ser recalcados, ou seja, mantidos no inconsciente, justamente por não serem representações ligadas às pulsões através de recordações verbais e pensamentos. Assim, essas recordações pré-verbais podem encontrar saída nas explosões somáticas.

Apesar da conturbada relação com a mãe, nossa colaboradora revela sua admiração por esta mulher e reconhece suas semelhanças de personalidade que também foram apontadas por sua filha:

[...] “mãe eu não acredito...*você é igualzinha a sua mãe*”...e deve ser verdade...porque *eu admiro ela*...admiro...porque ela foi uma mulher muito batalhadora...ela sempre carregou toda família assim nas costas...que ela sempre trabalhou muito...meu pai sempre trabalhou...mas ele sempre foi administrado...[...]...que ela veio pra cidade analfabeta...ela entendeu a ordem da letra do ônibus que ela precisou usar...[...]...ela interpretou qual era o ônibus que ela tinha que pegar para não se perder...e ela ia trabalhar na cidade e voltava...e eu ficava com as crianças...então eu sempre falei...desde os oito anos eu já cuidava do meu irmão e da minha irmãzinha X [...]

Devemos mais uma vez destacar que nossa colaboradora, apesar de ter vivenciado uma falha na relação mãe-filha, neste momento pré-edipiano, conseguiu seguir seu desenvolvimento de forma adequada de modo a atingir uma identidade feminina pela identificação positiva com os elementos de feminilidade maternos.

[...] é evidente que uma parte da identidade do indivíduo ficará ligada para sempre àquilo que esse indivíduo representa para um outro, pois a identidade subjetiva, como Lichtenstein demonstrou (1961), é sempre determinada por duas dimensões: “aquilo que é parecido comigo” e “aquilo que é diferente de mim”. (McDougall, 1996, p. 39)

Seguindo este pensamento, Nasio (2007) explica que a neurose tanto no homem quanto na mulher surge como o resultado de uma cena, que pode ser o Édipo mal resolvido ou algum conflito infantil, em que o protagonista é o genitor do mesmo sexo. Assim, a causa da neurose é a vivência da experiência com o outro semelhante, se tratando de uma doença do mesmo, uma patologia do narcisismo.

Magnólia observou que elas apenas divergem na questão da confiança, porque para sua mãe qualquer pessoa, incluindo os filhos, está errada desde que prove o contrário. Nossa colaboradora disse acreditar nas pessoas e especialmente nas filhas, que para ela sempre estarão certas, até que alguém consiga provar o contrário. Em outro momento do relato, disse também que sua mãe costuma representar, fingir, diferentemente dela que é muito realista.

Em relação ao pai, disse que sempre teve uma relação maravilhosa, apesar de considerá-lo submisso à sua mãe. Disse que seu pai expressava o amor pelos filhos. Neste trecho ela nos revela um pouco da relação com os pais:

[...] eu chegava lá toda sexta-feira à tarde...[...]...então ele me recebia com aquele sorriso lindo aberto...feliz por que eu cheguei né?...a minha mãe corria fazer as coisas...limpar...*aquele cuidado todo*...fazer comida e não sei o que...mas *não demonstrava que era por amor...era como fosse um compromisso*...ela tinha que fazer aquilo...entendeu como é?...ele não...ele sentava ali fora e esperava eu chegar...que sexta-feira à tarde ou à noite eu tava chegando...era meu dia de chegar...e tem uma coisa que eu não sei

lidar...ainda não consegui lidar...por exemplo...eu não consigo me hospedar na casa da minha mãe mais...*desde que ele morreu...eu mudei...*mudaram as condições também [...]

Essa revelação nos faz pensar numa equação simples e que provavelmente serviu para a definição de seus papéis de masculino/feminino em suas relações futuras. Pai (homem) = afetividade, passividade e Mãe (mulher) = racionalidade, atividade/controle. Essa equação, oposta àquela proposta por Freud em que a mulher era colocada em uma posição de passividade, foi revelada em diversos momentos de seu relato, quando expressava pensamentos e opiniões relacionadas ao controle das pessoas.

As figuras masculina (pai) e feminina (mãe) foram percebidas de maneira ambígua em sua vida e depois de um certo tempo foram ressignificadas. Sua mãe ora era vista como não cuidadora, aquela que fingia amor/afeto, que não colocava limites, que era indiferente à sua presença, ora era vista como cuidadora que revela o amor através dos cuidados e controle. O pai era amoroso com ela, mas era submisso à mãe e, portanto, não era visto como um representante de força, detentor de poder.

Utilizando-nos dos dizeres de McDougall (1997), podemos compreender que não é apenas o que Magnólia introjetou de sua mãe que contribuiu para esta relação conturbada. A autora diz que o pai está vivo no mundo interior da mãe, e, portanto, devemos falar que a criança teme o inconsciente biparental, pois o pai é cúmplice ao deixar seu filho nas mãos da mãe. O que não podemos esquecer é que cada indivíduo resolverá à sua maneira o problema de separar-se da mãe e de lidar com as comunicações inconscientes dos pais.

Na **temporalidade da adolescência**, contou-nos sobre suas vivências afetivo-sexuais e fez referência mais uma vez ao irmão:

[...] eu tinha quatorze quando eu comecei...então era assim...eu tinha quatorze...meu irmão tinha vinte...pra eu ir no baile...eu podia ir no baile até as dez...que aí a hora que começasse o baile...ele me levava embora...isso me chateava...e *ele era truculento*...algum colega dele chegava perto de

mim...ele espalhava o cara sabe?...pegava pelo colarinho...e eu não agüentava aquilo...*então eu fui me desvencilhando disso*...então eu namorava de dia...não pode ser à noite...então era de dia [...]

Esse irmão, por quem de certa maneira tinha inveja por acreditar ser o único desejado pela mãe, cuidava dela, apesar de ser com maneiras desaprovadas, mas ele cuidava dela. E este cuidado não impediu que ela iniciasse seus relacionamentos amorosos, porque ela já estava formando esta imagem de que a mulher pode ser ativa e realizar seus desejos, ser independente, e, além disso, estava em busca de um homem à semelhança de seu pai.

Disse que, nesse período da adolescência, era um pouco rebelde ao contrariar sua mãe que sempre foi muito rigorosa, impondo limites e horários, e ela nunca foi de admitir rédeas curtas. Assim comentou sobre três relacionamentos que aconteceram, a partir dos quatorze anos. O primeiro rapaz com quem se relacionou era do mesmo bairro e considerou esta relação um namoro “[...] meio bobo...mas tinha excitações sexuais [...]” Magnólia comenta que o que fez o namoro terminar provavelmente foi o rapaz querer ter um namoro sério, em casa, e então ele ficava nervoso na presença dos pais dela, e ela não queria uma pessoa ao seu lado “tendo tique nervoso”.

Depois desse namorico, ela teve um envolvimento com outro rapaz, quase dez anos mais velho que ela, com quem teve sua primeira relação sexual, apesar de não terem sido namorados. Conheceu este outro rapaz aos quinze anos, quando já tinha começado a trabalhar e, portanto, adquirir certa independência financeira. O moço trabalhava em uma loja grande de calçados na cidade e foi onde eles se conheceram e ele a convidou para sair. A colaboradora conta que, naquela época, mulher não podia sair de calça comprida, apenas saia, mas mesmo assim ela comprou uma calça cigarrete, conforme a moda da época, e a vestiu na casa de uma amiga, longe dos olhos da mãe e do pai, para sair com este moço que ela considerava moderno.

Magnólia disse que o combinado era ir para uma festa, mas este moço a levou para uma chácara e já foi direto para o quarto. Ela questionou sobre a ausência das pessoas naquele ambiente e pediu que a levasse para um ambiente onde tivesse mais pessoas. Neste dia eles não chegaram a ter relações sexuais, mas referiu que em outros encontros eles acabaram transando, mesmo não namorando.

Magnólia comentou que desta relação sem um vínculo oficial talvez tenha ficado seu lema de que *nunca poder dar mais do que quer dar*, frase esta que aparecerá em outros momentos de seu discurso aos quais daremos uma atenção maior.

Depois com dezesseis anos conheceu seu marido, que tinha dezoito anos, num campo de futebol amador, com quem namorou por oito meses e casou-se grávida de dois meses.

[...] aí mais futuramente eu conheci o W meu marido...[...]...mesmo naquela época *ele não fez nenhuma questão de eu ser ou não ser virgem*...ou não nunca entrou nessa questão...no nosso...no nosso lance assim...[...]...*ele não fala*...e nunca me interessou contar...então ficou nisso mesmo...talvez ele até nem fosse muito...não tinha nenhuma experiência...[...]...*eu fui rápida*...mas *era um fogo sabe...era muita paixão*...a gente se curtia mesmo [...]

Nossa colaboradora conta que, para seus pais, foi complicada essa situação. Ela e o marido moravam em cidades diferentes e se viam de fim de semana quando ele ia visitá-la e ficava hospedado em sua casa. Como seus pais freqüentavam constantemente a casa da vizinha para assistir à televisão, o casal ficava sozinho em casa. Assim, culpa sua mãe por não tê-la cuidado de forma adequada: “[...] aí *ela não me cuidava muito bem*...ela deixava nós dois ficar muito tempo sozinhos...entendeu? [...]”. Mais uma vez ela expressa o sentimento de desafeto que acredita que a mãe sinta, pois ela confunde cuidado com amor, então o não cuidar é o mesmo que o não amar.

Apesar de introjetar esse não-cuidado da mãe, também introjetou o comando confundindo-o com o cuidado físico expresso pela mãe. Então, logo que casaram, sua mãe

impôs a condição de que eles ficassem morando na mesma cidade pelo menos até a criança nascer. Desse modo, Magnólia ficou morando com os pais em um quarto cedido por eles, e seu marido que continuava trabalhando em outra cidade, viajava constantemente.

[...] e morávamos todos juntos...só que eu tinha o meu quarto...aí a menina nasceu...logo em seguida eu não engravido de novo...quando eu to me preparando pra vir embora para N...engravido de novo...*e foi fulminante também...*porque aí *eu já tinha enjôo e passava mal...*e foi nessa que eu fiquei diabética...aí ela...aí ele falou então...ele ia construir uma casinha aqui pra gente...então constrói lá...a menina ta grávida de novo...então fica né?...a gente ajuda a criar essa que já tem...depois que nascer o outro vai...aí nasceu outra menina...e aí quando terminou a dieta dia três de janeiro eu vim embora morar com ele [...]

Quando veio morar na cidade pequena do interior com o marido e as duas filhas, contou-nos ter sofrido muito nesse período por ter dificuldades em cuidar das filhas num período de adolescência. Em relação à filha mais nova, disse que era muito manhosa e fingida, só queria dormir no colo.

[...] meu pai veio visitar a gente dois meses depois que eu tava morando aqui sozinha...e ele voltou e falou assim pra minha mãe...jovem você não acredita...é outra menina aquela...porque aí o que que eu fiz...baixei a guarda do berço...ela já tinha um ano...pensa...eu nunca tinha morado sozinha...tinha duas filhas pra criar...marido...roupa pra lavar...e só que *eu tinha umas cunhadas que me ajudaram bastante...minha sogra também foi muito legal comigo...*então o pai veio e ele assistiu a minha filha ir buscar a mamadeira lá na cozinha...vir para o quarto...subir no bercinho que eu baixei a guarda do berço...e ela subiu e mamou sozinha...e dormiu [...]

As filhas a fizeram lembrar da mãe e como foi cuidada. A filha mais nova em especial tinha mais característica que antes era atribuída apenas à sua mãe, o fingimento. Ressaltou também que hoje tem consciência que não deveria ter criado as filhas assim, de maneira a estimular a independência e até colocando-as em perigo, já que poderiam sofrer algum acidente doméstico.

De acordo com Winnicott (1963a), nos primeiros meses de cuidado da mãe com seu bebê, que de início parece ser parte dela mesma, ela usa suas próprias experiências como bebê para cuidar do filho. Podemos então pensar se sua introjeção da imagem materna não ocorreu semelhante aos dizeres de McDougall (1997, p. 141)

Por um lado, a mãe muitas vezes era descrita como recusando o contato corporal próximo (forçando, portanto, a comunicação simbólica prematura por razões defensivas, levando a uma autonomia física e mental em alguns casos). Na (re)construção do trauma psíquico do início da vida, esta representação de mãe interna é vivenciada como o terror da mãe de ser devorada, absorvida, esvaziada por seu bebê.

Podemos pensar que, apesar de inicialmente ter constituído uma imagem de mãe não cuidadora, teve outras duas figuras femininas que a ajudaram a cuidar da filha, filha esta que parece ter preferido cuidar de maneira a estimular a independência, como parece ter sido sua criação.

Após seis anos morando nesta cidade pequena do interior, voltaram para a cidade em que seus pais moravam, pois na cidade pequena não havia bons empregos.

Após o nascimento da segunda filha, ela decidiu não ter mais filhos devido aos problemas fisiológicos ocasionados pelas sucessivas gestações em uma fase de adolescência:

[...] eu tive as duas filhas...foi tudo muito rápido...daí eu falei *eu nunca mais vou ter filho*...e decidi isso...então usei o anticoncepcional e engordei catorze quilos...usei o DIU sete anos aí causou um sangramento horrível...eu com vinte e seis anos eu precisei fazer cirurgia...raspagem...um monte de coisa pra tirar...e aí eu já aproveitei e fiz a cirurgia pra não engravidar...mas *não foi suficiente*...com trinta e seis anos *eu precisei retirar o útero...o ovário e tudo*...porque causou uma cavidade muito grande...*mas que eu não tive mais filho eu não tive*...entendeu como é?...*é eu decidi* [...]

Devemos destacar que estas gestações de meninas num período denominado por Freud de fase genital, das descobertas da sexualidade e da erogeneização dos órgãos geniais, podem ter gerado alguns problemas emocionais que agravaram os problemas físicos. Mais uma vez

ela expressa seu controle, mas agora é em relação ao funcionamento do próprio corpo, de acordo com seus desejos.

Ainda em relação à segunda gestação, disse que engordou um pouco mais e ficou pré-diabética, desenvolveu uma diabetes gestacional que perdurou após o parto, porque ela continuou engordando. Essa diabetes já era prevista por uma herança de família:

[...] depois da segunda gravidez segundo filho com dezessete anos eu tinha duas filhas...[...]...então *era muito difícil entender isso*...eu comecei a usar anticoncepcional...em um ano eu engordei catorze quilos...um absurdo...e aí *fui ficando sempre gorda*...fazia dieta...fazia acompanhamento...toda vez que fazia exame de curva glicêmica sabia que ia ser diabética...mas *eu sempre fui muito cuidadosa*...muito consciente mesmo que isso podia acontecer...meu pai era diabético...meus avós eram...então *seria natural até que eu fosse*...mas se eu tivesse conseguido manter peso baixo talvez eu não tivesse sido...*hoje é que eu sei isso né?*...porque depois que você fica obesa é muito difícil voltar atrás...muito difícil...você não consegue...*eu consegui emagrecer muitas vezes e consegui engordar outras tantas vezes* [...]

O nascimento das filhas parece ter sido como uma chance para reconciliar-se com sua imagem materna introjetada e pode ter sido, então, que despertou a descarga somática. Podemos refletir que a diabetes pode ter sido o resultado da interpretação do descuido da mãe que apareceu como sintoma num momento em que lhe foram exigidos os cuidados maternos.

McDougall (1997) diz que todas as formas de adicção e somatização estão ligadas à tentativa de acertar as contas com figuras parentais do passado e por isso a necessidade de descarregar as pressões afetivas insuportáveis como forma de reparar a imagem de si avariada. No caso de Magnólia, percebemos que a adicção alimentar, gerando a obesidade e agravando a diabetes, pode ter surgido como um desafio ao objeto materno interior, vivenciado como falho na capacidade de tranquilizar a criança perturbada que ainda se escondia dentro dela.

Referindo-nos à **temporalidade da vida adulta**, Magnólia nos disse que, em 1986, após tentativas e sucessos com o emagrecimento e conseguindo chegar a pesar 70kg, decidiu assumir os 80kg (IMC em torno de 30 kg/m²), peso que manteve por um bom tempo. A partir dessa data, sua diabetes começou agravar e no ano de 1994 teve pioras expressivas, contribuindo para o surgimento de outras doenças como os abscessos e a necessidade de cirurgias para retirá-los. Devido à diabetes descompensada, precisou iniciar um tratamento com insulina cujas doses foram aumentando ao longo dos anos.

Nessa época de diabetes agravada e dificuldades em manter o peso baixo, seu marido realizava algumas táticas para despertar seus desejos amorosos:

[...] eu entrava no serviço às sete...portanto onze e meia eu tava dormindo profundamente...então ele tava numa fase meio que eu acho de *auto afirmação*...ele chegava ele queria me acordar pra transar...e *eu achava aquilo muito chato*...mas com esse jeito meu de falar...que *eu falo sobre as coisas*...eu fui chegando nele sabe...[...]...então como *eu sou...sempre fui gordinha*...primeiro ele usava alguma tática sabe...ele trazia lanche...docinho...pra me acordar...aí eu entendi...um dia eu falei não...tá errado...numa época em que eu fiz regime...inclusive foi numa época que eu até lembro bem disso...porque foi em oitenta e seis numa época danada da minha história...ele trazia...eu ah eu não quero...não vai me trazer...não vou comer...porque eu fiz regime...não vou comer e dormi...né?...e *ele foi entendendo*...no começo mesmo que ele não gostou muito...deve ter gerado mais que uma discussão né?...mas *em tudo na vida eu acabo conquistando assim...com conversa* [...]

Mais uma vez se refere à utilização das palavras ao revelar sua arma poderosa na relação com o marido: a conversa. Algo que é bem propício aos indivíduos com uma considerável capacidade simbólica. Sua habilidade verbal sempre utilizada em momentos importantes indica que o controle que exercia sobre o marido, já que ele pouco verbalizava, não era um controle no sentido de impor seus desejos, mas um controle para se fazer presente, ser notada, o mesmo desejo que tinha em relação à mãe.

Para Costa (2005, p. 81), “[...] a palavra, na maioria dos casos, é suficiente para que o sujeito reencontre as brechas do percurso identitário por onde se insinua o desejo inconsciente de responder ao desejo de perfeição do outro.”

Em 1994, mudaram-se novamente para a cidade pequena do interior em que seu marido nasceu e possuía seus parentes. Sua sogra estava com problemas de saúde, suas duas filhas casadas, seus netos nascendo, seu marido depressivo por causa da morte do pai um ano antes, ela também estava com a saúde abalada e, então, decidiram se mudar de cidade e mudar a situação de vida:

[...] em noventa e quatro nós mudamos pra cá...pro interior *pra viver de muito pouco*...pra viver da aposentadoria dele...só...porque *ele doente*...eu *doente*...não ia dar em nada né?...mas não foi assim...*eu escrevi outra história*...porque aí *eu fui querer entender minha diabete* né?...e fui fazer o curso de técnica em nutrição né?...pra entender porque tinha hipoglicemia...porque eu tinha hiperglicemia...cada dia era uma coisa...aí eu fui lá fiz...são quatro anos...os meus netos foram nascendo...éh:...que antes deu terminar o curso...eu passei no concurso da prefeitura...aí não teve como né?...aí eu fui mesmo...então é por isso que eu falo que eu escrevi outra história...mesmo que *eu nunca fui dependente*...eu sempre trabalhei tudo...mas *eu tava num fim de carreira meio triste*...porque eu não ia mais trabalhar...*porque eu tava doente* [...]

Referiu que realmente sempre trabalhou, pois quando suas filhas eram pequenas criou as meninas com o dinheiro que ganhava trabalhando como costureira. Disse que era muito boa nesta profissão, pois fazia até vestido de noiva conseguindo um salário maior que o do marido. Depois trabalhou por dez anos como administradora de escola, o equivalente na atualidade à diretora de escola, de creche (CR), que cuida de crianças desde bebê até 7 anos. Em 1997, quando já estava um pouco melhor da saúde, é que começou a estudar.

Magnólia disse também que com esta mudança não só a história dela foi reescrita, mas a do marido também que saiu da depressão, arranjou emprego e há dois anos se aposentou

definitivamente, pois a primeira tentativa de aposentadoria não foi bem-sucedida. Logo que voltaram para a cidade pequena, eles ficaram morando na casa da sogra, figura esta que é muito admirada pela nossa colaboradora, mas em 2004 eles foram morar em uma casa própria.

Ainda no que se refere à **temporalidade da vida adulta** e a essa mesma época da piora expressiva da diabetes, comentou sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica:

[...] eu nunca fui muito ligada assim em ser sensual...mas *eu sempre tive um relacionamento bom...com meu marido...[...]*...eu nunca tive problemas...*na época das quatro insulinas eu fiquei muito distante...porque eu tava que nem uma frigidez assim...uma má vontade mesmo...um sono...um cansaço...eu não queria nada [...]*

Foi questionado se esta frigidez, esses problemas na área sexual não pudessem também ter outra causa ou terem sido agravados por outro problema, como a menopausa, pois ela estava com 47, 48 anos. Apesar da associação com outras questões como a menopausa e as dores na relação devido ao ressecamento vaginal, que eram devidamente cuidados por ela com a utilização de cremes lubrificantes, Magnólia acredita mais na questão da situação relacional ter sofrido influência do peso e da diabete descompensada.

Podemos perceber, assim, que tanto a posse de um corpo volumoso quanto a diabetes lhe adicionaram questões, ou, melhor dizendo, dificuldades físicas à expressão de sua feminilidade, mas estas dificuldades não geraram tanto danos e puderam ser superadas.

Refletindo mais sobre suas vivências afetivo-sexuais, comentou sobre o intenso apetite sexual do marido e os seus desejos sexuais mais moderados:

[...] *se eu deixasse ia transar todo dia...mas eu não gosto...[...]*...passou a mão e eu não gostei...não tem quem faça...e aí eu nunca fui...*eu não gosto de ir pra cama transar sem acontecer nada comigo [...]*

Magnólia disse que, quando tinha 26 anos, teve uma conversa interessante com seu ginecologista que a fez refletir sobre seus desejos. Percebeu que além de não gostar de transar sem obter prazer, também nunca gostou que o marido deixasse marcas em seu corpo. O médico situou-lhe em sua temporalidade corporal: “[...] você tá numa idade...com 26 anos que é o seguinte...fazer sexo e não...vamos falar assim...você transar e não ter orgasmo é o mesmo que ir no circo e não rir do palhaço [...]”

Completo que as palavras desse médico também lhe fizeram pensar nos reais sentimentos em relação ao marido. Percebeu que apesar de gostar dele, era muito realista e não se deixava ser dependente em nenhum sentido, nem financeiro, nem emocional.

Nesse período de diabetes descompensada, sofreu outro choque quando seu médico há anos disse que abriria mão de seu tratamento, porque não poderia mais ajudá-la em nada, ela já tomava quatro insulinas ao dia. Ele acabou trazendo-a para a realidade e lhe devolvendo a responsabilidade por sua vida saudável, agora era ela quem deveria tomar alguma atitude se quisesse se manter viva, e foi quando começou a buscar alternativas.

[...] eu quando ele abriu mão eu descobri um cirurgião...porque eu tenho uma amiga que tinha feito cirurgia bariátrica...[...]...e *ela tava magrinha e bonitinha*...sofria...porque gordo gosta de comer...mas ela sofria...mas ela tava magra entendeu?...[...]...como toda pesquisa fala que o peso interfere na taxa de glicemia...se eu baixasse...então eu peguei isso como...[...]...*eu queria alguém que resolvesse* [...]

Até então o seu problema da diabete que estava sendo agravado pela obesidade era um problema sem causa específica, ela se negava a aceitar que era responsável por sua condição e que, portanto, poderia também ser responsável pela busca de uma solução, ou cura.

De acordo com Costa (2005), há um tipo representativo do novo narcisismo em que o sujeito recalca o passado sentimental preferindo voltar-se para a corporeidade material, sem expressar ressentimentos em relação aos responsáveis por seu sofrimento. Dessa maneira, o

ego começa a lidar narcisicamente com o conflito, assumindo toda a culpa pela negligência em seu autocuidado e inocentando o corpo e o outro.

Foi a partir desse despertar que Magnólia decidiu também buscar outra religião. Até então ela era uma católica que acreditava em espiritismo e freqüentava raramente ambas as religiões. Conheceu o budismo por meio de uma vizinha budista que devido à sua felicidade e motivação pela reza lhe despertou interesse.

Na **temporalidade da vida adulta**, comentou sobre sua forte religiosidade e em que o budismo lhe fez acreditar:

[...] me fez acreditar que *é a gente que é responsável...que não adianta pôr a culpa no outro* e não foi só nisso que eu mudei eu mudei em muitas e muitas e muitas outras coisas...mas no budismo *cada um que encontra o budismo decide a sua vida...[...]*...e nada fica impune...no budismo não existe esse perdão...se perdoa...[...]...e eu tinha a maior birra da igreja católica que rezava terço né?...éh:: cinqüenta vezes falava a mesma coisa...no budismo a gente fala muito mais...porque o mantra que a gente recita...é muitas e muitas vezes a mesma palavra...mesma frase...mas só que *me faz bem* [...]

Segundo Costa (2005), nas espiritualidades asiáticas, o corpo é valorizado positivamente como instrumento de elevação espiritual. Dessa forma, o investimento no bom desempenho corporal pode proporcionar o bem-estar orgânico, emocional e moral do sujeito. Essa nova compreensão do corpo em relação ao mundo pode desvelar os descaminhos das imagens corporais narcísicas, da moral leviana do corpo espetáculo e dar início à integração do corpo com os sentimentos.

Referiu que no budismo as forças que regem o universo trabalham em prol da resolução de seu problema. E acredita que foi isso que ocorreu, porque conheceu o budismo em junho de 2004 e, em agosto, um mês depois seu convênio médico mudou. Antes dessa época já havia buscado a autorização para a cirurgia, mas seu tipo de plano de saúde não aceitava devido ao seu IMC não corresponder à obesidade grau III, apesar das co-morbidades

apresentadas. E no mês de agosto a empresa em que trabalhava firmou um novo convênio com um plano de saúde que desta vez aceitou o pedido da cirurgia. Assim, em setembro, ela já estava dando entrada nos papéis e iniciando a preparação pré-operatória exigida pelo plano, como a participação dos grupos de nutrição, psicólogo, atividade física e outros exames. Em 13/11/2004, se converteu oficialmente ao budismo.

Ainda nos referindo à **temporalidade da vida adulta** e ao período anterior à cirurgia, a colaboradora nos diz sobre o momento triste vivido há quatro anos atrás com a morte do pai:

[...] eu faço qualquer coisa...pra viver assim intensamente tudo que eu puder viver de bom...*e sou um pouco covarde na dor...no sofrimento assim eu escondo...eu fujo...eu fujo...eu perdi meu pai tem três anos...vai fazer quatro...e a minha mãe...a minha família entraram numa que não podia perder...ficou aquele desespero...mas meu pai tinha oitenta e dois anos...ele foi um *homem feliz...realizado...ele teve tudo o que ele quis...dentro do que ele pode conquistar...e eu consegui entender isso rápido...eu sofri...eu sofro ainda quando eu falo do meu pai...só que eu não deixo isso me acabar...me abater [...]**

A colaboradora tem plena consciência de si, sem deixar de lado a percepção do outro e o efeito que este outro lhe causa. Ao falar do sofrimento vivenciado com a morte do pai afetuoso, revela claramente suas atitudes diante da dor, nos dando indícios de sua possibilidade de somatizar nestes momentos.

Na **vivência após a cirurgia bariátrica**, Magnólia comentou que a cirurgia foi um sucesso, não tendo qualquer intercorrência como os vômitos, por exemplo, mas confessou que naturalmente seu organismo rejeita certos alimentos como peixe e verduras de folha. Com isso, teve que mudar seus hábitos alimentares, utilizar certas táticas quando percebe sinais claros de que seu organismo não aceitou o alimento. Disse que espera alguns minutos e depois volta a comer excluindo a parte que lhe fez mal.

A colaboradora também referiu não ter ficado sozinha no hospital no dia da cirurgia, pois sempre esteve cercada dos parentes, dos amigos, dos amigos de oração, e revelou como se sentiu:

[...] *eu nasci de novo*...tem dois anos e dois meses que eu nasci de novo...com tudo aquilo de experiência que eu já tive...entendeu?...eu não tenho dores...não tenho insônia...não tenho nada...eu fico tranqüila mesmo...mas sempre assim...*eu podó arestas*...se eu vejo que meu marido tá mau humorado por algum motivo [...]

Devido a esta capacidade simbólica, optamos por não direcioná-la à categoria em busca do corpo erógeno, pois notamos que ela já possuía um corpo erógeno devido a sua história de vida ser marcada por situações complicadas seguidas de ressignificações e a formação de representações mentais do corpo, assim como a elaboração psíquica dos acontecimentos.

McDougall (1996) revela que os indivíduos somatizantes, dotados de uma forte capacidade de metaforização de seus conflitos e da significação inconsciente da manifestação somática no que se refere à economia libidinal arcaica, se livram de maneira rápida de seus sintomas.

Ainda nos referindo à **vivência após a cirurgia bariátrica**, nos contou sobre as mudanças ocorridas em seus relacionamentos afetivo-sexuais

[...] eu sou muito de bem assim com a vida...eu não foco a felicidade assim...mesmo a felicidade conjugal...*eu não foco ela no sexo*...todo dia...toda hora...claro que o sexo é importante...gostoso...agradável...mas que pode ter grandes intervalos...[...]...até quando eu emagreci...eu conversei com a minha ginecologista e falei com ela...falei X...eu não sei...parece que não sinto desejos né?...ah:: vou te dar um remedinho...aí peguei o remedinho e a receita...vim até a farmácia...pensei bem...falei assim...poxa vida...cinquenta e oito reais...dá pra eu comprar uma boa de uma blusa por cinquenta e oito reais né?...vou ficar tão feliz que eu vou pra casa

feliz...muito...e vou transar bem...e foi mesmo menina...é assim que eu faço...*eu compenso as duas coisas...eu gosto assim [...]*

Apesar dessa questão do remedinho receitado por sua médica, referiu que sua vida sexual melhorou muito após a cirurgia:

[...] talvez porque...até assim...os espaços são melhores ocupado né?... porque você vê eu não sou magrinha não né?...[...]...mas eu gosto de tá pesando setenta e dois...porque eu acho que assim...que até pra abraçar né?...você vai abraçar gordo fica desse tamanho não consegue...não alcança...não vê...não tem charme...não pode despertar muito...então fica aquele *sexo meio mal feitinho* sabe...aquela coisinha feita assim...*sem muito agrado*...assim eu não gosto [...]

Costa (2005, p. 20) fala que “[...] cuidar de si, aliás, pode ser o melhor meio de se colocar disponível para o outro [...]”, sendo que dessa maneira o cuidado não contraria nossos valores morais ou ressalta a futilidade do corpo justamente pelo fato de o cuidar de si aparecer como forma de ampliar os horizontes da interação com os outros.

Magnólia disse também que seu marido engordou 12 quilos após a cirurgia dela. Ela emagreceu 25 kg e ele engordou 12 kg. Ela explica o que acredita que possa ter ocorrido: “[...]eu não duvido nada que na tentativa de me fazer comer...ele coma mais [...]”. Ele inclusive teve alguns problemas de saúde agravados, como a asma, além de outros que culminaram em uma cirurgia de vesícula.

Ela sabe ser responsável pelas mudanças ocorridas também na vida do marido com sua cirurgia, especialmente por reconhecer sua personalidade autoritária e seu desejo pelo comando, controle da vida de todos:

[...] eu sou responsável pela transformação dele porque eu falei...*ele não fala...ele não pede...ele não discute o assunto...então muitas vezes ele sai perdendo no jogo...porque a vida pra mim é um jogo...e eu gosto de ganhar [...]*

Nossa colaboradora se mostrou extremamente capaz de perceber e refletir sobre o fato de que seu corpo pode sofrer transformações e contribuir no restabelecimento da dimensão relacional com o outro. Costa (2005, p. 71), citando as idéias de Campbell (1998), nos ajuda a entender a percepção do eu corporal como causa de mudanças no comportamento de outros eus: “Autoperceber-se como imagem corporal, diz ele, é perceber que podemos induzir mudanças das atitudes dos outros em relação a nós mesmos”.

Agora com o estômago reduzido, seu marido teve que arranjar outras táticas para despertar-lhe o desejo. Antes as táticas do lanche surtiam excelente efeito, porque Magnólia era acordada pelo estômago, e o marido se aproveitava disso. Ela disse que impedida de comer como antes, seu marido desenvolveu outras habilidades interessantes, que podem até não excitá-la sexualmente, mas excita sua admiração pelos cuidados despendidos por ele:

[...] uns dois anos antes da cirurgia...é porque acho que fazem quatro anos...eu tive uma *pneumonia* horrrosa...horrrosa...tive muito mal mesmo...e ele aprendeu a fazer comida...a fazer sopa...porque eu não comia...[...]...porque quando eu me salvei...me curei...eu falava sempre pra todas as minhas visitas...eu falava ah *ele me salvou*...porque *ele fez eu comer quando eu não queria comer*...então ele fazia sopa...caldo quente...era *muito carinho...muito cuidado...e a gente gosta de ser bem cuidado né?*...então ele me conquistou [...]

Esta pneumonia ocorrida há quatro anos atrás, mais ou menos na mesma época do falecimento de seu pai, nos faz pensar que o adoecer quando não consegue suportar o sofrimento psíquico não foi uma particularidade da diabete, mas que pode ter ocorrido em outros momentos em sua vida. Além disso, reconheceu sua necessidade de cuidados, sendo que esta expressão de afeto a salvou.

O reconhecimento do cuidado do marido nos faz pensar que mais uma vez em sua vida uma figura querida é investida de ambigüidade. O mesmo marido que boicotava sua dieta

trazendo lanchinho de madrugada para conseguir ter relações com ela é aquele que cuida fazendo comidas saudáveis.

Magnólia relatou que, após se curar da pneumonia, teve um problema sério de artrose com as duas mãos em que seu marido também se mostrou extremamente amoroso e cuidador. Seus dois polegares não têm movimento devido à artrose, o que dificulta algumas atividades cotidianas. Também precisou usar aparelho dentário por causa de perda de massa óssea devido ao mesmo problema.

Logo que seu marido se aposentou, há dois anos, seu genro lhe deu um cachorrinho, que foi incluído literalmente na família. Desde bebê o cachorrinho chorava muito e despertou os cuidados de seu marido que passou a dormir em outro quarto com o cachorro:

[...] aí quando vai transar fazer amor...o R tem que ser preso no outro quarto...porque senão ele interfere...entendeu?...ele vem...entra na meio...*ele não serve*...ele tem que ficar preso lá no quarto...mas acontece naturalmente assim...não incomodou em nada porque...aí logo depois eu fiz a cirurgia...e *eu achei muito bom dormir sozinha*...porque posso me espalhar na cama...não tem perigo dele esbarrar em mim...machucar...e acabou ficando assim...e só um quarto separado [...]

Refletindo sobre as diferenças de personalidade e comportamento do casal, ela diz que o marido é totalmente seu oposto, muito sistemático, depressivo e não gosta de se relacionar. Usando suas palavras “[...] *ele gosta de ficar...eu gosto de ir* [...]”. Ele adora ficar em casa para cuidar do cachorro e de seu jardim. Magnólia só gosta de ficar em casa para dormir e receber visitas. Ela gosta de sair, de ir à piscina, à praia, visitar as amigas, bater papo na internet com filhos, amigos e netos, e por isso se considera uma “velhinha moderna”.

Ainda afirmou que, apesar das diferenças de personalidade, não pode perder a sua vida por causa disso. Confessou ter apenas uma inveja do relacionamento de suas amigas, quando os maridos saem para dançar com elas. Porém, reconhece que isto não é possível e diz que

não se acha velha para começar outra relação, caso acredite não valer mais a pena investir na relação com o marido, pois “[...] não vale a pena se não for bom [...]”

Nasio (2007) nos ajuda a recordar que a mulher em seu imaginário não possui qualquer apêndice ou objeto real para manipular ou salvaguardar, mas sim um objeto invisível que precisa ser preservado acima de tudo, o fato de amar e ser amada. Com isso, o amor que pode ser perdido passa a ser investido e reconquistado constantemente.

Em todo o seu discurso, fica clara a posse de um corpo erógeno que está sempre tentando obter o prazer em todas as suas atividades.

[...] se eu acho que uma coisa não é bom pra mim...não sei se eu sou muito realista...ou se eu nunca me apaixonei muito...mas não é verdade que eu adoro os minhas filhas eu gosto do meu marido...*eu vivo bem...*só que *eu nunca admito que eu seja em segundo plano...eu tenho que fazer exigências...*já que nós estamos falando de sexo...eu sempre falei que ele não se desgruda de mim principalmente por isso...que *eu não dou pra ele tudo o que ele quer...e nem quanto ele quer entendeu?...eu dou quanto ele conquistar...*senão...nada feito [...]

Conforme já dito anteriormente, seu lema de vida é “nunca poder dar mais do que quer dar”. Esta frase que representa sua estrutura psíquica, a afasta da possibilidade histérica, apesar da simbolização, pois a histérica nunca se acha capaz de ter algo a oferecer, ela está sempre em falta. Para Nasio (2007), a mulher histérica acha que não é digna de interesse nem de amor, o que conseqüentemente lhe provoca a repulsa pela sexualidade, além de uma grande solidão.

Em relação ao sexo, ao se referir a não querer ter relações todos os dias, disse que isto sempre foi seu pensamento mesmo com 20 anos de idade, duas filhas para cuidar mais o trabalho.

Referiu que agora, após a cirurgia, seu marido está demonstrando ciúmes, coisa que antes não fazia. Ela não acredita na realidade deste sentimento e em certos momentos chega até a se irritar:

[...] mas hoje tá com uma coisinha assim...de ciuquinho bobo...uma coisa boba...eu acho que é coisa de adolescente...mas eu entendo ele...e isso é agora...agora depois da cirurgia...porque eu era tontinha...num sei...como eu disse pra você...como eu não dei muito ênfase nessa questão da sensualidade...eu gosto...sabe como que eu gosto...*eu gosto de trabalhar...ser competente sabe*...eu não gosto de brilhar por alguma coisa...eu gosto que tudo dê certo na minha vida...[...]...então nós fomos fazendo acordo...[...]...e *ele aceitou o jogo*...depois...agora bem mais amadurecida eu entendo a posição dele...eu entendo...porque...o que que aconteceu...*espiritualmente eu sou muito mais forte que ele*...então onde eu não abro mão...se ele também não abrir...ele me perde...*eu não sei se eu preciso muito dele*...eu não tenho essa certeza...que eu preciso...que eu dependa dele emocionalmente...eu não tenho essa certeza...mas eu tenho certeza que ele depende emocionalmente de mim [...]

Winnicott (1963a, p. 80) nos ensina que a independência nunca é absoluta, pois “[...] o indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes.”

Durante todo o seu discurso, parece ter ficado clara sua capacidade de elaboração psíquica devido a suas constantes auto-avaliações e auto-análises, além do reconhecimento de sua racionalidade e função controladora na relação com o marido e como motivo de briga com a mãe, afinal duas pessoas que buscam o poder e o controle sempre não conseguem permanecer no mesmo ambiente sem existir conflito.

Nossa colaboradora se mostrou um ser com um corpo erogeneizado em que o real é suplantado pelo simbólico. Ela pensa, ouve, reflete sobre o que as pessoas lhe comunicam e por isso decidimos concluir sua análise como uma frase dela mesma: “[...] eu tenho os meus

dissabores...eu sou totalmente normal...porque eu curto cada coisa com a intensidade que ela tem [...]"

Colaboradora 9

Entrevista realizada em 13 de julho de 2007

Margarida tem 33 anos, é evangélica e tem nível econômico familiar correspondente a C. Trabalha como faxineira e relatou ser apenas alfabetizada, “não se dá muito bem com as letras” e por isso me pediu para ler o termo de consentimento. Seu pai faleceu quando tinha três anos, e a mãe, quando tinha seis anos e por isso acabou morando com famílias diferentes e até na rua, tendo sofrido dois abusos sexuais. Vem de uma família numerosa, são em cinco homens e três mulheres, sendo seu irmão (quase vinte anos mais velho que ela) e uma irmã mais velhos, frutos da primeira união da mãe. Ela é a sétima filha.

É casada há 18 anos e tem três filhos, um com 20 anos, outro com 16 anos e o caçula com 13 anos. O primogênito é fruto da relação com o homem que diz ter sido o amor de sua vida, mas que devido a intercorrências da vida foi adotado por outra mulher. O segundo e o terceiro filhos são frutos da relação atual.

Relatou ter começado a engordar após a gravidez do último filho que coincidiu com a traição do marido e a desconfiança deste do filho não ser dele. Chegou ao peso máximo de 137 kg (IMC 60,8 kg/m²). Considerando a data da entrevista está operada há quase um ano com o procedimento de Capella e atingiu o peso de 96 kg, o que caracteriza um IMC ainda correspondente à obesidade grau III. Realizou a cirurgia em hospital público cadastrado pelo SUS e, por isso, fez psicoterapia em grupo por três meses e uma avaliação para obter o aval para a cirurgia, com profissionais do próprio programa. Ela pretende emagrecer mais cinco quilos.

Após a cirurgia, comentou que o marido a tem desejado menos, e as relações sexuais que já não eram boas pioraram. Mas apesar das reclamações sobre seu corpo, pois está começando a sobrar pele, e da vida sexual, disse não ter se arrependido da cirurgia.

Margarida foi indicada por outra colaboradora e aceitou prontamente, revelando ao final da entrevista que gostaria de ter mais espaço como o vivenciado em que pudesse expor seus sentimentos e pensar em seus problemas relacionados à obesidade e à sexualidade. Comentou que com a psicóloga do hospital em que realizou a cirurgia também não pode desabafar, porque teve que esconder muita coisa para poder realizar a cirurgia. Ela chorou algumas vezes durante a entrevista por reviver certas questões, mas referiu se sentir bem e importante em contribuir para a pesquisa. A entrevista foi realizada em uma sala para atendimento psicológico sublocada pela pesquisadora.

Margarida inicia seu depoimento contando sobre a perda dos pais, **nos horizontes da infância:**

[...] *a infância praticamente não tive né?...porque perdi meus pais...faleceram...e desde então eu fui dada pra uma família e me criaram...e fui passando de família em família...até os nove ano...nove anos fui morar com o meu irmão e fiquei com ele até onze anos [...]*

Comentou também que seu pai faleceu quando tinha três anos, porque foi picado pelo bicho barbeiro e o coração não agüentou. Em relação ao infarto fulminante sofrido pela sua mãe, quando tinha mais ou menos seis, sete anos de idade, disse que foi presenciado por ela e pelo irmão caçula.

[...] *quando a minha mãe faleceu...ela tava...tinha uma escada assim né?...e tava nós dois em cima da escada...a hora que ela caiu...ela caiu em cima da gente...a gente ficou segurando ela pra ela não cair pra baixo...gritando avó::...daí minha avó veio com um lençol branco e um saco...e colocou ela e nunca mais a gente viu ela em pé novamente...e ele lembra também igualzinho eu...quando ele veio...ele veio em noventa e sete...ele lembra aquilo que eu lembro...ele lembra das pessoas...do caixão...da roupa que ela tava vestida sabe...ela tinha um cabelo assim bem grande [...]*

Podemos observar que tanto seu pai quanto sua mãe faleceram por problemas cardíacos, um coração que se mostrou frágil e não agüentou, o que nos dá margem para pensarmos que o mesmo pode ter acontecido com nossa colaboradora: por causa da morte dos pais seu coração congelou.

Contrariando a idéia de os pacientes coronarianos serem emocionalmente frágeis, McDougall (1996), ao citar um tratado de William Osler escrito em 1910, apoiou a tese deste autor de que estes pacientes pouco se importavam consigo mesmo e com os outros, o que revela a falta de afeto.

Seguindo as idéias de McDougall (1996) de que é provável que nunca cheguemos a saber o que realmente se passou na infância do indivíduo, trabalharemos com a versão da criancinha que permanece intacta no pensamento de nossa colaboradora, diante dos acontecimentos cotidianos. Assim, acreditamos ser possível pensarmos que por um longo tempo Margarida tenha vivido sem o conhecimento de sua existência, como se também tivesse morrido psiquicamente, já que em um único dia duas pessoas extremamente importantes de seu mundo se foram, a mãe faleceu e o irmãozinho foi levado para longe. Esse irmão “renascido” em 1997 pôde confirmar-lhe que a vivência da cena de morte da mãe não foi algo fantasiado, mas real, o que pode tê-la feito acordar para sua própria existência.

Segundo McDougall (1996), os pacientes psicossomáticos que estiveram expostos a traumas contínuos na infância tendem a atribuir seus problemas a fatores externos, já que seus estados emocionais primitivos não foram capazes de realizar a elaboração simbólica.

Até a época da morte da mãe viviam só ela, a mãe e o irmão caçula, em outro Estado. Ela não sabia da existência dos outros irmãos porque eram todos casados e tinham vindo morar aqui no Estado de São Paulo. Ela foi descobrir a existência dos irmãos, no dia do enterro da mãe. Ela vem de uma família muito numerosa, possui sete irmãos, duas mulheres,

cinco homens e apenas um é mais novo que ela três anos. Os dois irmãos mais velhos são frutos do primeiro casamento da mãe.

Recorda que após o falecimento da mãe, ainda no velório, os parentes começaram a decidir quem ia ficar com ela e com o irmão mais novo, ficando muito magoada ao perceber que era rejeitada e que seu irmão mais novo logo foi adotado pelo padrinho dele.

[...] quando minha mãe faleceu que eles deram a gente...porque tava no velório dela...e *tava decidindo o que ia ser da gente...*a gente não sabia...eles separou ele e eu assim...como se fosse separar cão...sabe os cachorrinho [...]

Apesar de demonstrar não ter uma boa noção de tempo, a colaboradora revelou que o período em que sua mãe faleceu quando tinha seis, sete anos até os doze anos foram os piores de sua vida. Acreditou que ninguém a aceitava por ser mulher, pois “[...] já é mais dificultoso sabe?...já dá trabalho [...]”. Suas duas irmãs já estavam casadas e não ficaram com ela por também serem menor de idade. Com isso, acabou indo morar na casa de seu padrinho.

Na verdade ela não era uma mulher, mas uma menina que precisava de cuidados maternos ou pelo menos uma figura feminina com a qual pudesse se identificar e seguir seu desenvolvimento normal rumo à feminilidade.

Ainda em relação **aos horizontes da infância** e a este período difícil de sua vida, Margarida conta sobre o Abuso sexual sofrido pelo padrinho:

[...] meu padrinho tinha acho que uma cinco meninas...só que nesse período ele mexeu comigo...me levou debaixo de um pé de manga...tirou minha roupa né?...e *queria ter relação comigo...eu não sabia...*daí eu chamei minha madrinha...eu falei pra minha madrinha...e minha madrinha pôs ele na cadeia [...]

Com isso acabou “pulando” de parente em parente. Primeiro morou no Estado de São Paulo com o irmão mais velho. Depois foi para o interior deste Estado com a esposa dele que

a deixou na rua e foi cuidada por uma senhora até ficar com seu irmão (o 3º filho) dos nove aos 11 anos .

[...] de casa em casa...ia pra um...ia pra outro...com *a cabeça machucada*...o *corpo sem ter roupa...sem ter calçado*...até essa data aí...que eu fui pra casa do outro irmão...foi bem pior...daí eu apanhei muito...fui pro cê vê...tem cortes assim nas costas de surra que eu levei [...]

Ela verbaliza sobre suas condições de abandono como uma criança, utilizando-se de metáforas, conforme McDougall (1997) afirmou ser característico de pacientes somatizantes com dificuldades de exprimir sentimentos em palavras. A cabeça machucada traduzia seu enorme sofrimento psíquico, o corpo sem roupas, desnudo, poderia traduzir a violação pela qual passou por não ter condições de cuidar de seu corpo, e o calçado poderia traduzir sua necessidade de base e estabilidade.

Então ela foi morar com um irmão (o 3º filho) e com a família dele em uma cidade pequena no interior do Estado de São Paulo. Nessa época, com mais ou menos dez anos, ela menstruou pela primeira vez e apanhou muito por isso, ninguém havia lhe explicado o que aconteceria e ela acabou sujando um móvel da casa. Ela disse que seu irmão e a cunhada queriam que ela cuidasse da sobrinha e das tarefas domésticas, mas como “*não tinha muito juízo*”, ela queria sair de casa para passear e acabava também apanhando muito por isso. Revelou que não suportou mais os maus-tratos, ele a agredia verbalmente além de fisicamente com bastão de ferro e por isso decidiu fugir.

[...] eu saí e fui pra rua...eu fiquei na rua e um rapaz *pegou eu a pulso*...eu fui morar dentro da casa da irmã dele...que ela trabalhava na roça tudo...saía de manhã...voltava tarde...e nisso ele teve relação comigo...*sem eu querer...me machucando*...forçada...e daí foi horrível [...]

Com estas palavras Margarida nos relata seu segundo abuso sexual sofrido, também de certa maneira ocasionado pela sua situação de total abandono e fragilidade. Esta situação que

lhe machucou fisicamente e psiquicamente pode ter contribuído para que começasse a acreditar que todas as relações sexuais seriam iguais.

Nasio (2007, p. 118) nos diz que a fantasia infantil de sedução pode ocasionar a histeria no adulto ao reviver este trauma: “[...] quando o eu da criança é incapaz de assimilar um impacto tão forte de prazer sexual, fica desamparado e condenado a reviver o mesmo trauma mil e uma vezes.” O sofrimento da criança edipiana surge pelo prazer intenso que é sentido e a culpa advinda por não conseguir conter a impetuosidade do desejo pelo adulto.

Em outro momento de seu discurso, tenta justificar o porquê de ter sofrido os abusos ao dizer: “[...] eu era bonitinha né...então as pessoas acham que podiam fazer o que quisessem comigo [...]”. Podemos pensar que ela falava de um corpo físico sem dono, sem posse e por isso as pessoas acreditarem que poderiam utilizá-lo como bem queriam. Era um corpo sem qualquer mediação com a mente, era apenas um soma, nos revelando também como pode ser a constituição de seu psiquismo. Winnicott (1990) nos lembra que a natureza humana é uma questão de psique-soma inter-relacionados, sendo que esta ligação ocorre devido a um meio ambiente adequado.

Seguindo seu relato, já na **temporalidade da adolescência**, nossa colaboradora nos conta sobre o rapaz que cuidou dela, deu alimento e foi a única pessoa por quem ela diz que se apaixonou, o homem de sua vida e com quem teve suas vivências afetivo-sexuais:

[...] ele era uma coisa assim...eu não tinha casa pra morar...e ele tinha casa...ele tinha carro...uma *peessoa bonita da sociedade* né?...sabia as coisas tudo...e eu não...então éh:...eu *menti pra ele*...assim...onde que eu vivia né?...daí ele descobriu que eu menti...enrolei quase um ano falando que eu tinha uma casa...tinha família...e ele descobriu que *eu não tinha nada disso...era da rua* né?...daí *ele me abandonou* [...]

Confessou que quando ela foi abandonada por este moço, aos 13 anos de idade, estava grávida dele e fugiu. Ela acredita ter se relacionado com ele por três anos, pois mais uma vez reafirmou sua falta de noção do tempo principalmente nessa época, em que não sabia nem que

existiam dias, semanas, meses. Ela engravidou com 12 anos, mas o menino nasceu quando ela tinha 13 anos e disse ter sido fruto da primeira relação que ela teve “querendo”, “que foi mais suave”. Sofreu muito no parto por não ter feito nenhum pré-natal e nenhuma preparação para o nascimento do filho.

[...] era muito criança...*não sabia da onde aquela criança vinha*...eu não fiz pré-natal...daí quando eu fui ganhar tava sentindo muita dor...daí no hospital o Dr. X falou assim...ah:...mais na hora de fazer você fez...eu nem sabia...*foi a primeira vez que eu tive uma relação querendo*...porque eu já tinha tido uma relação sem querer antes né?...no anterior...daí eu pensava que era sempre ruim né? daí foi *quando eu tive querendo eu engravidei né?*...*eu engravidei do menino* [...]

Notar que na maioria das vezes ela fala menino e não filho, como uma menininha que está descobrindo a diferença anatômica entre os sexos e conseguiu ter também um falo/amor, mesmo sem saber o que fazer com ele, ou melhor, sem simbolizar este acontecimento. Dessa forma, a gravidez num corpo que ainda parece não ter sido sentido como um corpo adulto, feminino, com maturidade, pode ter feito surgir mais conflitos.

Por outro lado, ela fala em desejo, do querer, e o desejo é pulsional. Gurfinkel (1997) comenta que as pulsões sexuais aparecem inicialmente apoiadas nas funções autoconservativas e depois vão se distanciando das determinações biológicas e encontrando um rumo próprio. Porém, a sexualidade pode retornar ao universo somático através de um processo regressivo, transformando o desejo em necessidade, como se para sobreviver precisasse buscar incessantemente seu verdadeiro objeto de desejo, a mãe, com todo o afeto que ela pode proporcionar.

Ela desapareceu já grávida e, quando voltou a encontrá-lo, seu filho estava com três meses e ele reagiu negativamente dizendo que a criança não era dele, e por isso não assumiria. Quando ele decidiu assumir, obrigado pelo pai, ela foi morar com ele, que acabava levando outra mulher pra casa. Esta mulher agredia o bebê e num episódio em que Margarida

presenciou isto, agrediu a mulher e foi agredida pelo pai de seu filho que foi parar na cadeia. Assim, mais uma vez ela fugiu sem ter para onde ir, só que agora com um filho.

Com essa outra fuga ela acabou indo morar com a irmã, a do meio, onde também sofreu assédio do cunhado que era jovem e bonito. Ele propôs que largaria sua irmã se ela aceitasse morar com ele, e quando ela contou para a irmã, esta brigou com ela e a expulsou de casa. Dessa história ficou uma versão distorcida da importância de se dizer sempre a verdade e já nos deu indícios de sua visão sobre sua situação atual:

[...] então *as pessoas não acreditavam em mim*...mais era a versão deles...logo que chegava na minha vez *eu sempre perdia...nunca ganhei*...pra mim ganhar eu tinha que ficar calada...eu tive que morar com homem mais velho...ter relação com ele a vida inteira...então pra mim ganhar entende?...pra mim não levar fama de prostituta...de drogada...então eu tive que ficar calada...*engolir tudo aquilo...ser boazinha...ter um marido pra ter os filhos* [...]

Devido a todo o sofrimento vivenciado em seus primeiros anos de vida, se tornou uma pessoa fechada em seu mundo não deixando que seu verdadeiro *self* aparecesse. Seguindo os escritos de Winnicott (1960), podemos pensar que Margarida utiliza um falso *self*, contruído na base da submissão ao social que defende o *self* verdadeiro com a finalidade de protegê-la das condições ambientais anormais. Segundo o autor, este *self* verdadeiro só poderá vir à tona por meio da “realização simbólica”.

Dessa maneira, sem ter um lugar fixo para morar, acabou “*vendendo*” seu corpo por um prato de comida, um maço de cigarros, uma cama para passar a noite com o filho. Relatou que após mais ou menos sete meses nessa situação, ficou alguns dias dormindo com seu bebê de sete meses embaixo de um caminhão. No terceiro dia em que esta situação se passava, em pleno inverno, uma senhora decidiu acolhê-la em seu lar oferecendo alimento, banho e cuidados especiais à criança.

Esta senhora era casada há dez anos e nunca engravidava. Ela pretendia permanecer nesta casa por uns meses até o menino começar a engatinhar e andar. Porém, a senhora, já muito apegada à criança arrumou um emprego para Margarida em outra cidade e disse que ela poderia deixar o menino aos seus cuidados. Disse que, antes de ir trabalhar nesta outra cidade, seu filho teve um problema no pulmão, e esta senhora custeou os gastos com o hospital e os medicamentos.

Um dia quando Margarida voltou para ver o filho foi impedida. Tentou outras vezes e também foi impedida até receber uma solicitação para comparecer ao fórum e ingenuamente registrou seu polegar em um documento de adoção sem que lhe explicassem o motivo e no que consistia aquele papel, que só foi descobrir tempos depois (com 15 anos) que esta manobra, realizada pela senhora e pelo juiz da cidade, era ilegal. Até que entrou em um acordo com esta senhora, ao perceber que seu filho tinha um lar, uma família, que era muito bem tratado, recursos que ela nunca teve e acreditava não poder oferecer ao filho. Mas disse que não deixou de ir vê-lo.

Após “adotar” o filho de Margarida, a senhora engravidou e teve dois filhos com o primeiro marido e mais um com o atual. Após a separação do primeiro marido, este ficou com a guarda do filho de nossa colaboradora por gostar muito do menino.

Nossa colaboradora nos relatou um fato interessante sobre o nome dado pela mãe adotiva de seu filho a este. Seu filho ficou no máximo uns nove meses com o nome dado por ela que era uma homenagem ao pai do menino, o amor de sua vida, mas quando encontrou esta mulher, esta lhe deu outro nome, Édipo. Nome este que depois Margarida descobriu ser de um amante desta mulher.

Durante esse tempo afastada do filho, nossa colaboradora trabalhou e teve contato com pessoas que lhe ensinaram algumas convenções da vida em sociedade:

[...] uma pessoa legal foi me explicando o que era...o que era dia...que era mês...que era hora...daí eu *fui ficando um pouquinho mais inteligente*

né?...porque não tinha hábito...todos os outros só criticava...só batia...só fingia...mas *nunca explicava o que era o certo...e que era o errado* né?...então fui passando despercebido o tempo...hoje sim é gostoso saber o que é o tempo...as coisas né?...o tempo...a hora...é tudo muito bom...faz muita falta pra uma pessoa que não conhece...*uma criança que não conhecia a realidade [...]*

Ela reconhece que, para se enquadrar na sociedade, é preciso se submeter a certas regras e adquirir valores éticos e morais que nos são ensinados na infância. A dificuldade de nossa colaboradora em compreender as regras sociais talvez advenha do fato de não ter um superego firme e bem estabelecido.

Winnicott (1963b) diz que, à medida que a criança vai se desenvolvendo, é natural o *self* ficar cada vez mais moldado pela influência do ambiente e com isso a função dos cuidadores é proporcionar um ambiente favorável, para que o indivíduo desenvolva um superego e a capacidade de decidir sobre a utilização ou não do código moral de sua época.

A colaboradora nos contou que quando tomou consciência de que os papéis da adoção que deram para ela assinar eram ilegais, pois afinal ela era menor de idade, ela foi conversar com o juiz. O juiz disse que ela não poderia fazer nada contra ele e a mulher que adotou seu filho justamente por ser menor de idade. Porém, comentou que acredita ter deixado ele com medo, pois ele pediu que dois policiais tentassem abusar sexualmente dela. Como ela reagiu, disse que se eles fizessem qualquer coisa com ela eles estariam encrencados, pois uma amiga dela estava com a placa da viatura, eles a levaram de volta e nada aconteceu.

Apesar dessa ameaça e da consciência de que foi enganada, ela nos dá uma explicação mais sincera de por que realmente não recorreu da ação do juiz:

[...] cuidar de filho não é fácil...quando ele tá com dor de barriga...levantá...acordar de manhã é levar no médico...a gente sofre sabe...e ela tinha um amor por ele...assim...tão grande que isso mexeu comigo...porque não sendo dela...*o menino praticamente foi rejeitado pelo*

pai...pela mãe né?...e ela tem aquele carinho de levar no médico...de tá sempre limpinho...sempre cheiroso [...]

De toda essa situação, ficou mais uma vez o sentimento de vítima, mas não só de determinadas situações, mas perante toda a sociedade que exclui as minorias sem qualquer noção de cidadania. Ao mesmo tempo também se coloca como autora, pois reconhece que abandonou o filho. Ela reconheceu sua falta de recursos, pois afinal como uma criança psicologicamente pode cuidar de outra criança que vai precisar do *holding* desta mãe.

[...] na minha época eu sobrevivi com a minha ingenuidade toda...porque não tinha malícia...não existia assim essa droga que existe hoje...a prostituição que os outros falava...assim ah:...ela não presta...ela é vagabunda...nem sabia o que era isso...porque nem sequer me explicaram o que era uma vagabunda...foi complicado...e portanto perdi o menino...que hoje eu não tenho coragem de chegar ali e falar que eu sou sua mãe...daí vai vir tudo...porque...porque daquilo então?...deixa ele ter lá a vida dele...e se um dia ele vir até a mim né?...que eu explique o que eu acho né? [...]

Após três anos longe do filho, ela conheceu o marido e com este o encontro também não foi tão simples assim, ela passou por situações constrangedoras para poder ficar com ele. A dona da pensão em que ele morava gostava dele, então resolveu dar uma surra na concorrente, assim, mais uma vez Margarida apanhou sem saber o porquê. Com isso, seu marido decidiu arrumar uma casa e levá-la para morar com ele. Ela disse que depois disso nunca mais chegou perto do filho, apenas o observava de longe, escondida atrás de poste, de carro. E depois que ele já estava mais velho, nem escondida ela o via, justificando: “...porque eu sinto vergonha sabe?...de ter abandonado...de ter deixado ele lá...porque eu acho que mãe...mãe mesmo não deixa né?”

Confessou que traiu o marido com o pai de seu primeiro filho em uma época antes do nascimento de seu segundo filho, primeiro com o marido. Logo que foi morar com o marido

este foi viajar para outro Estado e lhe diziam que ele tinha uma família lá, ela acreditando, o traiu. O marido ficou sabendo e não tomou qualquer atitude.

Margarida revelou que apesar de não amar o marido, sua união lhe fez bem por lhe trazer um pouco de sossego na vida. Logo após a união, com 16 anos teve o segundo filho, que apesar de não substituir o primeiro, ajudou-lhe ainda mais a amenizar seus problemas e lhe mostrar que podia exercer o papel de mãe, mesmo não sendo uma mãe suficientemente boa.

[...] mas daí logo eu engravidei do W...daí foi amenizando a dor...não retirou...mas foi amenizando...e *eu tinha preocupação* porque eu tinha uma casa...eu tinha um marido...quer dizer...um marido que eu não gostava né?...agora eu tinha um marido...[...]...*uma pessoa ao meu lado*...então preferi vir morar com esse rapaz...que é o meu atual marido...e to com ele esse tempo todo né?...daí eu engravidei do W...daí foi aquela coisa...*de novo aquele carinho*...mas daí *eu já sabia tudo que eu devia saber*...sabe do parto...daí eu tive outro menino [...]

Winnicott (1963c) diz que a capacidade para se preocupar é uma conquista positiva que surge antes da relação edípica, num período de relacionamento de duas pessoas, como a mãe e o bebê, e depende de um ambiente suficientemente bom por certo tempo para existir. A preocupação exige crescimento e uma boa integração do ego do indivíduo no que concerne a imagens boas e ruins do objeto, se relacionando positivamente com o senso de responsabilidade do indivíduo que pressupõe a capacidade de se importar com o outro.

Já nos referindo à **temporalidade da vida adulta**, destacamos o processo de construção do corpo obeso que ocorreu na época do nascimento de seu último filho, três anos após o segundo. Seu marido tinha uma amante há mais ou menos quatro anos, ou melhor, desde que mudaram para uma casa cedida pela usina em que seu marido trabalhava, quando seu segundo filho não tinha nem um ano. Dessa maneira, ela ia visitar seu único amor que

morava em outra cidade, mesmo sabendo que ele não gostava mais dela. Afirmou que eles não tiveram nenhuma relação sexual.

Nossa colaboradora acrescentou que seu marido ficou muito triste com esta traição e talvez por isso manteve a amante por muito tempo. Quando estava grávida do terceiro filho, com mais ou menos 19 anos, passou muito nervoso. A amante do marido lhe dizia que o menino era filho de um “negão” que morava na cidadezinha que ela ia para visitar o pai de seu primeiro filho, e era só ele esperar nascer para comprovar. Por causa desses comentários, seu marido lhe ignorou os nove meses e até no momento do parto, tendo um convívio que como ela mesma disse não era de marido e mulher.

Porém, o menino não nasceu “negão”, ao contrário, nasceu loirinho dos olhos azuis, mas esta história já havia gerado sentimentos ruins.

...e isso me irritou muito...e eu fui passando mal...passando mal...*fui comendo*...e dessa mágoa trouxe transtorno pra mim...eu não sei o que foi...mas daí eu comecei a engordar...a engordar...engordar...(....)....daí eu decidi operar pra não ter outro filho...(....)....daí foi isso..*foi surgindo a obesidade em minha vida*...daí a ansiedade...fui comendo...comendo...e eu não queria ver mais nada...*eu fiquei ali naquele mundinho*...que era um sítio...só saía pra ir pro hospital...e sítio tem muita fruta...digamos guloseimas...

McDougall (1996) nos ensina que os indivíduos descarregam suas tensões na ação, na adicção, quando não conseguem conter as emoções e refletir sobre elas, preferindo assim dispersar o afeto o mais rápido possível.

Comentou também que seu marido demorou um ano pra chamar o menino de filho, e toda vez que o menino ia chamá-lo de pai, ele dizia que não era pai do menino. Quando o menino estava com um ano e pouco, teve uma enfermidade relacionada ao exame do pezinho, ela não soube dizer o nome da enfermidade, mas disse que o colocava em pé e suas pernas

tremiam, não tinha firmeza nenhuma. Com este fato, seu marido passou a gostar do menino e demonstrar esse afeto.

Podemos perceber que este último fato associado ao nascimento de seu terceiro filho serviu apenas como disparador de sua falta de elaboração simbólica e, portanto, da formação de sintomas pela via biológica. A obesidade parece ter surgido como uma tentativa de dar um basta em seu corpo que atraía os homens, o que não é bem aceito socialmente, e em seu vazio interno pela falta de afeto materno e paterno. Por outro lado, essa válvula de escape se transformou em um círculo vicioso, ao lhe gerar mais ansiedade.

[...] daí fui engordando...*fui engordando sem ver*...quando eu fui acordar...eu já tava com cem quilos...e daí eu não queria mais ir ver o Z né?...daí depois o Z morreu...daí que eu comecei comer...comer...comer que nem louca...até quando eu acordei pra vida...falei não...já morreu...*eu não vou morrer porque ele morreu*...daí *eu comecei a me cuidar*...ir em médico...eu tomei muito remédio feito...manipulado...mas emagrecia e engordava...emagrecia e engordava...*daí eu desisti* [...]

É provável que, no psiquismo de Margarida, a relação com aquele que referiu ser o homem de sua vida possa ter ocorrido como a relação com sua mãe, como a fantasia de um corpo para dois. Assim, seguindo as idéias de McDougall (1996, p. 38), pode ter-lhe formado a fantasia de que

[...] o amor leva à morte e que só a ausência total de libido garante a sobrevivência psíquica; portanto, o indivíduo procura através de um trabalho de desafetação, proteger sua sobrevivência mental, pois teme a perda não somente das barreiras psíquicas contra a implosão provocada pela outra pessoa, mas também a perda de seus próprios limites corporais.

O pai de seu primogênito morreu em 1996, mas até esta data ela ia visitá-lo sempre. Revelou que quando se tornou obesa sentiu medo e vergonha de reencontrá-lo nestas condições “[...] uma gorda que não tinha roupa...pé rachado...[...]...daí ele me achava tudo feia

sabe...aquela coroa acho...daí eu senti envergonhada [...]” e por isso quando recebeu a notícia de seu falecimento fazia dois anos que ela não ia para aquela cidade.

Nessa fase, já obesa, **da temporalidade da vida adulta**, passou por outras situações difíceis, agora causadas pelo Estigma da obesidade:

[...] eu penso assim que a sociedade é a favor assim...que *os olhos não vê o que tem no coração da gente*...que a gente é uma pessoa humilde...que um gordo ele tem tudo que o magro tem né?...e uma pessoa de fora não vê se a pessoa é amorosa...carinhosa...e o preconceito tá muito forte...que nem no ônibus...eu não posso pegar o ônibus pra passar na roleta...[...]...e se eu vejo uma obesa *eu fico com dó*...porque não teve a oportunidade também que eu tenho...e eles são muito discriminada...os poucos que sai na loja as pessoas humilha a gente...então eu penso nisso porque...que uma pessoa passe perto de mim e fale ah que linda que ela tá agora...*e porque quando eu era gorda eu não era linda*...porque a pessoa não olha mais a pessoa como ela é de verdade...*porque isso aqui é casca* [...]

Ela reconhece nossa sociedade do culto ao corpo, à embalagem e não ao conteúdo. Ela nos faz pensar novamente na utilização de seu falso self (casca) como proteção ao seu self verdadeiro (o que tem por dentro).

Também sofreu outros tipos de preconceito e talvez o que mais tenha lhe marcado foi o vivenciado quando quis rever seu primogênito, o que contribui para rebaixar ainda mais sua auto-estima. Disse que quando seu filho estava com mais ou menos sete anos, ao tentar visitá-lo, foi humilhada pela mulher que o adotara devido a sua gordura. Ela dizia que seu filho não gostava de gordo, ele “*tinha pavor de gordo*”, e que, se ela falasse que era sua mãe, ele se revoltaria.

Devido a isto confessou que teve medo e nunca lhe contou ser sua mãe, mas não apenas pela vergonha da forma física, mas por tê-lo abandonado. Ela racionaliza ao dizer que este abandono foi bom para o filho, pois a mulher lhe deu todos os recursos necessários e

completa dizendo: “[...] então não sei se eu fui ingênua demais...ou sei lá o que...(...)...eu deixei...porque eu achava que comigo ele ia ter uma vida horrível [...]”

Podemos perceber que ela deve ter temido a associação da forma física obesa aos valores morais, pois, segundo Costa (2005), nossa cultura somática fez do corpo espelho da alma, e, portanto, qualquer observação sobre a aparência física corresponde ao julgamento moral do outro.

Em relação a problemas de saúde na família, disse que a filha do irmão que a destratou, de 16 anos, está muito obesa, com 109 kg. Em relação a outros problemas, tem um irmão com problema no coração, a mãe que faleceu de infarto fulminante e uma irmã com hipertensão.

Sobre **a temporalidade da vida adulta**, Margarida disse que a família de seu marido por dez anos foi contra a união deles, só quando ele sofreu um acidente de trabalho, ocorrido há 12 anos em que o marido quebrou o fêmur e ela cuidou dele, eles começaram a dar valor, porque, além de ele ser 14 anos mais velho que ela, sempre foi uma pessoa de família e muito trabalhador, trabalha desde os 18 anos na mesma empresa. Já nossa colaboradora não tem família, não tem base, não tem estrutura, é como se realmente tivesse nascido na rua.

Seguindo seu relato e continuando na **temporalidade da vida adulta**, nossa colaboradora disse que esse fato do acidente de trabalho do marido contribuiu para o aumento de sua fé, Religiosidade e o conhecimento da religião evangélica:

[...] e uns falava ah:: vai ficar aleijado...ah que não sei o que...pega com Deus...eu falei *onde está esse Deus então né?*...que até *antes eu não conhecia*...daí me levaram pra igreja...[...]...eu fui conhecendo que Deus faz as maravilhas...daí eu fui crendo...fui pedindo a Deus com fé que ele se curasse...que o senhor abriu essa porta e arrumasse uma coisa pra mim...um serviço...alguma coisa pra sair de lá...uma casa...*e tudo que eu tava pedindo pro senhor tava sendo realizado*...e ele se curou da perna...foi um ano só...*ele me deu força para mim agüentar* o meu marido para dar banho...pra cuidar dos meus filhos pequenos [...]

A busca por uma religião lhe colocou em contato com o mundo de uma maneira mais simbólica, o que permitiu a sensação de existência ao ter a alma alimentada pela crença em um Deus que pode proporcionar mudanças em suas vidas.

Por volta de um ano após o acidente do marido, Margarida também adoeceu, ficou cheia de feridas pelo corpo. Uns lhe diziam que era macumba, os médicos falaram que era uma doença psicossomática. Relatou como lidava com seu corpo diante desta doença: “...ele chegava onze horas da noite...eu tava com um alicate me perfurando...chegava assim no osso...assim pedaço no meu seio nas minhas perna foi horrível...assim...eu andava toda ensangüentada...”

Ela referiu ter conseguido se curar com muita reza. Os médicos chegaram até a fazer biopsia e não chegaram a uma conclusão. Seu irmão a levou em uma benzedeira na cidade dele e, como ela não acredita muito, decidiu ela mesma rezar para Deus e esperar a cura. Depois foi cicatrizando e não apareceu mais.

Seguindo essa questão da religião, afirmou ter ficado descrente da religião católica com o abuso sofrido pelo padrinho que a batizou. Por outro lado, disse que foi difícil escolher uma igreja evangélica para se batizar, pois em várias observou comportamento que não aceitou, como o ganhar dinheiro com a fé alheia, o desrespeito por parte de algumas pessoas, a soberba, e o preconceito com outras religiões.

[...] Deus tá em todo lugar...com todo ser humano que queira ele...[...]...quando eu tenho a oportunidade ir num culto...assistir um culto eu vou...quando eu não tenho...eu to em casa...o senhor sabe o que eu estou fazendo...e se eu to agradando a ele ou não...mas *eu não gosto de pessoas que falam que é uma coisa...e se faz de outra...*então pra mim não ta servindo a Deus...e essa católica eu não entendo...*é muito imagem...*eu não entendo...*nunca ninguém passou nada pra mim...*então pra você gostar tem que passar de pequeno...crescer tipo uma árvore...você planta ela...ela tem

que tá com raiz né?...se firma ali...*ela vai crescendo*...então eu acho que teria que ter um adubo...e *eu não tive esse adubo* [...]

Sua dificuldade de entender as imagens utilizadas pela igreja católica é própria de um desenvolvimento emocional que não lhe permitiu adquirir a capacidade para simbolizar. Winnicott (1963b) afirma que a introjeção de valores morais e religiosos depende de favorecimento ambiental suficientemente bom, do sucesso no desenvolvimento da criança, se esta criança desenvolveu dentro de si a essência que possibilite aceitar a existência de Deus como educador moral e projeção da bondade.

E foi seguindo o caminho da fé e adquirindo uma nova vida que seu irmão, o terceiro filho, com quem havia tido problemas, volta a manter contato com ela e lhe fala sobre o centro de tratamento cirúrgico para a obesidade grau III, em um hospital público da cidade em que ele morava. Assim, ela se hospeda por um certo período na casa deste irmão com a finalidade de realizar todos os procedimentos preparatórios para a cirurgia. Começa então a luta, as filas de espera, os exames, o atendimento pela equipe multiprofissional e todos os procedimentos exigidos pelos hospitais públicos. “[...] eu falei que apesar de toda a minha ignorância...eu creio muito em Deus né?...e *eu falava que a gordura não nasceu comigo*...que eu ia perder [...]”

Retomando a questão da fé em Deus, diz que esta ajudou a se livrar do vício do fumo que lhe acompanhava desde os oito anos de idade. A equipe que a acompanhou no período pré-operatório da cirurgia lhe informou sobre a situação de seu pulmão e esclareceu que se ela continuasse fumando não poderia realizar a cirurgia, pois corria risco de ter um problema sério e falecer. Ficou com dúvidas se conseguiria deixar de lado este vício, mas com muita fé e reza conseguiu.

Relatou que, em determinados momentos, tem vontade de fumar, especialmente nos momentos de ansiedade, frustração, angústia, mas lembra do compromisso firmado com Deus

e tem forças para parar por temer “a mão do senhor”. Margarida disse que preferia ficar sem comer a ficar sem fumar, e disse que ter conseguido se livrar desse vício foi uma bênção, apesar de saber que também tem de fazer sua parte.

Ainda na **temporalidade da vida adulta**, Margarida nos conta sobre seus Relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica. Disse que quando seus filhos eram pequenos sua relação sexual era saudável, mas depois dos sete anos do filho mais novo, do acidente do marido e de sua obesidade, a situação ficou mais complicada.

[...] depois a gente vai ficando magoada...vai se retraindo...não sei como te explica...porque vai tendo *vergonha do corpo*...e como é só com ele...então muitas vezes ele não quer...outras vezes naquela hora quando ele ta com vontade...*nunca quando eu to com vontade*...assim ele nunca quis saber se era hora...se eu tava querendo [...]

Margarida ainda completou que com nenhum homem a relação sexual foi tão boa quanto com o pai de seu primeiro filho, que foi um sexo quando ela quis. Comentou também sobre sexo oral e anal que não gosta de fazer, mas se sente obrigada em algumas situações, porque o marido disse que gosta e que outras mulheres fazem e gostam. Ela chegou a falar com ele sobre o assunto, mas parece não ter surtido muito efeito.

[...] antes era assim...a gente deitava...e ele vinha e tinha relação...mas é até estranho dizer sabe?...ele lá e eu aqui...*num me beijava...não me abraçava*...nada...só introduzia o pênis...eu falei Y...pelo amor de Deus...você ta parecendo um galo...você tá me machucando...porque é seco sabe?...daí o médico falou que realmente machuca porque não tem uma lubrificação...daí o doutor falou pra mim que tem que ver alguma coisa...um tesão...*um preparamento antes*...porque senão machuca...eu tava falando pra ele parar ...não quero mais...porque isso tava assim...daí eu comecei a questionar...[...]...porque eu só quase dormia...ele tava ali em cima e eu tava lá...*com a cabeça lá não sei aonde*...eu nunca prestei atenção nisso...se era bom ou não [...]

Ela não dá importância para o sexo porque ainda é criança e criança tem sexualidade pré-genital. McDougall (1997) diz que, quando a sexualidade continua a funcionar como necessidade de autoconservação, o indivíduo tende a utilizar o outro como utilizava a mãe quando bebê, e assim, suas relações sexuais podem permanecer amarradas a um objeto externo que se sobressai em relação aos objetos introjetados essenciais, justamente por estes se encontrarem ausentes, danificados ou ameaçadores no mundo interno. Dessa forma, qualquer tentativa de manter relações sexuais estáveis ligadas a sentimentos de amor é frustrada pelo fato de o indivíduo estar impedido de identificar-se com os objetos introjetados.

Comentou que seu marido reclamava muito de seu peso elevado e vivia fazendo piadas a respeito, além de não beijá-la, não abraçava, não lhe fazia carinho. Então um dia resolveu expressar para o marido tudo que estava sentindo: “[...]...eu acho que você acha que eu sou um vaso sanitário...[...]...eu vou lá...abro as pernas...você vem e me joga sujeira [...]” Margarida disse que este desabafo fez o marido demorar um pouco mais para gozar, e isso lhe fazia mal, pois queria que a relação terminasse logo.

No que se refere à **vivência após a cirurgia bariátrica**, confessa que seu relacionamento afetivo-sexual com o marido mudou para pior:

[...] era ruim...ficou pior (risos) porque é assim...eu nunca amei ele...*quando eu amei eu era criança...não tinha muito definido o que era uma mulher com prazer ou sem prazer...então essa parte aí eu nunca senti pra ser sincera né?...e às vezes gostava...mas nunca chegou que nem minha amigas diz...que pelo jeito é muito bom né?...mas nunca chegou...e agora tá sendo pior...eu não sinto nada assim...e tá diferente sabe...porque agora emagreceu...ficou muito...até pra ele tá mais ruim assim eu creio...tá bem difícil essa parte [...]*

Quando lhe perguntado o porquê da piora, diz que não sabe explicar direito. Fez várias referências à questão corporal, às pernas flácidas, já que antes era uma gorda durinha e não sentia os ossos. Mas também confessou que por não gostar de sexo nunca prestou muita

atenção quando era magra, ou mesmo obesa, pois sempre teve relações sexuais por necessidade e, portanto, sem desejo.

[...] muitas vezes transei por comida...pra mim dormir na casa de alguém...então nunca foi de eu chegar a ter prazer assim...sempre pra tirar proveito digamos assim...e com meu marido também é igual...*fingi que era feliz*...não sei porque né? era isso...e *nunca gostei assim de sexo*...falar eu aproveitei aquilo...não...[...]...então nossas briga ele sempre questionava isso...que ele foi buscar uma muié porque eu não era muié assim...e até hoje eu continuo sendo a mesma muié...porque eu não tenho aquela vontade...aquele fogo...minhas amigas tudo diz que tem né? aquela coisa...e *eu não sei da onde vem isso*...porque eu não sei não...e quando eu chego a sentir alguma coisa...já acabou...o dele já foi...daí *fica eu lá sem nada* [...]

Com os dizeres de McDougall (1996), podemos refletir que nossa colaboradora parece ter sentido que não havia lugar para ela no mundo dos afetos, de que algum dia poderia se tornar mulher com direito a uma vida amorosa e ao prazer sexual. Este fato pode ser justificado pela falta de um modelo de casal se amando e tendo prazer em fazer amor, pelo fato de não poder voltar-se nem para sua mãe, na tentativa de introjetá-la enquanto imagem narcísica de feminilidade, nem para seu pai como suporte para desprender-se da ligação pré-edipiana com a mãe e superar o conflito edípico.

Margarida disse que às vezes questiona o marido, dizendo-lhe de que maneira gosta, mas referiu melhorar dois, três dias e depois continuar a mesma coisa. Disse que ambos estão se afastando, seu marido a procura menos e ela também não tem vontade de ter relações com o marido. Completa dizendo que, justamente por não gostar de sexo, não dava muita importância e não aproveitava o prazer gerado pelo ato, que era visto como um trabalho e não como algo bom para os dois.

[...] eu nunca tirei proveito dessa situação...que é uma coisa assim relaxante...que sossega né?...mas eu sempre pensei assim...que era obrigação da mulher servir o marido...e hoje eu sei que não...mulher não tem obrigação ela tem que sentir prazer né? [...]

Comenta que, devido a esta crise no relacionamento, a frequência de relações sexuais diminuiu. Atualmente eles têm relações sexuais de 15 em 15 dias, ela continua fingindo prazer e ele continua sem beijá-la e abraçá-la. Referiu também não ter coragem de conversar com ninguém sobre essa situação, porque se sente envergonhada de ter de falar que faz sexo sem gostar, se sente humilhada de ter de se prestar ao papel de ir para cama com quem não quer.

Em outro momento de seu discurso, disse que o marido já teve muitas amantes e que atualmente ela acredita que ele não tem mais: “[...] eu acho que ele tem vontade de ter uma pessoa melhor do lado dele...principalmente no sexo...porque eu sou a desejar...eu acho assim...*eu mesmo percebo que eu sou uma fraude* [...]”

Pensando em sua estrutura representativa de um falso self, conforme já dito anteriormente, McDougall (1997, p. 262) nos ajuda a compreender sua situação.

Quando, ao contrário, os relacionamentos humanos são desinvestidos de sua significação libidinal e narcísica, os indivíduos atingidos dessa maneira só podem prosseguir em suas vidas com ajustamentos de falso self, por meio dos quais, observando os outros, procuram descobrir as saídas para o viver e, daí, reagem do modo que acham que o mundo externo solicita.

Nossa colaboradora disse também que agora está sendo mais notada nas ruas, especialmente pelos homens, o que tem lhe gerado um sentimento ambíguo, ao mesmo tempo em que se sente bem com os elogios à nova forma física, se sente incomodada com a possibilidade de alguém suspeitar de sua honestidade com o marido.

Ainda em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, apesar de percebermos em alguns momentos de seu discurso um avanço em seu desenvolvimento emocional primitivo, podemos pensar que Margarida está fixada no corpo não simbólico por estar enfrentando as mudanças advindas com o processo cirúrgico da mesma maneira que fazia antes, por meio de adições.

[...] eu gosto muito de biscoito...eu gosto muito de doce e de cerveja...a cerveja os médicos me explicô...que eu nunca tomei cerveja...não gosto...e depois da cirurgia eu experimentei...e amei...*então é o que o meu organismo quer...coisas que desce rápido*...daí eu tava tomando...daí eu cheguei a conclusão também que se eu não parar...*eu vou largar de ser uma obesa pra ser uma alcoólatra*...então não vai adiantar nada o meu esforço...então eu to parando...[...]...daí eu to me controlando porque *tudo é bom né?...e tudo é ruim* ao mesmo tempo...*tem que pegar um pouquinho de cada* [...]

McDougall (1997) diz que utilizamos as adicções com o objetivo de escaparmos rapidamente de situações afetivas dolorosas, sendo que a escolha de um objeto adictivo corresponde a períodos do desenvolvimento nos quais houve o fracasso na integração dos objetos internos que ajudam e cuidam e também dos objetos bons e maus. Além disso, a autora explica que o objeto adictivo escolhido revela a busca do “estado ideal” que o indivíduo espera alcançar com o abuso da substância, o que nos faz pensar se agora não está querendo se esvaziar, já que abdicou do alimento que preenchia, para consumir a cerveja que desce rápido.

Margarida disse que, apesar da vergonha com o corpo flácido, ela prefere agora e não se arrepende da cirurgia. Agora ela consegue entrar em uma loja e ser abordada pelas vendedoras sem estas lhe dizer que não há manequim GG ou EXTRA G, ela consegue entrar no ônibus pela porta da frente e passar pela roleta.

Ela disse que em relação ao comportamento alimentar, há 15 dias estava tendo vômitos constantes causados pela ingestão excessiva de alimento. Entende que a cada vez que vomita perde nutrientes, então esta não é uma boa tática para emagrecer mais.

No que se refere **aos horizontes dos projetos de vida**, observamos que Margarida, agora começando a ter um pouco mais de consciência do mundo e de si mesma, traça alguns comentários sobre o que lhe faltou na vida. Disse reconhecer a ajuda do marido, mas lamenta

nossa sociedade egoísta e não ter tido ninguém que lhe oferecesse cuidados maternos, dando carinho, amor, instrução.

Complementando a referência a esta falta de cuidados maternos, reflete que na verdade faltaram figuras femininas que lhe servissem de modelo e também podemos pensar figuras masculinas confiáveis e menos abusivas:

[...] eu acho que me fez muita falta uma mulher no meu lado...uma mãe...*porque sem mãe você não tem porque viver entende?*...e eu senti muita falta...daí também na menstruação eu apanhei do meu irmão...da minha cunhada...se eu tivesse a minha mãe ela ia me explicar né?...ou se eu tivesse estudo...que hoje em dia as pessoas que tem estudo...lá na aula explica...fala sobre sexo...hoje se uma menina sair com um cara...ter relação sexual...ela ta sabendo o que ela ta fazendo...com sete anos hoje as crianças são super experta...*na minha época com quinze anos eu fui ficar esperta* [...]

Ela consegue reconhecer a ajuda do marido, referindo ser este a melhor pessoa que passou por sua vida, ao tê-la acolhido mesmo sabendo que ela não o amava. Mesmo reconhecendo a ajuda do marido, revela que este ainda está longe da pessoa esperada. Ela quer uma pessoa que lhe dê carinho, que lhe abrace, que lhe ouça quando está com algum problema, enfim, podemos perceber que ela não fala de desejo sexual, ela fala de afetividade, o que na verdade reproduz a falta da mãe, do pai, de figuras parentais responsáveis pelo seu zelo. Disse também que, mesmo tendo esse homem bom ao seu lado, ainda se sente sozinha, sem amigos, sem qualquer pessoa com a qual possa compartilhar seus momentos, especialmente de doença.

Ainda em relação aos planos futuros, afirma que quer emagrecer mais cinco quilos, ou pelo menos continuar emagrecendo o quanto conseguir. Além disso, reconhece que precisa da ajuda de um psicólogo, porque sabe que seus problemas não surgiram agora com a cirurgia, eles vêm da infância:

[...] eu vou procurar um psicólogo pra conversar mais vezes assim...sobre esse negócio da ansiedade que eu sinto sabe?...minha vontade de comer...que

eu sei que eu opereei o estômago...a cabeça não...e as vontade fica tudo na cabeça né? [...]

Continuando com seu discurso metaforizado, revela que caminha, a passos lentos, em seu desenvolvimento e para isso reconhece o poder da palavra para traduzir nossos sentimentos. Para Costa (2005, p. 81), “a palavra, na maioria dos casos, é suficiente para que o sujeito reencontre as brechas do percurso identitário por onde se insinua o desejo inconsciente de responder ao desejo de perfeição do outro”. Através da palavra, ela poderá desenvolver seu *self* verdadeiro e não precisar mais se vestir de máscaras para ser aceita socialmente.

Repensando sua história e seu comportamento durante a entrevista, decidimos encerrar esta análise refletindo sobre suas palavras iniciais, com as quais explicitou que praticamente não teve infância. A infância de Margarida não ficou no passado, é algo ainda bem vivo em sua memória e em seu corpo, corpo de mulher com alma de menina ingênua, frágil e delicada.

Colaboradora 10

Entrevista realizada em 09 de setembro de 2007

Rosa tem 50 anos, é evangélica, tem nível econômico familiar correspondente a B2 e cursou até o ensino fundamental (4ª série). É comerciante, ela e o marido possuem uma lanchonete, e, além disso, tem feito “bicos” como costureira de peças íntimas.

É casada há 32 anos e têm quatro filhos, três mulheres e um homem, com idades respectivamente de 35, 33, 31 e 28 anos. As duas filhas mais velhas são da relação dela com outro parceiro, uma foi criada pela sogra e a outra, pela tia. Todos os filhos estão casados e tem seis netos, três meninos e três meninas.

Relatou ter começado a engordar após a gravidez do último filho, se tornando obesa logo que se mudou para o interior do Estado em 1990, 1991, chegando ao peso máximo de 165 kg (IMC 50 kg/m²). Considerando a data da entrevista está operada há três anos e dois meses com o procedimento de Capella e atingiu o peso de 120 kg, mas atualmente pesa 130 kg, o que caracteriza um IMC ainda correspondente à obesidade grau III.

Relatou ter voltado a engordar, após a morte da mãe em novembro de 2006. Realizou a cirurgia em hospital privado, apesar de na época estar cadastrada em um Programa de Obesidade Mórbida de um Hospital Público, e por isso realizou psicoterapia em grupo por três anos no pré-operatório e individual por um ano, após a cirurgia.

Atualmente está realizando tratamento para um problema glandular que a impede de continuar emagrecendo, está com muita dor no joelho e já se inscreveu em outro programa para a realização da cirurgia de Scopinaro, que acredita ser a que deveria ter sido feita, pois sua meta é chegar aos 80 Kg. Além disso, também pretende realizar cirurgia plástica no abdômen.

Rosa foi uma ex-paciente do Programa de Obesidade Mórbida do Hospital Regional de Assis e, portanto, uma ex-paciente nossa da qual aceitamos prontamente a participação na

pesquisa. Desejamos que ela participasse do estudo porque foi a partir dos conteúdos trazidos por ela nas sessões terapêuticas que nos colocamos alguns questionamentos pertinentes à realização desta pesquisa. A entrevista foi realizada na varanda da casa da colaboradora.

No que se refere **aos horizontes da infância**, Rosa disse que “[...] de criança eu era supermagra...né?...tinha até apelido de formiga...(risos)...de tão pequena e magra [...]”. Ela era a frágil formiguinha do Nordeste que dependeu por três anos do alimento materno:

[...] minha mãe tinha os outros filhos...morria e eu continuava...(risos)...o povo chamava eu de cabeça de prego...porque depois que o primeiro nasce todo mundo morria...minha mãe teve nove filhos eu fui a primeira [...]

Rosa se via, então, como a primeira a iniciar a triste e trágica saga nordestina, pois revelou que seus irmãos morriam de fome, por desnutrição. Seguindo os relatos de McDougall (1997), podemos pensar que esse longo período de dependência materna trouxe a questão de vivenciar a mãe como alguém que tinha direitos sobre seu corpo e que também tinha direitos sobre o corpo da mãe.

Winnicott (1962) diz que o amor neste estágio importante de ligação mãe-bebê apenas pode ser demonstrado no que se refere a cuidados corporais, pois é através desta função da mãe de se colocar no lugar do bebê e saber o que ele precisa que evitará a *ansiedade inimaginável*.

Prosseguiu com o relato de sua infância e adolescência com certa dificuldade “[...] porque me lembrar do Nordeste é me lembrar de tristeza...[...]...porque na minha infância e adolescência foi também *só decepção* [...]”

Revelou que nesse período de sua vida não se lembra de ter tido qualquer tipo de educação moral, afirmando que tudo que aprendeu foi o mundo que lhe ensinou. Sobre a família tem a seguinte lembrança:

[...] *uma mãe que me xingava muito...xingava de qualquer coisa...um pai que vivia bêbado...é isso que me vem na cabeça...nada assim traz de bom...um pai que me deu um chute na barriga quando eu tava grávida e tive minha primeira filha...a menina nasceu com um problema num lado da cabeça mais alto do que o outro...mas eu deixei levar né?...porque era pai né?...fazer o que...não vou dizer que eu tenha raiva de jeito nenhum...mas eu acho que se eles também tivesse que dar educação...eles jamais me trataria desse jeito...só que não é porque eu não tive uma infância...não tive uns pais que mandassem em mim...[...]...não tinha ninguém assim pra dizer...você não pode fazer isso...eu sentia falta disso...*

De acordo com Winnicott (1962, p. 59), “[...] uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação a ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano construir uma personalidade no padrão da continuidade existencial”. Porém, o autor ressalta que independentemente dos fatores externos, do ambiente, o importante é a percepção do indivíduo sobre o fator externo. Neste sentido acreditamos que possa ter introjetado uma imagem ambígua da mãe, a mesma mãe boa que lhe dirigiu cuidados corporais por um longo tempo, era a mãe ruim que a ofendia com palavras e tinha dificuldades de colocar limites.

Winnicott (1963b) diz que à medida que a criança vai se desenvolvendo é natural o *self* ficar cada vez mais moldado pela influência do ambiente e com isso a função dos cuidadores é proporcionar um ambiente favorável, para que o indivíduo desenvolva um superego e a capacidade de decidir sobre a utilização ou não do código moral e cultural de sua época.

Disse que sentia muita falta de um controle, talvez porque isso lhe representasse o amor, afeto. Em relação ao pai diz que formou uma única imagem negativa que parece ter ficado muito viva em seu mundo interno, mesmo após a morte dele há 25 anos, mais ou menos em 1982. Afirmou também que não sofria violência física do pai, apenas da mãe.

[...] *mas ele tentava bater na minha mãe...ele xingava...brigava sabe?...então...eu só conheço ele assim...não trabalhava...e assim mesmo a*

família dele apoiava ele...tinha *outro preconceito*...que ele era branco e minha mãe era morena...também tinha isso...*não podia casar e casaram* [...]

Com essas palavras, podemos ter indícios de que a imagem formada de seu pai não era composta apenas de elementos ruins, pois mesmo tendo a imagem de um pai alcoólatra, agressivo, desocupado, ele passou por cima do preconceito e casou-se com sua mãe. Podemos então refletir sobre sua constituição edípica com uma mãe com quem ficou firmemente ligada no período pré-edípico, e um pai ambíguo, mas cuja imagem positiva possa ser o amor à sua mãe.

Para McDougall (1996), os indivíduos que tendem a somatizar seus conflitos psíquicos são capazes de levar adequadamente uma vida social e sexual de adulto por terem atingido um estágio normal do complexo edípico. Porém, esta organização edípica pode também ser representada por uma imago paterna deteriorada e que não merece ser estimada, representando um papel estruturante mínimo na organização psíquica dela. Dessa forma, o pênis do pai aparece clivado em um pênis idealizado, além da capacidade da criança de identificar-se a ele, e em um objeto parcial onipotente destrutivo e persecutório.

Por outro lado, a imagem materna com todas aquelas fantasias sobre o corpo da mãe também se apresenta clivada: “uma representação idealizada que oferece a promessa eterna de felicidade infável coexiste com um objeto parcial que carrega a ameaça de morte psíquica e mesmo física.” (MCDUGALL, 1996, p. 48).

Como nos diz Nasio (2007, p. 87), o complexo de Édipo feminino chega ao fim, após uma longa jornada em que a menina, ao se separar da mãe, está preparada para desejar o pai, renunciá-lo e substituí-lo por um parceiro masculino. No entanto, apesar de o corpo da menininha ser desprovido do pênis, sua castração ocorre da maneira como o autor denomina *complexo de privação*. A constatação na menina da ausência gera-lhe a desilusão da posse de um falo e conseqüente vontade de tê-lo, além de um ressentimento em relação à mãe que não

soube prepará-la para essa constatação. O autor completa que esse ressentimento pode atualizar a rejeição em relação à mãe, devido ao desmame no período pré-edipiano.

Apesar de a mãe ser atuante em alguns momentos, especialmente nos de xingamento, ela era vista como “[...] a minha mãe era a coitada...minha mãe era aquela mulher que não tinha iniciativa nenhuma [...]”. Rosa reconhece que a mãe agia assim por ter tido uma educação repressora.

Sobre **a temporalidade da adolescência**, Rosa nos conta sobre suas vivências afetivo-sexuais. Disse que com 13 para 14 anos se apaixonou por um moço de sua cidade no Nordeste, ele era mais velho, tinha 20 anos e decidiram fugir, o que era muito comum naquela época e região. O que não era comum é a moça ficar grávida logo em seguida à fuga, antes de casar. Quando isso acontecia, era uma vergonha para a família e para ela mesma.

Ela e o “cara”, como ela mesma preferiu chamar por não considerar que ele teve uma atitude de homem, foram forçados a casar. Nenhuma das duas famílias aceitava a situação, porque ele era de família rica e ela de família pobre, o que também não era comum naquela época, a união de duas pessoas de condições econômicas diversas. Esse rapaz lhe disse que só casaria com ela por ter sido forçado, mas que este não era seu desejo. Assim, ela tomou a decisão de não casar, o que gerou mais problemas para sua vida:

[...] eu amava ele...*eu queria ele...casamento...papel...pra mim não importava...eu queria ele...aí quando eu disse que eu não queria...meu pai se revoltou...me bateu...na minha família ninguém me aceitou...nem da parte da família do meu pai...da família da minha mãe...só teve um único que me aceitou que foi o meu avô...ele me deu apoio...mas também já era bem de idade...tava doente e não tinha condições [...]*

Ela se deu conta de que esse homem não podia lhe proporcionar o sentido da feminilidade, pois ele não abdicou do preconceito pelo amor, como seu pai parece ter feito com sua mãe. Recordando Nasio (2007), o casamento permite à mulher a concretude de sua

identidade feminina, ao voltar-se para outro homem, após ter-se afastado do pai. Com este evento, ela também tem a capacidade de adquirir o tão almejado falo que, para ela, diferentemente do homem, representa o amor.

A maior mágoa de Rosa foi a falta de apoio da família, esperava que sua tia por parte de mãe também a apoiasse, mas ela disse: “[...] que eu era uma perdida porque tava grávida [...]”. Dessa forma arranhou um emprego em uma casa de família, ficando lá até ter a filha. Como não teve condições de cuidar da menina, deixou em posse de sua sogra que era estável financeiramente.

Rosa tem consciência de sua imaturidade e inocência aos 15 anos para ter assumido a responsabilidade de ser mãe solteira:

[...] eu era uma menina...tinha 15 anos *na época...não tinha instrução nenhuma* né?...porque hoje uma menina de 13...14 anos...15 anos...ela tem...se a família não dá...mas ela tem o meio...tem televisão...tem escola né?...então ela tá sabendo...eu não...*não tinha nada*...eu não conhecia nem anticoncepcional...porque se eu conhecesse jamais teria filho [...]

Retomando Levisky (1995, p. 49), ele diz que “o psiquismo do adolescente se caracteriza por uma tendência a funcionar dividido, numa luta para a integração de seus afetos contraditórios.” Dessa forma, a gravidez num corpo que ainda parece não ter sido sentido como um corpo adulto, feminino, com maturidade, pode ter feito surgir mais conflitos em sua vida.

Com quase 17 anos, engravidou novamente do mesmo “cara” que a abandonou com a filha. Tentando justificar o fato disse: “[...] pra você vê que eu não tinha instrução nenhuma...porque se eu tivesse jamais eu tinha caído né?...eu não tinha...era uma moça muito bonita...ainda sou...mas era muito bonita né?...e atraía as pessoas né? [...]”

Dessa forma, mais uma vez rejeitada pela família decidiu partir para o Sudeste. Primeiro foi visitar uns parentes no Estado do Rio de Janeiro e depois se fixou na capital do

Estado de São Paulo. Lá teve a segunda filha e mais uma vez, sem condições de cuidar, entregou seu bebê à tia por parte de mãe que havia lhe rejeitado na primeira gravidez.

Ainda grávida conheceu seu atual marido. Disse que ele queria assumir a filha, mas ela com receio que ele a rejeitasse ou maltratasse preferiu deixá-la com a tia. Após voltar do Nordeste, decidiu morar junto com o atual marido e logo veio a terceira filha. Primeiro eles moraram em “casa de cômodos”, uma espécie de um cortiço, com a sogra, a cunhada e o marido da cunhada. Como ocorreram desavenças entre ela e a sogra, o marido decidiu mudar-se de lá.

Com isso, Rosa disse “fomos construindo tudo” e juntos conquistaram aos poucos uma casa e um carro. Foi um período próspero, diferente do Nordeste em que só se lembra de perdas, fome, pobreza e preconceito. Eles moraram na capital por doze anos e lá ela trabalhou também como costureira e referiu ganhar muito bem.

Rosa disse que seu marido sofreu muito com ela, pois o maltratava ao ter preconceito devido à imagem de homem que introjetou:

[...] *eu achava que ele era igual a todos* entendeu?...e ele falou assim pra mim...que nunca...nunca ia me largar né?...que *ele me amava muito*...e é verdade...porque o que eu aprontei com ele...só o amor...que eu achava que ele era igual a todo mundo...os outros homem...o outro que eu conheci...então eu comecei a judiar dele [...]

Segundo Nasio (2007), o falo para a mulher é o representante do amor e assim ela vive angustiada com medo de perder o tão desejado amor, permanecendo este uma conquista frágil e que deve ser constantemente reconquistada. Dessa maneira, o autor destaca que a união ideal entre um homem e uma mulher deve compreender um homem envolvido na relação que conseguirá tranquilizar sua esposa por meio de seus atos e palavras, e uma mulher também envolvida na relação que garantirá a confirmação da virilidade do marido.

Depois de certo tempo, tiveram o último filho, dessa vez um menino. Quando este tinha dois anos, decidiram oficializar a união, pensando em questões burocráticas em relação à educação dos filhos.

Ainda na **temporalidade da adolescência**, comentou sobre seu peso durante as gestações:

[...] a minha adolescência também foi de uma *moça normal* né?...na época eu pesava 45...até meus 15 anos mais ou menos...45 quilos...48...quando eu tive minha primeira filha eu tinha 15 anos...aí depois eu engordei mais um pouco né?...fui pra cinquenta mais ou menos...e aí foi vindo...a primeira...a segunda...a terceira filha...quando chegou a terceira filha com nove mês de gravidez eu tava com cinquenta e três quilos...*nove mês de gravidez e eu tava magra* né? [...]

Interessante pensarmos que, na gestação de meninas, ela não engordou, mas na do menino sim, justo ele, que, como Freud (1931, 1933) diz, é um bebezinho com um falo que poderia lhe dar a oportunidade de atingir a feminilidade completa.

Em relação à **temporalidade da vida adulta**, podemos observar o processo de construção do corpo obeso:

[...] eu fui engordar mesmo depois que eu tive o meu filho...quando eu fiquei grávida do meu filho eu tava com cinquenta e cinco quilos, aí eu fui pra sessenta e três [...]

De acordo com Winnicott (1960b), todas as mulheres sofrem mudanças fisiológicas e psicológicas em seus corpos no período de gestação. As transformações fisiológicas podem sensibilizar as mulheres em relação às transformações psicológicas que mudam a orientação sobre si mesmas e sobre o mundo, sendo que estas transformações podem ser influenciadas pela saúde psíquica dela própria. Neste sentido, percebemos que a identificação com o bebê que está crescendo dentro de si é importantíssima e por isso talvez Rosa tenha engordado mais

na gestação do filho, mesmo não sendo um ganho excessivo, do que com as filhas, pois já havia vivenciado uma ligação muito forte com sua mãe.

Seu filho nasceu em 1978, ano em que começou a engordar. Em 1979 estava com 83 kg e começou a entrar em desespero por não obter sucesso nas tentativas de emagrecimento. Comentou ter tomado todos os tipos de remédio que lhe ensinavam, mas nada fazia o efeito esperado, pelo contrário, parecia que contribuía para aumentar seu inchaço. Quando chegou aos 100 quilos, ficou desesperada e os problemas advindos com a obesidade começaram a surgir. Em 1990, 1991 mudou-se para o interior, porque suas condições socioeconômicas pioraram, e seu processo de construção do corpo obeso se agravou.

Tentou explicar o motivo que lhe ajudou a aumentar seu peso, após a vinda para o interior:

[...] *eu não queria vim...eu acho que por isso que eu engordei mais ainda...eu cheguei no interior com cento e três quilos...eu sabia por que eu pesava...eu tinha coragem de subir na balança...ainda nessa época...hoje eu não tenho mais...hoje eu tenho...mais antes da cirurgia eu não tinha...então cheguei a cento e três quilos...com menos de um ano eu cheguei a cento e trinta e sete quilos...foi aí que me aconselharam a procurar um médico...porque até então eu não procurava médico...ia tomando remédio por minha conta...passava na televisão...na farmácia...então o que me ensinava pra tomar eu ia tomando...eu só não tomei veneno...porque o resto [...]*

Comentou que utilizou diversos tipos de dieta e não conseguiu obter nenhum resultado positivo que se mantivesse, após o término do regime. Disse também que primeiro morou em uma cidade do interior, logo que veio da capital do Estado, e depois se mudou para a cidade em que mora até hoje e na qual conseguiu atingir o peso de 175 kg. “[...] aí foi quando eu *entrei em depressão...não andava...fiquei seis anos sem sair de casa...a não ser pra ir no médico [...]*”

Para McDougall (1997), a vivência de certas situações pode provocar um curto-circuito na capacidade de elaboração psíquica exigida para a formação de sintomas psicológicos e promover a regressão a uma forma pré-verbal de funcionamento mental. Destaca ainda que todos os tipos de sintomas, “são, sem exceção, resultado de esforços infantis no sentido de encontrar soluções para a dor mental e o conflito psíquico.” (MCDUGALL, 1997, p. 168).

No que se refere **à temporalidade da vida adulta**, Rosa demonstra ter vivenciado o estigma da obesidade, ao revelar uma situação que passou em uma das últimas vezes em que saiu de casa:

[...] eu fui na loja comprar uma camiseta...e eu cheguei lá e a moça nem deixou eu entrar na loja...ela falou que lá não tinha roupa que servia pra mim...ela não sabia nem que eu ia comprar roupa pra mim...na porta ela falou e não me deixou entrar né?...eu fiquei muito...muito...*naquele dia pra mim foi quase que a morte né?*...eu vim embora chorando demais né?...cheguei em casa falei pra minha filha...minha filha ligou lá na loja e falou umas coisas pra muié [...]

Em outra situação, no supermercado disse também ter sofrido preconceito que, segundo ela, é a pior coisa que existe:

[...] o repositor falou assim pro outro...você viu que o chão aqui abalou...na hora que eu passei...aí o outro falou não...aí ele falou...abalou sim...olha atrás do cê...ta passando um *jumbo*...um *jumbo*...mas aí que eu sei é *elefante* né?...ou então que é aqueles avião grande né?...[...]...*aquilo pra mim foi o fim*...eu larguei tudo no mercado...procurei o meu marido que ele tava do outro lado...chorando...desesperada...[...]...e vim embora...errei...porque na hora eu deveria ter procurado o gerente...mas no mesmo tempo eu pensei...poxa se eu chamar o gerente esse moço vai ser mandado embora né?...e ele tem família é o que eu pensei né?...*mas eu não pensei em mim* [...]

Importante notarmos que, nas duas situações relatadas, ela não conseguiu ter iniciativa para resolvê-las sozinha e procurou alguém que acolhesse seu sofrimento, como se regredisse

a um estágio infantil em que a criança busca refúgio nos braços da mãe, após ser ofendida e rejeitada pelos colegas na escola.

Devido a essa situação, ela ficou de três a quatro anos sem ir ao supermercado e, quando precisava, fazia a lista de compras e seu marido ia. Rosa se deu conta de que tanto como a pequenina formiguinha do Nordeste quanto como o elefante do interior poderia sofrer preconceito da mesma maneira por meio do olhar incriminante da sociedade.

Relembrando mais uma vez Costa (2005, p. 198), “o corpo se tornou a vitrine compulsória de nossos vícios e virtudes, permanentemente devassada pelo olhar do outro anônimo.” Assim, se nos sentimos mal com a acusação é porque não conseguimos corporificar a norma somática.

Rosa comentou que só conseguiu melhorar desse estado depressivo quando uma amiga tendo dó de sua situação indicou-lhe que procurasse o Programa de Obesidade Mórbida da cidade em que morava, para que pudesse realizar a cirurgia. Revelou que se não fosse a amiga talvez não tivesse melhorado, pois sua família apesar de dar apoio, não lhe dava uma solução.

[...] porque a minha família em si ninguém tava nem aí...achava que eu comia...que eu não queria emagrecer...que eu comia muito...que era culpa minha né?...e não era...*na realidade não era*...porque *eu sempre sofri...eu sempre me esforcei*...mas nunca consegui né? [...]

Ela nunca conseguiu emagrecer porque talvez esta tivesse sido a forma de compensar sua situação vivenciada, no interior, com suas condições socioeconômicas prejudicadas, o que lhe lembrava do Nordeste quando era magra e frágil e todo mundo lhe maltratou. Agora então compensou se tornando obesa e forte fisicamente, para não ser facilmente exterminada.

Para McDougall (1996, 1997), todos somos capazes de somatizar ou de descarregar nossas tensões nas adições como a alimentar, quando estamos diante de sentimentos de angústia, raiva, culpa, depressão ou qualquer outro sentimento que ameace nossa integridade e identidade. A autora ainda destaca que as tentativas de dispersar o afeto por meio de

explosões somáticas e/ou adicções podem ser um modo de sobreviver psiquicamente e, portanto, estão a favor da pulsão de vida.

Assim, a partir do incentivo da amiga, procurou a psicóloga do programa e conseguiu entrar na fila na colocação 43 ou 44. Durante o período de preparação, permaneceu três anos fazendo tratamento psicológico em grupo e atendimento nutricional o que lhe proporcionou um pequeno emagrecimento. Mas ela disse que chegou um momento em que não podia esperar mais, a fila estava andando devagar e “[...] a minha saúde não permitia mais ficar na fila...eu tinha que fazer a cirurgia com urgência...*eu não conseguia andar...eu não conseguia nem respirar...eu não conseguia falar [...]*”.

Um médico que costumava freqüentar sua lanchonete, após consultá-la, lhe deu o seguinte diagnóstico: “[...] se você não fizer essa cirurgia esse ano...não precisa fazer mais...[...]...se você deixar pra operar o ano que vem...vai comprimir tudo...a gordura tá comprimindo tudo o seu organismo...tá comprimindo o pulmão e *vai atingir o coração [...]*”

Esse diagnóstico fatal fornecido em março de 2004 a fez procurar o médico do programa que nada pôde fazer, porque os outros da fila estavam na mesma situação e estavam até chegando a óbito. Seu marido que a acompanhou na conversa com este médico ficou tão indignado com a situação que foi ao fórum tentar alguma solução judicial, mas não conseguiu nada.

Em uma visita à casa de seu irmão que morava em outra cidade do interior conheceu um médico que realizava a cirurgia. Este médico lhe apontou todas as co-morbidades que a obesidade já havia lhe trazido como hipertensão, dores no joelho, complicações cardior-respiratórias, entre outras. Devido a todos estes problemas e às condições financeiras precárias, este médico decidiu realizar a cirurgia a um preço mais reduzido e com formas de pagamento facilitadas o que contribuiu para que sua família pudesse pagar.

Ainda em relação à **temporalidade da vida adulta**, nossa colaboradora nos fala sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica, contando que em seu casamento de quase 32 anos aconteceram algumas brigas, mas acredita ser privilegiada por ter encontrado um homem como o marido.

[...] ele nunca...*nunca me desprezou por causa da obesidade*...e eu era magra quando a gente se conheceu...eu sei que ele não gostava de mulher gorda né?...mas ele nunca me desprezou...nunca...nunca...nunca...se eu falar pra você que ele me desprezou...eu vou tá mentindo...na época que eu tava mais obesa até hoje...*ele lixa o meu pé...passa creme em mim*...eu tomo banho...ele passa creme no corpo...*adoro ficar cheirosa* [...]

Esse “marido pra todas as horas” como ela mesma diz, compensou aquela imagem de pai, de homem que havia construído. Ele a ama, aceita como ela é e cuida de maneira carinhosa. Esse marido-companheiro a ajudava em todas as tarefas cotidianas, especialmente nas relacionadas à higiene.

Ela sempre foi vaidosa, mesmo obesa, com um corpo considerado deformado e nada sensual perante a sociedade, ela nunca deixou de cuidar de si. Costa (2005, p. 20) fala que “cuidar de si, aliás, pode ser o melhor meio de se colocar disponível para o outro”.

Com o enorme peso, as relações sexuais eram difíceis de acontecer de maneira prazerosa, cômoda e constante:

[...] antes eu não conseguia nada...eu assustava...era até ruim pra ele porque as vezes tava: no:: e eu ai...tem que parar...[...]...antes era assim sabe...e sempre...ele é mais velho do que eu dois anos...mas homem é diferente...mas muitas vezes eu falava pra ele...não...e ele queria...então muitas vezes a gente discutia por causa disso...brigava...*e muitas vezes é duro você ficar falando que tá doente*...que homem acha que você sempre tem uma desculpa...e ele não quer nem saber...foi muito difícil nessa fase [...]

Dessa maneira acabava realizando a prática sexual sem prazer: “[...] e não sentia nada muitas vezes né?...então ele falava assim...ah:: vai ser rápido...porque né?...pra você não

cansar...e nesse de ser rápido e eu não me cansar...eu não sentia nada [...]”. Rosa ainda comentou que isso aconteceu várias vezes, chegando até a ficar um ano só tendo relações sexuais para satisfazer o marido.

Tudo isso foi explicado pelo fato de a religião à qual pertence, a evangélica, não aceitar sexo fora do casamento, ou seja, a traição. Dessa forma, sabendo que o marido era honesto e que “podia levar o marido a pecar se não desse o que ele queria”, ela acabou escolhendo se sujeitar a esta situação. Afinal, é como aquele ditado “quando não tem comida em casa você acaba comendo fora”. E lembrando Nasio (2007), o grande medo de uma mulher é perder o seu amor conquistado, pois seu tesouro precioso é o amar e ser amada.

Outro exemplo de compensação é o fato de educar seus dois últimos filhos de maneira diferente da que foi criada. Disse que se esforçou muito para dar o possível para eles e por isso exige que seu filho trate bem seus netos. Comentou não aprovar as atitudes do caçula por ser mulherengo, trai e briga com a esposa, pessoa pela qual Rosa tem amor de mãe. Com isso diz querer “consertar” o filho, defender sua nora, e por isso eles acabam brigando muito. Completa dizendo: “[...] quero que ele seja um homem [...]”. É natural Rosa querer que seu filho seja homem e não um “cara”, não quer que ele faça o mesmo que o pai de suas duas primeiras filhas lhe fez.

As desavenças com o filho também abrangem a questão financeira, disse que mesmo entendendo que o filho e a nora trabalham, já que ela cuida dos netos, exige que ele lhe ajude financeiramente, porém, não é o que fazem. Comentou que além de eles não darem qualquer ajuda, eles ainda fazem chacota de seus pedidos, acreditando ter ela alguma obrigação de cuidar dos netos.

Assim, ela acabou ameaçando-os de ir buscar seus direitos: “[...] oh: eu vou fazer o seguinte...eu vou no fórum e vou exigir uma pensão alimentícia de vocês...vocês têm a obrigação...e aqui eu cuido...vocês têm que dar pensão...eles dão risada [...]”. Comentou ainda

que essa falta de ajuda financeira do filho é um dos motivos principais de seu desejo de mudar-se do interior.

Em relação à **vivência após a cirurgia bariátrica**, nos diz que sua cirurgia foi um sucesso e recebeu total apoio do marido e da família:

[...] incrível que no dia de minha cirurgia minha pressão normalizou...ficou oito por treze...*a única coisa que aconteceu é que faltou a voz*...eu acho que *muita emoção né?*...muita...e passei pela cirurgia...graças a Deus não senti nada...[...]...não tive condições nem de comprar cinta...deixei uma camisola que eu tinha feito bem apertada...bem apertada...e pus outra por cima...e saí do hospital...fiquei um mês na casa do meu irmão...[...]...eu não consegui dormir...deitar pra virar de barriga pra cima...e eu não consegui ficar de barriga pra cima...então fiquei dez dias dormindo sentada...[...]...mas a noite inteira meu marido levantava pra ir me levantar...porque doía as pernas...[...]...então eu acho que *eu fui muito feliz na cirurgia* [...]

Disse que, no primeiro mês após a cirurgia, emagreceu 18 kg e dois anos após a cirurgia conseguiu chegar a 120 kg, ficando um ano com este peso, mas ocorreram alguns problemas nessa época que lhe ajudaram a voltar a engordar.

Ainda sobre a **vivência após a cirurgia bariátrica**, comentou que, mais ou menos nove meses após a cirurgia, em abril de 2005, foi visitar sua terra natal, lugar no qual fazia 13 anos que não visitava. Ficou lá até julho. Em dezembro desse mesmo ano, sua mãe veio lhe visitar para ficar três meses, como fazia com os outros três filhos, três meses na casa de cada um, mas ficou mais tempo. “[...] quando chegou a minha vez...na minha casa...ela não quis mais ir embora né?...então eu amei isso né?...porque *tantos anos sem a minha mãe* né? [...]”

A vinda da mãe lhe trouxe mais alegria e resgatou velhos sentimentos, como possivelmente a culpa por ter se separado dela, por ter ficado todo este tempo longe de seu primeiro objeto de amor, e por isso tentou reparar a situação.

[...] *é aquela pessoa que eu sonhei que ia ficar o tempo todo com ela*...você entendeu?...eu falava pra ela que era minha filha...eu mudei...em vez de eu

ser filho dela...*ela era minha filha*...então cuidava dela como cuidava de uma criança...apesar que ela não dava trabalho em nada [...]

Em julho de 2006, sua filha da segunda relação casou-se e foi morar longe dela. Disse que se sentiu realizada neste casamento, pois seu sonho era casar-se vestida de branco, e com a filha casando, ela também se realizou. Foi um casamento de rainha custeado pela filha e o genro, ela não pôde ajudar financeiramente.

Em setembro de 2006, sua mãe começou a ter problemas de saúde, tinha muita tosse. Em novembro, teve um problema sério de circulação na perna e veio a óbito. Ficou muito indignada com a morte da mãe, pois havia levado esta ao médico do posto de saúde e perguntou pra ele da necessidade de consultar um vascular e ele disse que não, pois era apenas uma gripe e a dor na perna “problema ortopédico”. Quando voltou ao posto dizendo que sua mãe não agüentava mais a dor e sua perna já estava bem roxa, o médico pediu pra levar imediatamente ao pronto-socorro. Era véspera de feriado, dia 14 de novembro, e lá foi consultada por um vascular que demorou quatro horas para chegar e ao ver a situação da perna perguntou a Rosa porque ela deixou chegar naquela situação. Ela ficou mais transtornada ainda e sua pressão ficou altíssima. Foi então que sua vida de felicidade fantasiosa, após a cirurgia, começou a desmoronar.

Naquele mesmo dia, ligou para seus irmãos do Nordeste que vieram e ficaram por alguns dias com ela. Rosa confessou que não conseguiu mais visitar a mãe no hospital, pois ela foi levada imediatamente à UTI e não suportaria vê-la. Preferiu ficar com a imagem da mãe alegre, que cantava o dia todo. Quando a enfermeira ligou do hospital para dar a notícia, foi ela quem atendeu. Disse que ficou tão traumatizada que acha que por isso engordou dez quilos. Ainda está difícil de aceitar a perda da mãe e por esta razão mantém o quarto que ela usava intacto.

[...] eu não entrei em depressão...porque eu pensei que eu ia entrar em depressão que eu chorava demais...eu tava assim...de repente eu ia entrava

em pranto...e *eu não chorava calada...eu gritava...eu gritava...porque eu acho que gritando parecia que desafogava sabe?...e não é...eu sei que não é...mas eu achava né? [...]*

Sua chance de dar um novo sentido à relação com a mãe se foi, permitindo que seu corpo expressasse todo o sofrimento de sua alma, com a hipertensão, com a adicção alimentar. Ela não poderia mais ressignificar sua imagem materna introjetada a partir do contato real com a mãe, o que pode ter permitido que a mãe fosse buscada de outras maneiras.

A morte da mãe pode tê-la levado a um estágio de regressão infantil. Este fato pode ser constatado pela verbalização sobre suas condições, utilizando-se de metáforas, conforme McDougall (1997) afirmou ser característico de pacientes somatizantes com dificuldades de exprimir sentimentos em palavras. Talvez os gritos que ela desafogava fossem uma tentativa de exprimir seu fracasso e desespero em não conseguir ressignificar, ou mesmo eliminar a imagem materna negativa que ainda existia em seu psiquismo.

Seu estágio de regressão era tão evidente que revela seus sentimentos em relação à perda da mãe:

[...] eu senti que eu tava sozinha...que eu não tinha ninguém...que a minha mãe era tudo pra mim né?...é isso que eu sentia...minha mãe era tudo...e ela morreu e eu fiquei sozinha...tinha meu marido...meus filhos...meus irmão...meus irmão vieram e ficaram quase uma semana aqui comigo...e eu me sentia sozinha...eu falava pra eles...vocês me desculpa...vocês me perdoa mas eu to me sentindo só...tá todo mundo aqui e eu to sozinha [...]

De acordo com McDougall (1997), quando a interação fusional mãe-bebê persiste além do tempo adequado, pode criar no indivíduo o medo de desenvolver seus próprios recursos psíquicos para lidar com as tensões. Dessa maneira, “a capacidade de estar só”, termo também descrito por Winnicott (1951), fica comprometida, permitindo ao indivíduo procurar constantemente a presença da mãe para lidar com experiências afetivas, sejam elas

pressões psicológicas internas ou influências ambientais externas. Este relacionamento adictivo com a mãe pode estar na base das adições a diversas substâncias.

Sobre os relacionamentos afetivo-sexuais na **vivência após a cirurgia bariátrica**, Rosa disse que passou por um momento difícil após a morte da mãe, apesar de não admitir um estado depressivo:

[...] depois que a minha mãe faleceu também eu fiquei ruim...acho que fiquei uns dois meses...eu fiquei em casa assim *sem querer nada...sem sentir nada*...eu falei pro médico...ele falou não...isso aí vai melhorar...você vai ver...e *melhorou*...aí *voltou ao normal*..então às vezes eu tento...às vezes primeiro do que ele entendeu?...aí quando ele vem eu tento de novo...eu sinto de novo entendeu?...então pra mim é muito bom...*eu to descontando o atraso* [...]

Essa melhora na obtenção do prazer diz que agora consegue obtê-lo: “[...] às vezes até mais que ele...é duas vez [...]” pode ser reflexo de um corpo já erogeneizado e que consegue elaborar psicologicamente as vivências.

McDougall (1996) revela que os indivíduos somatizantes, dotados de uma forte capacidade de metaforização de seus conflitos, da significação inconsciente da manifestação somática no que se refere à economia libidinal arcaica, se livram de maneira rápida de seus sintomas. Neste sentido observamos que, no caso de nossa colaboradora, a estratégia escolhida para imobilizar os sintomas seja a compensação e não a resignificação.

Em relação à parte física que era prejudicada no ato sexual com o corpo extremamente obeso, Rosa refere ter melhorado: “[...] Não canso...não canso...de frente...de costa...qualquer jeito não canso...imagina quando é de barriga pra cima...nunca...não conseguia...era de lado...agora eu consigo todo dia que eu não canso né? [...]”.

Rosa comentou que ainda não está contente com seu corpo, pois emagreceu 35 quilos tendo engordado dez quilos, mas apesar disso tem conseguido se olhar no espelho para

realizar suas atividades cotidianas, agora ela está se encarando. Referiu que a única parte de seu corpo que lhe incomoda muito é a barriga.

Outra questão em que referiu melhora é na dependência excessiva que tinha do marido para realizar os atos cotidianos, para tomar banho, passar creme. A única coisa que o marido ainda lhe ajuda é lixar o pé, pois tem dificuldades para alcançá-lo, mas acredita que isso seja uma desculpa, faça parte da estratégia de sedução do marido para despertar-lhe o desejo para o ato sexual.

Ainda nos referindo à **vivência após a cirurgia bariátrica**, podemos notar que apesar de ela possuir um corpo elaborado psiquicamente, ainda não conseguiu ressignificar alguns elementos, fazendo com que estes no máximo sejam compensados:

[...] porque minha vida mudou em todo aspecto...com marido tudo...tudo...tudo...relação...tudo...mudou...mudou completamente...apesar que eu emagreci pouco...mas mudou muito...mudou...a minha vida é outra...é outra...se fosse preciso fazer a cirurgia de novo eu faria...*pra melhorar mais eu faço quantas for...*entendeu? [...]

Seguindo as idéias de Costa (2005), observamos que em todos os conflitos relatados por ela o corpo físico é identificado como um dos componentes do conflito psíquico, pois afinal ela foi uma das únicas que sobreviveu fisicamente à fome. Assim, o corpo biológico se torna o protagonista da saga nordestina que tem como coadjuvante o corpo simbólico, repleto de afetos, pulsões, representações e instâncias subjetivas.

Corroborando com esta idéia, acredita ter descoberto a razão de seu não-emagrecimento após a cirurgia. Um médico endocrinologista consultado recentemente diagnosticou um problema em uma glândula que a impede de emagrecer. Não soube dizer o nome da glândula, mas disse que, segundo o médico, ela emagreceu bem apesar deste problema.

Outra justificativa do não-emagrecimento foi o tipo de cirurgia realizada. Comentou que, para o seu caso, deveria ter sido realizado o método que liga o estômago ao intestino, a de Scopinaro, mas como na época sairia R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), fez um procedimento mais simples que utilizou o anel. Dessa forma, instruída por uma outra médica procurou um hospital-escola de uma cidade vizinha e se inscreveu no programa para realizar a cirurgia que acha que é a correta. Será reoperada. Porém, terá de esperar a morosidade da saúde pública, pois levou a guia de indicação em fevereiro e em setembro ainda não havia sido marcada uma avaliação.

Referindo-nos agora **aos horizontes dos projetos de vida**, Rosa diz que atualmente está com 130 kg e pretende chegar aos 80 kg, porém, através de outra cirurgia, porque diz que não consegue fazer reeducação alimentar. Não consegue comer a sopinha de legumes e verdura que o médico receitou, mas come torresminho de vez em quando, o pão e a farinha (típica do Nordeste) que eram seus alimentos favoritos ainda tem dificuldades em ingeri-los. Já as três, quatro garrafas de coca-cola de 600 ml ao dia foram substituídas por um copo ao dia.

Apesar de dizer que melhorou muito com a cirurgia, podemos notar que esta melhora não foi tão expressiva assim, nem na qualidade de vida, pois continua com problemas no joelho e terá de fazer hidroginástica, além da reeducação alimentar, nem a nível psíquico, pois ainda não se permitiu resolver internamente suas vivências nordestinas.

Rosa referiu estar realizada profissionalmente ao arranjar um trabalho “pra fora”. Trabalha em casa confeccionando roupas íntimas para uma loja, o que tem lhe gerado uma renda extra. “[...] tô muito realizada na minha vida...*parece que eu voltei a vinte anos atrás...em tá trabalhando pra fora sabe...trabalhando na máquina...trabalhando o dia inteiro...mas é muito bom [...]*” ela trabalha até as cinco da tarde na máquina de costura e cuida dos netos e à noite cuida da lanchonete.

Para Winnicott (1963a), os adultos estão sempre em processo de crescer e amadurecer, pois a maturidade completa nunca é atingida. Assim, faz parte desse processo da dependência à independência encontrar seu lugar na sociedade por meio do trabalho, do casamento, ou do estabelecimento de um padrão que imite os pais e ao mesmo tempo estabeleça uma identidade pessoal.

Comentou que este dinheiro extra tem destino garantido. Encontrou um cirurgião plástico que tem clínica em uma cidade vizinha, mas uma vez por semana vai pra cidade dela consultar e ele disse que fará sua cirurgia plástica de abdômen. O que mais lhe agradou foi o médico ter feito um preço pequeno, R\$ 5.000,00 dividido em dez pagamentos. Além disso, este médico, bem conceituado na cidade, lhe afirmou que retiraria toda a gordura localizada no abdômen sem que ela precisasse emagrecer mais um pouco. Os outros médicos que procurou pediram que emagrecesse mais 40 kg para fazer a cirurgia de retirada da pele e cobravam mais caro.

[...] a cirurgia...quantas eu precisar fazer pro meu bem...eu faço...eu quero é ter *condições*...pro meu bem eu sempre...pra minha saúde...o que eu penso mais de tudo isso é a saúde...sabe...lógico...*agora vem a estética*...agora eu me preocupo...mas antes eu não me preocupava...agora sim...agora eu to pensando na estética também né?...porque mudou né?...a gente vai passando os tempo...*vai vendo* né?...*vai vivendo*...*revivendo* né?...[...]...é igual meu marido...é pro bem dele mesmo...(risos)...se eu to bem...vou ficar melhor não é?...e se vou ficar melhor...*vou ficar melhor pra ele* [...]

De acordo com Costa (2005), o sujeito contemporâneo ao julgar seu corpo físico, não a imagem corporal, como causa real da ferida narcísica, fica fascinado pela possibilidade de transformação corporal anunciada pela medicina estética como oportunidade de restabelecer a dimensão relacional com o outro, compatível com o equilíbrio da imagem do eu.

Para completarmos a diversidade de nosso precioso e belo jardim, pensamos que a nobre Rosa ainda precisa drenar suas raízes fincadas no árido e infértil solo nordestino, para poder desabrochar e exalar seu agradável perfume.

CAPÍTULO 8

**O DESVELAR DA AFETIVIDADE E SEXUALIDADE DE
MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA.**

Os desvelamentos realizados pela análise dos relatos das mulheres submetidas à cirurgia bariátrica nos possibilitaram conhecer os sentidos e significados que essas mulheres atribuem à vivência de sua afetividade e sexualidade, no contexto da atualidade.

Cada colaboradora atribuiu significado particular às suas vivências, uma vez que elas são elaboradas conforme a história de vida de cada uma delas e convergem no sentido de que todas vieram de sucessivos fracassos na vida. Fracassos estes em diversas situações, relacionamentos afetivo-sexuais, profissionais, tratamento para a obesidade ou outros tipos de doenças.

A maioria dos relatos referiu-se às problemáticas vividas **nos horizontes da infância**, desde perdas reais ou simbólicas de pessoas queridas sentidas intensamente até o abandono que afetou a utilização de defesas neuróticas na fase adulta e contribuiu para a formação de sintomas pela via biológica. Relembrando McDougall (1997) e Winnicott (1963b), devemos nos atentar com a forma como as recordações pré-verbais são registradas no psiquismo do indivíduo, não tendo importância neste caso o ambiente ou o exterior, mas sim o fator pessoal interno.

Nos horizontes da infância, observamos uma convergência no discurso das colaboradoras 3 e 8 em relação ao processo de construção do corpo obeso. Elas referiram sofrer preconceito dos colegas de escola que lhe davam apelidos em relação à forma física. Benedetti (2003) diz que a imagem corporal, ou melhor, o que sentimos e pensamos a respeito do nosso corpo é influenciado pelas relações sociais e pode repercutir no desenvolvimento de uma auto-imagem negativa, quando as pessoas sofrem com conseqüentes avaliações sociais negativas desde a infância.

A colaboradora 1 que também desenvolveu obesidade nesse período diverge ao afirmar com clareza o porquê começou a comer em excesso e o quanto isso era bem visto pelas pessoas que a cercavam: “[...] *eu queria comer muito bem igual ele pra ficar bem em casa*

[...]”. Esta colaboradora parece ter sentido a chegada do irmão como um abandono por parte da figura materna que precisava ser reconquistada também por meio do alimento. Freud (1931, 1933) nos ajuda a pensar que o nascimento de um irmão pode contribuir para o desligamento da menina de sua mãe na fase pré-edipiana, o que lhe ajudará na escolha da feminilidade ou não.

As colaboradoras 3 e 9 que sofreram abuso sexual na infância e divergem das outras colaboradoras neste sentido, convergem entre si e com a literatura sobre o assunto no sentido de que tiveram iniciada de forma precoce sua sexualidade, banalizaram a mesma e partiram para a aversão e/ou indiferença à sexualidade genital, tal como demonstra o relato da colaboradora 3: “[...] porque depois *quando fui entendendo o que era sexo...e foi uma época que foi muito difícil...na adolescência...então eu não conseguia deixar que ninguém me tocasse...que os homens me tocasse [...]*”

Somenzi (1996) refere sobre a possibilidade de o abuso sexual ser correlacionado ao posterior desgosto pela feminilidade e sexualidade devido ao fato de afetar a percepção da imagem corporal. Retomando Nasio (2007), ele comenta que a simples fantasia infantil de sedução pode ocasionar a histeria na mulher adulta com o pensamento de que todos os homens são iguais e, portanto, uma rebelião contra qualquer homem de quem ela poderia depender e depois ser abandonada. Assim, podemos compreender a opinião negativa a respeito da masculinidade transferida para outros homens, os não abusadores, a partir da vivência de uma situação real de sedução.

Ainda em relação aos horizontes da infância, as colaboradoras 2, 4 e 5 revelaram a fragilidade do corpo físico por meio do surgimento de doenças nesse período que contribuíram para um desenvolvimento permeado por situações de adoecimento. Essas colaboradoras convergem entre si no sentido de expressarem doenças que revelavam que seus corpos já foram magros e frágeis, o que podemos observar nas palavras da colaboradora 4:

“[...] *a gente cabia numa caixinha de sapato* [...]”, ou então no discurso da colaboradora 5: “[...] fiquei muito doente mesmo...*eu fiquei pele e osso* [...]”.

De acordo com McDougall (1996), o corpo é dotado de uma memória tenaz e, portanto, os elementos conflitivos ocorridos no momento pré-verbal e pré-simbólico podem ficar ligados para a vida toda, revelando a razão de certas escolhas somáticas em período posterior.

As colaboradoras 2 e 4 convergem no sentido de atribuírem aos pais a cura de suas doenças nesse período da infância, devido a um cuidado adequado. Já a colaboradora 5 atribui sua cura a Deus.

Para Winnicott (1949), a mãe boa comum é suficientemente boa, sendo assim, o bebê se torna capaz de compensar suas deficiências através da atividade mental. Para o autor, a mãe suficientemente boa é aquela que além de simplificar o mundo de seu bebê, também consegue fornecer gradualmente um fracasso da adaptação de seu filho que deverá posteriormente transformar o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo.

Caminhando em direção à **temporalidade da adolescência**, as colaboradoras 2 e 4 iniciaram o processo de construção do corpo obeso devido às questões referentes ao tornar-se mulher, ao surgimento da menstruação e à preparação para a feminilidade definitiva.

Segundo Levisky (1995), é normal engordar no período da adolescência devido às mudanças hormonais ocorridas no corpo da menina, o que ocasiona também a mudança na imagem corporal. Ainda de acordo com Levisky (1995, p. 31), “a menstruação representa para muitas jovens algo perigoso, angustiante, desagradável e até mesmo sujo”, tudo vai depender de como essas mulheres vivenciaram sua infância até o desenvolvimento da identidade feminina.

Também podemos refletir embasados pela visão de McDougall (1996) que essa solução adictiva pode ter-lhes trazido paz psíquica por confirmar que seus corpos estavam

vivos e eram indivíduos completos que não corriam riscos de perder suas identidades individuais.

Ainda na temporalidade da adolescência, a grande maioria de nossas colaboradoras (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) se referiu às suas vivências afetivo-sexuais. Comentaram sobre os namoros e a primeira relação sexual, tal como demonstra o relato da colaboradora 8: “[...] primeiro eu namorei um rapaz do próprio bairro...mas foi um namorico assim meio...*meio bobo...mas tinha excitações sexuais* [...]”.

Para Freud (1933), a menina precisa buscar em suas relações o sentido do que é ser uma mulher. A menina, ao voltar-se para o pai, inicia o Complexo de Édipo e pode, então, promover uma escolha de objeto amoroso segundo o tipo paterno. De acordo com Nasio (2007), ao superar o Édipo, a menina, agora mulher, reconhecerá o falo no pênis ereto do homem amado e especialmente no amor que este homem lhe dirige.

As colaboradoras 5, 6, 8, 9 e 10 engravidaram nesse período e revelaram a dificuldade de adequação fisiológica e psíquica para dirigir seus afetos a um outro ser que lhes seria totalmente dependente. Dessas colaboradoras, apenas as colaboradoras 9 e 10 não mantiveram relacionamento estável com o pai de seus primogênitos, foram abandonadas. Como exemplo, retomamos o discurso da colaboradora 10: “[...] *eu era uma menina...tinha quinze anos na época...não tinha instrução nenhuma né?*”

Segundo Levisky (1995), o adolescente revive seus conflitos infantis e tenta integrar seus afetos contraditórios, além de integrar o prazer erótico e a gratificação afetiva. Assim, a gravidez, num corpo que ainda parece não ter sido sentido como um corpo adulto, feminino, com maturidade, pode ter feito surgir mais conflitos.

Acreditamos ser possível afirmar que assim como o corpo acometido por transtornos alimentares, anorexia e bulimia, o corpo da mulher obesa é o lugar de inscrição de conflitos ligados ao feminino e à sexualidade.

De acordo com McDougall (1996) e Santos Filho (1994), a formação dos sintomas pela via simbólica e, portanto, mais próxima da neurose pressupõe um corpo erogeneizado, sendo que este só é possível mediante um desenvolvimento psicosssexual adequado que permita ao sujeito a expressão de seus conflitos internos através da fala, a inclusão na perspectiva edipiana, a diferenciação eu-outro constituindo os limites egóicos e o sentimento de identidade. Assim percebemos que, conhecendo a estrutura psíquica do sujeito, conseguiremos compreender sua tendência de escolha de formação dos sintomas.

Nesse sentido, destacamos outro ponto que converge no discurso das colaboradoras, a diferenciação entre os papéis feminino e masculino. Assim, para explicitarmos esta questão, lançaremos nosso olhar sobre o desenvolvimento libidinal de nossas colaboradoras, mais especificamente nas relações parentais constituintes da triangulação edípica responsável pela aquisição da feminilidade definitiva.

No que se refere à relação mãe-filha que contribui à formação do feminino por ter sua importância reconhecida no momento pré-edípico, notamos que a maioria das colaboradoras fez referência a uma imagem materna ambígua. Ora a mãe era uma figura desejável, nutridora, boa e em outros momentos era a abandonadora, controladora e que impedia a individuação de seu bebê. De qualquer maneira, a mãe sempre apareceu como uma figura que precisava ser buscada ou mesmo lembrada, nos momentos de angústia excessiva.

Retomando Freud (1933), ele nos diz que após esse período pré-edipiano e o abandono da mãe que pode ser causado por vários motivos, como, por exemplo, a descoberta de que ela não possui o falo, ela voltou-se para o pai almejando conseguir o pênis recusado por sua mãe, o que a prepara para a feminilidade que só se estabelecerá de fato se o desejo pelo pênis for substituído pelo desejo de um bebê.

Podemos notar, também, a forma como o pai era visto na relação pai-filha que teve efeito direto na resolução do conflito edípico e na busca de um relacionamento futuro com o

homem ideal. Na grande maioria das colaboradoras, o pai aparece como figura também ambígua que ora é afetuoso, cuidador, ora impede a mãe de exercer suas funções maternas.

Em relação à vivência edípica, as colaboradoras 4, 7, 8 e 10 vivenciaram o conflito edípico, conseguindo atingir a feminilidade definitiva e demonstrando terem corpos erogeneizados. A colaboradora 2 que está em busca do corpo erógeno, e a colaboradora 5 que, apesar de ainda estar fixada no corpo não simbólico, tem um bom prognóstico também vivenciaram o conflito edípico, conseguindo atingir a feminilidade definitiva.

Por outro lado, as colaboradoras 1, 3, 6, e 9 ainda não conseguiram resolver seu complexo edípico de maneira a atingir a feminilidade. Nestas colaboradoras também percebemos que o corpo inflado ao velar os contornos femininos as protegiam de entrar em contato com seus conflitos e identidade sexual.

McDougall (1996, p. 47) nos diz que “A maioria dos analisandos que tendem a somatizar seus conflitos psíquicos parecem ter atingido um estágio normal de organização edípica e são capazes de levar adequadamente uma vida sexual e social de adulto.” No entanto, relata que o cotidiano da clínica revelou que a imagem do pai foi deteriorada e ou inexistente no mundo interno da criança e da mãe, possibilitando que a criança delegue ao pai o papel de mero coadjuvante na vida de sua mãe e duvide do merecimento de seu amor.

Assim, um pai sem brilho pode abrir espaço para que a figura materna reine absoluta. Dessa forma, a criança pode começar a fantasiar a respeito da importância do sexo para sua mãe, já que o pênis do pai não é mais visto como um complemento na vida da mãe, e acreditar que esta é dotada de um vazio ilimitado, não deixando mesmo assim de ser atraente. Dessa forma, McDougall (1996) completa que estas instâncias materna e paterna introjetadas podem ser a base para o desenvolvimento de adições.

Em relação à **temporalidade da vida adulta**, as colaboradoras 5, 6, 7, 9 e 10 vivenciaram conflitos ocorridos nesse período que contribuiram para o processo de construção

do corpo obeso. A principal questão relatada foi a obesidade surgida após as gestações. De acordo com Winnicott (1960b), todas as mulheres sofrem mudanças fisiológicas e psicológicas em seus corpos no período de gestação. As transformações fisiológicas podem sensibilizar as mulheres em relação às transformações psicológicas que mudam a orientação sobre si mesmas e sobre o mundo, sendo que estas transformações podem ser influenciadas pela saúde psíquica dela própria.

As colaboradoras 5 e 9 relataram que, além das gestações, a traição sofrida no casamento também contribuiu para o aumento excessivo de peso. Segundo Nasio (2007), o falo para a mulher é o representante do amor e assim ela vive angustiada com medo de perder o tão desejado amor, permanecendo este uma conquista frágil e que deve ser constantemente reconquistada.

Outro aspecto destacado na vivência adulta com o corpo obeso que convergiu nos discursos de grande parte das colaboradoras (1, 2, 4, 6, 7, 9 e 10) foi a questão do estigma da obesidade. Estas colaboradoras convergem no sentido de revelarem o preconceito sobre o corpo obeso em relação à moda e ao sofrimento de não encontrar vestimentas modernas para usar, como é possível observarmos pelo relato da colaboradora 2: “[...] *gordo não é gente...ninguém que é gordo pode ser feliz...[...]...você vai comprar roupa...a pessoa olha pra você e fala...ah:: mas é pra você?...e você fala...não...é pro meu dedo só...o resto não vai vestir...entendeu?*”

Lipovetsky (1989) compreende a moda como dispositivo social que pode afetar esferas muito diversas da vida coletiva. De acordo com o autor, a moda também propicia aos seres a observação e apreciação de suas aparências, favorece o olhar crítico dos outros, a observação da elegância alheia, e pode se tornar um aparelho gerador de juízo estético e social.

Também foi relatado o preconceito vivenciado em situações cotidianas como andar de ônibus, ir a lugares públicos como supermercado, restaurante, entre outros, tal como demonstra o relato da colaboradora 1: “[...] porque quando eu era gorda eu me sentia mal sempre...[...]...você *não se enquadrava na sociedade...se ia no cinema...não cabia na cadeira...você vai comer num restaurante e todo mundo fica olhando [...]*

A questão do estigma da obesidade perpassa pela questão da existência do outro que nos observa fisicamente e moralmente e nos acusa com seu olhar ao menor deslize. Retomando Costa (2005, p. 198), ele acrescenta que nesta condição de existência pelo olhar do outro, “o corpo se tornou a vitrine compulsória de nossos vícios e virtudes, permanentemente devassada pelo olhar do outro anônimo.” Dessa maneira, a única forma de passarmos despercebidos pelo olhar inquisidor da sociedade do culto ao corpo é ser como todo mundo e entrar na onda do corpo magro. Neste caso os que não aceitam as regras do jogo são vistos como aqueles que se entregam à autodestruição física e moral.

No que se refere à religiosidade expressa pelas colaboradoras 2, 3, 8 e 9, esta teve uma influência muito grande no suportar e enfrentar os problemas advindos da obesidade e outras situações vivenciais, além de contribuir para a noção da vida colocada como responsabilidade de cada uma delas e não do outro.

A palavra religião deriva do termo latino “religio” ou “religare”, que significa religar ou ligar novamente, restabelecer a ligação perdida com o mundo que nos cerca ou com o nosso interior. Winnicott (1963b, p. 89) diz que “O homem continua a criar e recriar Deus como um local para colocar o que é bom nele mesmo, e que ele poderia estragar se o mantivesse nele próprio junto com todo o ódio e destrutividade que também se acham nele”.

Costa (2005) nos lembra que, apesar de todos os avanços tecnológicos, do apego ao científico e da individualidade contemporânea, em nossa cultura narcisista, o sentimento religioso continua vivo. Percebemos que para elas a religião tem uma importância muito

grande, faz parte de sua vida, de sua identidade. É também por meio da religião que elas se colocam em contato com o mundo de uma maneira mais simbólica, o que permite a sensação de existência ao ter a alma alimentada pela crença em um Deus que pode proporcionar mudanças em suas vidas.

Sobre os relacionamentos afetivo-sexuais antes da intervenção cirúrgica relatados por todas as colaboradoras, percebemos uma clara divergência de sentidos e significados. As colaboradoras 4, 7, 8 e 10 que possuem um corpo erogeneizado, devido a sua estruturação familiar que permitiu a formação de uma identidade integrada do eu, ou então às simbolizações que permitiram ressignificar e ou compensar vivências, revelaram que seus companheiros não se importavam com a questão do excesso de peso. Apesar disso, elas sentiam vergonha de seus corpos, e as relações sexuais ficavam dificultadas pelas proporções físicas que causavam fadiga e na maioria das vezes falta de prazer.

A título de exemplo rerepresentaremos um trecho do discurso da colaboradora 10: “[...] e não sentia nada muitas vezes né?...então ele falava assim...ah:: vai ser rápido...porque né?...pra você não cansar...e nesse de ser rápido e eu não me cansar...eu não sentia nada [...]”

Nasio (2007) destaca que a união ideal entre um homem e uma mulher deve compreender um homem envolvido na relação que conseguirá tranquilizar sua esposa por meio de seus atos e palavras, e uma mulher também envolvida na relação que garantirá a confirmação da virilidade do marido.

As outras colaboradoras (1, 2, 3, 5, 6 e 9) também fizeram referência à vergonha que sentiam de seus corpos, o que inibia o ato sexual, mas referiram uma imagem ruim de seus companheiros, diferente da imagem de cúmplice expressa pelas colaboradoras apresentadas anteriormente. Elas fizeram referência a maridos que traíam ou não se importavam com seus desejos sexuais, somente querendo se satisfazer, como é possível perceber na fala da

colaboradora 1: “[...] me casei com dezenove anos vivendo um *conto de fadas*...aí se passaram sete anos...*eu fui traída* [...]”

No que se refere à **vivência após a cirurgia bariátrica**, as colaboradoras 1, 3, 5, 6 e 9, que se fixaram no corpo não simbólico não parecem ter obtido melhora nos relacionamentos afetivo-sexuais com seus parceiros, ou estão desiludidas porque acharam que magras se sentiriam mais desejadas e seus relacionamentos seriam mais interessantes, conforme esclarecem:

Colaboradora 1: [...] e de repente quando você emagreceu você se olha no espelho e se vê assim um monstro porque você murcha...parece uma bexiga [...]

Colaboradora 3: [...] eu achei que eu fosse ficar magra...eu achei que eu fosse ficar arrasante...gostosa...e eu não sinto nada disso...é uma coisa que até me surpreende [...]

A colaboradora 2 diverge das outras colaboradoras por estar em busca do corpo erógeno após a cirurgia, está se permitindo refletir e conscientizar sobre sua sexualidade para não utilizá-la de maneira adictiva como fazia com o alimento. Além disso, está redescobrimo um corpo capaz de veiculação na sociedade e de despertar desejo no outro, fazendo com que os relacionamentos afetivo-sexuais melhorem, tal como demonstra em seu relato: “[...] mas eu descobri neste processo que...que:...a minha carência hoje...*não é uma carência vazia*...não é aquela *carência devoradora* porque:...eu posso fazer tão mal pra mim...quanto a outra pessoa...[...]...então muitas coisas às vezes *eu paro e penso* [...]”

McDougall (1996) revela que os indivíduos somatizantes, dotados de uma forte capacidade de metaforização de seus conflitos e da significação inconsciente da manifestação somática no que se refere à economia libidinal arcaica, se livram de maneira rápida de seus sintomas.

As colaboradoras 4, 7, 8 e 10 que já possuíam um corpo erogeneizado, antes da cirurgia, referiram melhora nos relacionamentos afetivo-sexuais. Para elas a melhora é associada à diminuição da forma física, contribuindo para um melhor desempenho no ato sexual com menor fadiga e mais criatividade, além da presença mais afetiva e constante do companheiro, como é possível perceber nos trechos:

Colaboradora 4: [...] agora o meu marido faz mais carinho...ele é mais carinhoso [...]

Colaboradora 10: [...] Não canso...não canso...de frente...de costa...qualquer jeito não canso...imagina quando é de barriga pra cima...nunca...não conseguia...era de lado...agora eu consigo todo dia que eu não canso né? [...]

Costa (2005, p. 20) fala que “[...] cuidar de si, aliás, pode ser o melhor meio de se colocar disponível para o outro [...]”, sendo que dessa maneira o cuidado não contraria nossos valores morais ou ressalta a futilidade do corpo justamente pelo fato de o cuidar de si aparecer como forma de ampliar os horizontes da interação com os outros.

Outro ponto convergente que encontramos no discurso de várias colaboradoras é a obesidade expressa para preencher um vazio, por isso podemos pensar neste sintoma da maneira como McDougall (1996, 1997) descreveu como sendo uma saída somática à dificuldade de exprimir em palavras nosso sofrimento. Não podemos esquecer que a escolha desse objeto adictivo pode ter sido priorizado por não ser tão prejudicial quanto o álcool, as drogas, o sexo.

Dos relatos analisados até o presente momento, apenas o expresso pelas colaboradoras 4, 7, 8 e 10 revelaram a obesidade facilitada por eventos naturais que causam um desequilíbrio no corpo, como a predisposição genética, os hormônios na adolescência, as sucessivas gestações e um estilo de vida sedentário. Porém, apesar de elas terem um corpo

simbolizado, isso não as impediu de fazer surgir a obesidade como um sintoma a alguma falha em suas defesas caracteristicamente neuróticas.

As demais colaboradoras revelaram em seus discursos terem desenvolvido a obesidade como manifestação sintomática que utiliza o corpo como linguagem para expressar um sofrimento psíquico, sendo que este sintoma utiliza a via biológica e defesas como as psicóticas e/ou as de desafetação.

Para explicitarmos melhor esse assunto, McDougall (1997) nos fala sobre os mecanismos de defesa, ou as três opções de solução psíquica quando o indivíduo fracassa em enfrentar os traumas universais, sendo inundado pela dor mental. As soluções neuróticas e perversas se referem à perturbação dos desejos sexuais e narcísicos do adulto. O resultado psicótico diz respeito à proteção da existência individual e ao sentido de identidade pessoal. A terceira solução se refere à desafetação total que ocorre quando há dificuldades em relacionamentos significativos e na realização de satisfações narcísicas.

A autora ressalta que as soluções neuróticas, perversas e psicóticas servem como barreiras protetoras contra a destruição do afeto, da perda de toda a significação nos relacionamentos, servem como tentativas desesperadas de dar significação à vida. Já a desafetação que pode ser associada à indiferença, à incapacidade de conter o excesso da experiência afetiva torna o indivíduo invulnerável ao sofrimento psíquico.

Por meio da destruição do sentido, esses indivíduos podem cair presas do chamamento daquilo que Freud (1920) designou como “Princípio do Nirvana” e, conseqüentemente, podem deixar de lidar com o conflito mental cortando as ligações psíquicas, destruindo as mensagens e sua significação, passando gradativamente, dessa forma, à extinção psicológica e, potencialmente, à extinção biológica.

Em relação às nossas colaboradoras, conforme já dissemos anteriormente, as colaboradoras 4, 7, 8 e 10 utilizavam defesas caracteristicamente neuróticas, e as outras colaboradoras utilizavam defesas caracteristicamente psicóticas. Apenas a colaboradora 6 utilizou a defesa desafetação.

Qual o sentido de um corpo obeso para elas? Ele servia para esconder o quê? Por que elas escolheram o sintoma da obesidade e não qualquer outro?

Independente do que a obesidade esconda, que como vimos teve um sentido e significado particular a cada colaboradora, percebemos que a obesidade pode ter surgido de maneira positiva, a serviço da pulsão de vida e não a serviço da pulsão de morte como poderíamos pensar.

[...] os sintomas psicológicos e inibições, incluídos os desvios sexuais, são todos tentativas de cura de si mesmo diante do conflito e da obrigação de encontrar soluções para as dificuldades de ser humano – aplica-se igualmente às escolhas objetais e atividades que não são consideradas sintomáticas porque são aceitáveis para a sociedade. Por exemplo, nossas atividades sublimatórias também são tentativas de curarmo-nos psicologicamente. (MCDOUGALL, 1997, p. 258)

Notamos que esta questão da dificuldade existencial é própria da pós-modernidade e de como o corpo é tratado por ela. Costa (2005) afirma que atualmente a loucura e a somatização ou biologização do sofrimento estão muito próximas, a loucura saiu da mente, da racionalidade, e foi para o corpo, revelando a fraqueza de vontade dos *estultos*, os loucos da pós-modernidade.

Em oposição à personalidade neurótica de Karen Horney ou à personalidade narcísica de Lasch, a personalidade somática tem na imagem social do corpo o suporte, por excelência, do caráter ou da identidade. Os diversos tipos de estulto começam, por isso, a proliferar como um efeito imprevisto do hiperinvestimento afetivo na imagem corporal, e a serem mostrados como a antinorma da bioidentidade aprovada. A estultícia é a contrapartida desviante da personalidade somática de nosso tempo. (COSTA, 2005, p. 195)

Seguindo essa lógica da pós-modernidade, o obeso seria um *estulto* deformado por ter ficado para trás na maratona da *fitness*. Além disso, a ele também seria negada outra aspiração à felicidade sem ser o culto ao corpo para se enquadrar à norma da bioidentidade (COSTA, 2005).

Porém, após constatarmos a riqueza e diversidade de vivências de mulheres obesas, não acreditamos ser possível estabelecer qualquer classificação para estas colaboradoras, ao

percebermos que é possível sim uma mulher obesa ser sensual, ter desejos sexuais e praticar atividades sexuais. Quando o corpo físico se torna protagonista da vida, a dificuldade aparece e permanece, mas quando ele é coadjuvante o indivíduo tem a possibilidade de ressignificar as imposições da sociedade.

Podemos perceber que nosso estudo não nos revelou uma congruência em termos psicopatológicos, mas uma diversidade, de histéricas, *borderline*, estados pré-psicóticos, psicossomáticas, falso *self*, de difícil diagnóstico, o que nos faz pensar na importância da clínica psicodinâmica que foca o indivíduo em sua história vivida, além de utilizar uma técnica que prioriza a fala.

A psicoterapia através da fala pode dar algum sentido ao mundo interno dessas mulheres, ao procurar impedir a ejeção para fora do psiquismo de qualquer representação mental capaz de mobilizar afeto, resultando na destruição da percepção do próprio sofrimento. Lembrando que as representações psíquicas pressupõem a ligação da psique ao corpo e acompanham a estimulação afetiva, a expressão e significação dos afetos. McDougall (1996, p. 114) nos diz que as palavras “[...] são os diques mais eficazes para conter a energia vinculada às pulsões e aos fantasmas aos quais estas deram origem, em relação com os objetos parentais do início da infância.”

No entanto, nossa pesquisa constatou que a maioria delas realizou psicoterapia e/ou avaliação psicológica no período pré-operatório, e apenas três colaboradoras tiveram atendimento psicológico no período pós-operatório, o que seria de extrema importância para a maioria delas como vimos nos relatos. Apesar de estar claro que a cirurgia conseguiu ser motivo de mudanças na vida destas colaboradoras, estas mudanças precisam ter um espaço para serem refletidas e para não serem apenas consumidas.

Dessa forma, não podemos pensar esta situação clínica exposta pela pesquisa, utilizando a teoria psicanalítica tradicional, à maneira como foi descrita por Freud, que centra

todos os elementos estruturais da psique em torno do Édipo, mas deixar claro a influência do ambiente, do momento anterior ao conflito edipiano na formação destes tipos de sintomas.

McDougall (1997) nos ajuda a compreender que esta é uma problemática atual e que traz efeitos em nosso psiquismo.

Referindo-se aos problemas que surgem a partir da diferença entre os sexos e as gerações, da angústia de castração e da natureza da organização edipiana, Freud (1937a) proclamou que o “rochedo” com o qual tínhamos de nos entender era a anatomia. Talvez o nosso rochedo hoje também inclua o drama da alteridade que dá origem às angústias de aniquilamento de ordem narcísica ou psicótica. As angústias de aniquilamento poderiam ser consideradas uma forma prototípica de angústia de castração, ligada à descoberta, inerentemente traumática, da existência da duradoura dependência do indivíduo (e da inevitável submissão) à existência e aos desejos de outros. (MCDUGALL, 1997, p. 260)

Nesse sentido, devemos atentar para o quanto as colaboradoras dizem cuidar de todos em vez de lançar o olhar sobre suas próprias vivências, o quanto elas se apresentam como mães suficientemente boas pra os outros, mas para si são negligentes nos cuidados.

Notamos que há uma convergência em relação à negação da dependência do outro, especialmente na vivência após o procedimento cirúrgico. Winnicott (1963a) nos ensina que, em um indivíduo normal, a independência nunca é absoluta, desde bebê ele dependia de sua mãe para sua autoconservação e conforme vai crescendo vai se tornando mais relacionado ao ambiente e mantendo com este uma relação de interdependência. Em seu contínuo processo de crescimento e amadurecimento, um indivíduo normal nunca se torna isolado.

Outro ponto destacado, a partir dos discursos convergentes das colaboradoras, foi em relação à depressão citada claramente pelas colaboradoras (1, 2, 3, 5 e 10) e citada de forma implícita pelas demais colaboradoras. Podemos perceber que este dado é semelhante às pesquisas destacadas, no capítulo 2, que referem que pouco mais da metade das mulheres em situação de pré-operatório referiu estados depressivos.

Winnicott (1958) diz que quase todas as pessoas estão sujeitas a se sentirem depressivas e isto pode ocorrer devido a um aparente sentimento de culpa que encobre o real

sentimento de medo que seus aspectos ruins internalizados suplantem os aspectos positivos, há um medo que o ódio seja maior que o amor.

Ao que diz respeito **aos horizontes dos projetos de vida**, podemos perceber que algumas delas não levam adiante seus projetos de vida profissional, como as colaboradoras 1, 2, 3 e 7. Apresentam uma grande divergência no que queriam ser profissionalmente e no que são, talvez por terem se permitido seguir o projeto de vida do outro.

Em relação às expectativas, desejos e motivações após o emagrecimento e a reinserção do corpo na sociedade, notamos uma convergência entre as colaboradoras 1, 4, 6 e 10 no que se refere ao desejo de continuar o tratamento para a obesidade, através de intervenções no corpo físico, da cirurgia plástica, apesar do medo de algumas, como podemos observar nos trechos:

Colaboradora 1: [...] talvez hoje eu faria perna e barriga não mexeria no braço...não sei *antigamente eu achava que eu tinha que ser uma Barbie perfeita...*

Colaboradora 6: [...] *mas a ansia de viver e ver as coisas é tão grande...que não dá tempo de me cuidar...é como se eu fosse perder...parar e perder um tempo sabe [...]*

Colaboradora 10: [...] a cirurgia...quantas eu precisar fazer pro meu bem...eu faço [...]

De acordo com Costa (2005), o sujeito contemporâneo, ao julgar seu corpo físico, não a imagem corporal, como causa real da ferida narcísica, fica fascinado pela possibilidade de transformação corporal anunciada pela medicina estética como oportunidade de restabelecer a dimensão relacional com o outro, compatível com o equilíbrio da imagem do eu.

As colaboradoras 2 e 9 que se referiram aos projetos de vida futura divergem desse pensamento, ao expressarem seu desejo de um cuidado interno, como podemos perceber no

discurso da colaboradora 9: “[...] eu vou procurar um psicólogo pra conversar mais vezes assim...sobre esse negócio da ansiedade que eu sinto sabe?...minha vontade de comer...que eu sei que eu operei o estômago...a cabeça não...e *as vontade fica tudo na cabeça né?*”

Segundo Costa (2005), estão saindo da ética da visibilidade e da imagem a todo custo, desenvolvendo um pensamento mais neurótico e se importando com o mundo interno para se reconhecerem como ser dotado de sentido e proporcionar uma melhora de dentro para fora.

Seguindo o pensamento expresso pelas colaboradoras, percebemos que a maioria delas vai de encontro às normas do hipermodernismo, onde tudo se encontra nas extremidades. Como nos lembra Lipovetsky (2004), o hipermodernismo é caracterizado por uma lógica dual, e poderíamos dizer até da contradição, pois de um lado nos exigem um padrão corporal praticamente inatingível e de outro nos inserem na lógica acelerada do consumo, do *fast food*. Mas, mediante tudo isso não devemos nos preocupar, pois a medicina tem avançado também na onda hiper e cada vez mais se aperfeiçoado em moldar nossos corpos.

Por meio do discurso delas, constatamos essa idéia de que milagres corporais são possíveis ao referirem a despreocupação em seguir uma reeducação alimentar após a cirurgia para manter o corpo magro ou continuar emagrecendo. Todas elas admitem não resistir a alguns alimentos calóricos e a não ter acompanhamento nutricional.

HORIZONTES

Lembre-mo-nos de que todos somos sobreviventes psíquicos e de que nosso trabalho como analistas nos permite confirmar, a cada dia, as formações de compromisso que criamos para lidar com nossos próprios traumas psíquicos do passado. De fato, freqüentemente são esses mesmos traumas que dão origem à nossa vocação a tornar-mos analistas e estimulam nossa curiosidade acerca do misterioso funcionamento da mente. [...] Por sua vez, nossos pacientes permitem-nos manter e aprofundar nosso insight a propósito de nossos próprios problemas psicológicos. Assim, com cada análise e com cada analisando, intensificamos nossa própria análise e redescobrimos a própria psicanálise (MCDUGALL, 1997, p. 263).

Estas palavras com as quais McDougall termina seu livro “As múltiplas faces de Eros” representam nosso sentido e significado em relação a este trabalho.

Neste estudo percorremos um longo e montanhoso caminho para compreendermos a afetividade e a sexualidade da mulher obesa que é submetida à cirurgia bariátrica. Iniciamos nosso trajeto recordando que a obesidade não é um fato novo, o que nos apresenta como novidade é sua capacidade epidêmica e o interesse por parte de alguns estudiosos, pelo entendimento do sofrimento psíquico daqueles que se encontram nessa situação, ou seja, fora dos padrões impostos pela sociedade da lipofobia.

Em uma abordagem biopsicossocial, compreendemos o fenômeno da obesidade como uma doença que traz sérios prejuízos físicos ao corpo, e como um sintoma que pode surgir quando o indivíduo não consegue elaborar psicologicamente seu sofrimento, fazendo com que seu corpo infle.

Na presente pesquisa, encontramos também o principal tratamento para a obesidade grau III, a cirurgia bariátrica, que tem sido muito difundido, porém pouco refletido. Neste sentido, não podemos deixar de destacar o tratamento multidisciplinar realizado tanto na saúde pública quanto por alguns planos de saúde. Podemos observar que a preparação para o procedimento cirúrgico realizado em instituições públicas tem se mostrado mais adequado por ter um caráter de obrigatoriedade. Em contrapartida, alguns planos de saúde não compartilham da mesma seriedade, ao permitirem a realização de cirurgias bariátricas sem o candidato receber a preparação adequada com uma equipe multidisciplinar.

Nesse sentido nos colocamos alguns questionamentos: Será que uma simples avaliação consegue prever os transtornos mentais que aparecem após a cirurgia? Há algum tipo de tratamento para transtornos psiquiátricos quando diagnosticados corretamente no pré-operatório?

É possível que uma simples avaliação não possa prever o surgimento de transtornos mentais, pois a obesidade pode se tornar uma armadura muito consistente e proteger a fragilidade interna do indivíduo, ressaltando assim o valor positivo da somatização. Então, a cirurgia ao retirar esta possibilidade de encobrir o sofrimento pode fazer surgir a criança aflita e desamparada que existe dentro de todo adulto.

Quanto à segunda pergunta, acreditamos que depende da equipe em que o candidato está inserido, pois não existe um único protocolo de atendimento ou avaliação de pacientes obesos grau III, sendo um assunto que precisa ser pensado e talvez até regulamentado.

É pelo motivo em especial, das somatizações trabalharem a favor da intrincada luta pelo direito de existir, que destacamos a importância do psicólogo neste processo de desapropriação do sintoma para apropriação do corpo e da imagem corporal, assim como a reflexão sobre seus conteúdos psíquicos como forma de prevenção e/ou tratamento.

Infelizmente alguns candidatos à cirurgia, outros já operados e algumas equipes, especialmente as de planos de saúde, não dão importância ao atendimento psicológico no pré-operatório que deveria funcionar como um pré-natal, já que muitos dizem que nascem de novo, então por que não lidar com o pré-operatório como uma gestação. O que acontece é que muitos e muitas estão nascendo sem serem gerados, como se fossem por geração espontânea, ou por um milagre, o que serve para alimentar a crença de que há solução para todos os problemas, e uma solução que não depende do próprio sujeito.

Em relação à psicoterapia, notamos que existem diversas abordagens teóricas, mas acreditamos que a abordagem psicodinâmica (psicanalítica) tem se mostrado fundamental por

dar conta de conteúdos psíquicos mais profundos que estão na base do desenvolvimento da obesidade e, portanto, podem ajudar na compreensão do tratamento por mais tempo.

Notamos que a cirurgia provoca alguma mudança na vida desses indivíduos, mas infelizmente, para a maioria é uma mudança superficial. Acreditamos que este procedimento cirúrgico tem se mostrado eficiente em transformar o corpo externamente e proporcionar maior qualidade de vida. Portanto, entendemos que a realização da cirurgia ocasiona a remoção do excesso de peso corporal e não a elaboração psíquica, a erogeneização do corpo, podendo ocasionar problemas na veiculação erótica desse novo corpo e permitindo a continuação da busca pelo preenchimento do objeto faltante.

Esta investigação poderá contribuir para a inter-relação entre o conhecimento científico e a prática clínica, oferecendo aos profissionais instrumentos teóricos no que diz respeito à vivência de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica e às conseqüências psíquicas e relacionais desse procedimento, além da utilização da abordagem teórica da psicossomática psicanalítica como referencial consistente para tratar do assunto.

Para compreendermos a vivência das mulheres submetidas à cirurgia da obesidade, não podemos deixar de lado os efeitos causados pela mudança corporal também em relação ao seu cônjuge. Portanto, pretendemos tratar deste assunto em outra pesquisa.

Visto que a obesidade não é um fenômeno apenas feminino, e que esta pesquisa não dá conta de esgotá-lo, destacamos a necessidade de novas pesquisas nessa área especialmente focando o universo masculino. Como será a afetividade e a sexualidade de homens que realizaram a cirurgia bariátrica? É tal pesquisa que pretendemos realizar no doutorado.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, A L. G.; SOMENZI, L.; DUCHESNE, M. Aspectos psicológicos. In: NUNES, M. A. A., APPOLINÁRIO, J. C. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 62-76.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In: BRUNS, M. A de T.; HOLANDA, A F. (org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003, p. 17-25.

ANDRÉ-FUSTIER, F.; AUBERTEL, F. A Transmissão Psíquica Familiar pelo Sofrimento. In: EIGUER, A. et al. **A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica**. São Paulo: Unimarco Editora, 1998, p. 129-179.

ANZIEU, A. **A mulher sem qualidades: estudo psicanalítico da feminilidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 140 p.

APA. (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM – IV**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BELFORT, M. O. F. de G. Avaliação para cirurgia bariátrica no contexto hospitalar: diferentes formas de intervenção. In: FRANQUES, A R.; LOLI, M. S. A (org). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006, p. 83-90.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro - a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor, 2003. 135 p.

BOGDAN, R. C. e BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Editora Porto, 1997. 335 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 252**, 30 de março de 1999. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Alta complexidade: gastroplastia**. Portaria N° 196, 29 de fevereiro de 2000. Diário Oficial, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 628/GM**, 26 de abril de 2001. Diário Oficial, Brasília: DF, 27 abril 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 545**, 18 de março de 2002. Brasília: DF

BRUNS, M. A. A Redução Fenomenológica em Husserl e a possibilidade de Superar Impasses da Dicotomia Subjetividade – Objetividade. In: BRUNS, M. A de T.; HOLANDA, A F. (org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003, p.65-75.

BUCCI, E. Ainda sob o signo da Globo. In: _____; KHEL, M. R. **Videologias: ensaios sobre televisão**. São Paulo: Boitempo, 2004, p.220-240. (Coleção Estado de sítio)

CAPISIANO, H. F. Imagem corporal. In: MELLO, J e al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p.179-191.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 9ª edição, 1997. 424 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.766/05**. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, p. 114, 11 jul 2005.

CORDÁS, T. A; FRANQUES, A R. M. Participação do Psiquiatra e do Psicólogo na Fase Perioperatória. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p.71-79.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. 282 p.
_____. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 242 p.

COUTINHO, W. Obesidade: Conceitos e Classificação. In: NUNES, M. A A, APPOLINÁRIO, J. C. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 197-202.

_____; PÓVOA, L. C. Comer Compulsivo e Obesidade. In: NUNES, M. A A, APPOLINÁRIO, J. C. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 203-206.

COUTO, L. N. A deserotização do corpo: um processo histórico-cultural. In: ROMERO, E. (org). **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1995, p. 55-70.

DALGALORRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 271 p.

DEITEL, M. Overweight and Obesity Worldwide now Estimated to Involve 1.7 Billion People. **Revista Obesity Surgery**, n. 13, p. 329-330, 2003.

DEL PRIORE, M. **Corpo a corpo com a mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2000. 108 p.

_____. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 19, n. 37, 1999.

DI BENEDETTO, C. Questões investigativas sobre obesidade e gênero. In: FRANQUES, A R. M.; LOLI, M. S. A. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006, p. 137-159.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**: perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tese de Doutorado, UFRJ, 1998.

DINIZ, M. T. C.; SANDER, M. de F. H.; ALMEIDA, S. R. de. Critérios de Eficácia do Tratamento Cirúrgico e Avaliação da Qualidade de Vida. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 309- 316.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. **Psicossoma**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, p. 23-38.

FERREIRA, M. C.; MELLO FILHO, M. P.; WADA, A. Cirurgia Plástica Pós-Cirurgia Bariátrica. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p.303- 308.

FISCHLER, C. Obeso benigno Obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B (org). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 69-79.

_____. A “McDonaldização” dos costumes. In: FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 841-862.

FORGHIERI, Y. C. (org.). **Fenomenologia e psicologia**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984. 143 p.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 12ª edição, 1997. 88 p.

_____. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 7ª edição, 1984. 232 p.

FRANCO, S. de G. **Hermenêutica e psicanálise na obra de Paul Ricoeur**. São Paulo: Loyola, 1995. 271 p.

FRANQUES, A R. M.; ASCENCIO, R. F. R. Depressão e obesidade. In: FRANQUES, A R. M.; LOLI, M. S. A. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006, p.125-135.

FREUD, S. (1905). **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade**. In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920). **Além do princípio do prazer**. In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol.XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____. (1931). **Sexualidade Feminina**. In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974.

_____. (1933). **Conferência XXXIII: Feminilidade**. In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, p. 109-122, ago, 1997.

GARRIDO Jr, Arthur B. Cirurgia em Obesos Móbidos - Experiência Pessoal. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabiologia**, vol. 44, n. 1, fev. 2000, p.206-210.

GIORGI, A. **A psicologia como ciência humana**: uma abordagem de base fenomenológica. Belo Horizonte: Interlivros, 1978. 230 p.

GURFINKEL, D. Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. **Psicossoma**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, p.39-69.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 102 p.

HERRMANN, F.; MINERBO, M. Creme e castigo: sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. In: _____ et al. **Psicanálise fim de século**. São Paulo: Hacker Editores, 1998, p. 19-36.

HOLANDA, A F. Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: BRUNS, M. A de T.; HOLANDA, A F. (org.). **Psicologia e fenomenologia**: reflexões e perspectivas. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003, p.41-64.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 2002 /2003**. Rio de Janeiro, 2004.

JOFFILY, R. Sobre o vestuário feminino: da regra à indefinição. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F. (org). **Nas fronteiras do contemporâneo**: território, identidade, arte, moda, corpo e mídia. Rio de Janeiro: Mauad: FUJB, 2001, p. 166-170.

JULIEN, P. **A feminilidade velada**: aliança conjugal e modernidade. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997. 102 p.

KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e a incidência da geração. In: EIGUER, A. et al. **A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica**. São Paulo: Unimarco Editora, 1998, p. 5-19.

KAHTALIAN, A. Obesidade - um desafio. In: MELLO, J et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p.273-277.

KAUFMAN, A. Obesidade feminina e sexualidade. In: CORDÁS, T. A. **Fome de Cão**. São Paulo, Maltese, 1993, p 83-93.

KHEL, M. R. Com que corpo eu vou? In: BUCCI, E.; KHEL, M. R. **Videologias: ensaios sobre televisão**. São Paulo: Boitempo, 2004a, p. 174-179. (Coleção Estado de sítio)

_____. Visibilidade e espetáculo. In: BUCCI, E.; KHEL, M. R. **Videologias: ensaios sobre televisão**. São Paulo: Boitempo, 2004b, p. 141-161. (Coleção Estado de sítio)

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. Tradução Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.

LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 2541 p.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. In: **The Handbook of qualitative research**. Edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. 2^a ed., s/ d., p. 163-188.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004. 129 p.

_____. **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 339 p.

_____. **O império do efêmero: a moda e seus destinos nas sociedades modernas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. 294 p.

LOLI, M. S. A; PRETO, C. R. de S. O relatório psicológico. In: FRANQUES, A R.; LOLI, M. S. A (org). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006, p.161-182.

_____. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000. 155 p.

LUCERO, N. A. A. O corpo redescoberto. In: ROMERO, E. (org). **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1995, p. 43-53.

MALHEIROS, C. A; FREITAS Jr., W. R. de. Obesidade no Brasil e no Mundo. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p.19-23.

MANCINI, M. C. Noções Fundamentais - Diagnóstico e Classificação da Obesidade. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 1-7.

MARCHESINI, J. B. A história da cirurgia bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. In: FRANQUES, A R.; LOLI, M. S. A (org). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006, p.13-22.

_____; MARCHESINI, J. C. Insucesso Terapêutico, Complicações Tardias e Reoperações. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p.227-244.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes / EDUC, 1994. 110 p.

MARTINS, J. D. Obesidade: aspectos clínicos. **Clínica Pediátrica**, São Paulo, v. 19, n.5, p. 24-26, 1994.

MATIELLI, J. D. et al. Adolescência e Gestação após Cirurgia Bariátrica. In: GARRIDO Jr, A B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, p. 273-286.

MATOS, A F. G; BAHIA, L. Tratamento médico da obesidade. In: NUNES, M. A A , APPOLINÁRIO, J. C. et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p.207-214.

MATOS, M. I. R.; ZANELLA, M. T. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. **Revista Abeso**, ano III, n. 9, ago 2002. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/revista/revista9/alteracoes.htm>>. Acesso em: 05 março 2008.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 194 p.

_____. **As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 270 p.

MENAI, T. Um bilhão de gordos. **Revista Veja**, ed. 1766, 28 ago, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. (4ª edição). São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269 p.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico de pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 151 p.

NASIO, J. **Como trabalha um psicanalista?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. 175 p.

_____. **Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007. 153 p.

OLIVEIRA, I. V. **Cirurgia Bariátrica no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Tendências, Custos e Complicações**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília (UNB). Brasília, 2007.

ORSINI, C. M. B. Obesidade Mórbida, Pulsão de Vida e Pulsão de Morte. **Rev. de Psicologia Hospitalar**, v. 8, n.1, p. 19-24, 1998.

OTTO, C. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 238-241, maio-agosto 2004.

REIS, M. M. F. **Mulher: produto com data de validade**. São Paulo: O Nome da Rosa, 2002. 133 p.

- REZENDE, A M. de. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez, 1990. 97 p.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. 4ª ed., Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1979. 173 p.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 874 p.
- SANT'ANNA, D. B. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT'ANNA, D. B (org). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p. 121- 139.
- SANTOS FILHO, O. C. Psicanálise do "Paciente Psicossomático". **Rev. Bras. Psicanálise**, v.XXVIII, n. 1, p. 111-128, 1994.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 315 p.
- SEGAL, A; FANDINO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, Supl. III, p.68-72, 2002.
- SHIRAGA, E. C. A doença obesidade e a atuação da equipe multidisciplinar no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In: FRANQUES, A R.; LOLI, M. S. A (org). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006, p.253-259.
- SOMENZI, L. et al. Transtornos alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.18, n.3, p. 367-73, 1996.
- SPINK, M. J. **Práticas Discursivas e Produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez Editora, 1999. 296 p.
- STROEBE, W. Paradoxos alimentares da Obesidade. **Revista Viver**, n. 141, p.78-84, out. 2004.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 685 p.

VALLES, M. S. **Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional**. Madrid: Ed. Síntesis Sociología, 1997. 428 p.

VERÍSSIMO, R. **Obesos submetidos à cirurgia estão voltando a engordar**. Assessoria de Imprensa do HC. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/bols/2005/rede1662.htm>. Acessado em: 25 março 2007.

VOLICH, R. M. Formas Fabricadas. **Revista Viver**, ano XIII, n. 149, p. 28-36, jun 2005.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A.; MUNOZ, P. A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? **Revista Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 27, n.1, p. 51-56, jan/abr 2005.

WINNICOTT, D. W. (1949) A mente e sua relação com o psique-soma. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 409-425.

_____. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 389-408.

_____. (1958) Psicanálise do sentimento de culpa. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 19-30.

_____. (1960a) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-138.

_____. (1960b) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 38-54.

_____. (1962) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 55-61.

_____. (1963a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87.

_____. (1963b) Moral e educação. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 88-98.

_____. (1963c) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 70-78.

_____. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990. 222 p.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos:** teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999. 477 p.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Of.CEtP/FFCLRP-070/2006-27/10/2006

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado **"HISTÓRIAS DE VIVÊNCIA SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA DA OBESIDADE"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 56ª Reunião Ordinária realizada em 26/10/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **274/2006 – 2006.1.1540.59.6**

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Profa. Dra. ADELAIDE DE ALMEIDA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
ERICA HELENA MARTINS DE GODOY
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
desta Faculdade

c/c. PROF(a). DR(a). MARIA ALVES DE TOLEDO BRUNS

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.
Departamento de Psicologia e Educação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Seção de Pós-Graduação-Fone: (0xx16)602-3675/602-3681 – Fax: (0xx16)633-6361/633-5015
Av. Bandeirantes, 3900 - CEP. 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Nome da pesquisa:**

Histórias da vivência sexual de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade.

Pesquisador responsável:

Érica Helena Martins de Godoy

Orientadora:

Profa Dra Maria Alves de Toledo Bruns

Registro Profissional:

CRP-06/83164

Sou psicóloga e realizo uma pesquisa em nível de Mestrado com mulheres que foram submetidas à cirurgia da obesidade. Esta pesquisa tem por objetivo compreender como é a vida afetiva e sexual da mulher obesa, da infância à fase adulta, destacando o período após a cirurgia bariátrica. Sendo assim, gostaria de entrevistá-la com o intuito de colher dados para que eu possa alcançar meu objetivo. A entrevista será baseada em sua história de vida, e você terá liberdade para falar o que quiser, no tempo que lhe for necessário. Farei uma única questão: “Fale a respeito de sua vida, como foi a sua infância, sua adolescência, sua vida adulta, relacionando com aspectos da obesidade e de sua vida afetivo-sexual”. Caso não tenha compreendido, farei a mesma pergunta de outra maneira: “Gostaria que você me falasse de como vivenciou sua afetividade e sexualidade ao longo de sua vida, desde a infância até a atualidade não se esquecendo de comentar sobre a obesidade”. Peço sua autorização para gravar esta entrevista, e caso não queira, o depoimento poderá ser escrito por mim. Sua identidade será preservada não sendo possível o seu reconhecimento, ou o de qualquer pessoa da qual citar o nome, pois os nomes serão mantidos em sigilo e substituídos por nomes fictícios.

Pesquisador Responsável

Eu, _____, RG
no. _____, abaixo assinado, concordo em participar desta
pesquisa, tendo recebido as informações contidas no anverso desta folha, e ciente dos meus
direitos abaixo relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento após ter sido entrevistada e deixar de participar da pesquisa, neste caso não assinarei este termo;
3. A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade;
4. Que se existirem quaisquer gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tendo ciência do exposto acima, subscrevo este documento.

_____, _____ de _____ de 200__

Assinatura da entrevistada

ANEXO C

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Quem é o chefe de família?

() o próprio colaborador. () outrem. _____

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Posse de itens

	Não tem	T E M			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Cortes do Critério Brasil

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A 1	30-34	1
A 2	25-29	5
B 1	21-24	9
B 2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

Critério de Classificação Econômica Brasil, de acordo com a ABEP (www.abep.org)

ANEXO D

QUESTIONÁRIO PARA ADEQUAÇÃO DE PERFIL

Nome: _____
 Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos
 Ocupação: _____
 Escolaridade: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 Cidade: _____ Telefone: _____
 Religião: _____
 Estado civil: _____
 Filhos: _____
 Constelação familiar: _____

Altura: _____ m
 Peso máximo atingido: _____ kg IMC: _____ kg/m²
 Comorbidades: _____
 Peso antes da cirurgia: _____ kg IMC: _____ kg/m²
 Cirurgia realizada em ____/____/____
 Instituição: Pública Privada
 Tipo de cirurgia: _____
 Peso atual: _____ kg IMC: _____ kg/m²
 Realizou psicoterapia no período pré-operatório? Sim Não
 Se sim, por quanto tempo? _____
 Atualmente realiza psicoterapia? Sim Não
 Já realizou alguma cirurgia plástica? Sim Não
 Onde? _____

_____, ____ de _____ de 2007

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)