

GISELHA APARECIDA GOLFETTI

FAMILIA E OBESIDADE: um estudo psicanalítico a partir do discurso de
pacientes submetidos à gastroplastia.

ASSIS
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

GISELHA APARECIDA GOLFETTI

FAMILIA E OBESIDADE: um estudo psicanalítico a partir do discurso de pacientes submetidos à gastroplastia.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Unesp – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia. (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Francisco Hashimoto.

**ASSIS
2010**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

G625f Golfetti, Gisella Aparecida
Família e obesidade: um estudo psicanalítico a partir do discurso de pacientes submetidos a gastroplastia / Gisella Aparecida Golfetti. Assis, 2009
139 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.
Orientador: Francisco Hashimoto

1. Família. 2. Obesidade. 3. Psicanálise. 4. Estômago- Cirurgia. I. Título.

CDD 301.42

616.398
617.553

GISELHA APARECIDA GOLFETTI

FAMILIA E OBESIDADE: um estudo psicanalítico a partir do discurso de pacientes submetidos à gastroplastia.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Unesp – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia. (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).
Orientador: Prof. Dr. Francisco Hashimoto.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marlene Castro Waideman – Unesp/Assis

Dr. Manoel Antônio dos Santos – USP/Ribeirão Preto

Prof Dr. Francisco Hashimoto – Unesp/Assis

Dedico este trabalho
aos meus pais,
pelo apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de poder expressar minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Hashimoto, por ter acreditado em mim, pelo amparo concedido no momento em que a dúvida pela continuidade do trabalho esteve presente. Agradeço pela confiança, disponibilidade e paciência diante dos meus momentos de angústia, incertezas e, principalmente, diante de minha dificuldade em prosseguir rumo ao fim da pesquisa. Através de sua sabedoria, pude perceber a necessidade de tempo para desvendar e elaborar meus fantasmas. Agradeço pela orientação sempre compreensiva e pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

À Prof. Marlene Castro Waideman que, sendo minha professora desde a graduação e minha orientadora no projeto de Iniciação Científica, despertou em mim o interesse pela pesquisa. Agradeço pela possibilidade de ingressar na pós-graduação, pelo apoio concedido nos momentos de transição e pela oportunidade de poder compartilhar, ao menos por um tempo, de sua sabedoria e experiência.

Aos meus amados pais que sempre me incentivaram e me apoiaram em todas as escolhas de minha vida. Agradeço pela confiança, pelo afeto incondicional, pela liberdade de expressar meus pensamentos e por terem me proporcionado um ambiente seguro, um lugar no qual eu sempre encontro refúgio.

Ao meu querido Érico que, pacientemente, suportou minhas ausências, que me deu força quando eu não mais possuía. Agradeço por ter despertado em mim a percepção das muitas famílias que me habitam.

À Emy, amiga dos tempos de faculdade, que apesar da distância esteve presente. Agradeço pelas conversas, pelas reflexões, por compartilhar experiências, pensamentos e sentimentos que muito contribuíram para meu amadurecimento.

À amiga Noemi, que fez de Assis um lugar possível de se viver novamente. Agradeço pelos momentos de descontração, por estar sempre disposta a me ouvir e por aqueles instantes em que me fez deixar de lado o trabalho.

A todos os meus amigos que durante esse tempo me proporcionaram a vida cheia de bons encontros. Em especial às minhas amigas Silvana e Renata, que mesmo distantes estavam constantemente em minhas lembranças.

Aos funcionários da seção de Pós-graduação e da Biblioteca, que tornaram todas as questões administrativas menos complicadas.

A toda a equipe do Ambulatório de Obesidade Mórbida, onde foram coletados os dados da pesquisa. Agradeço especialmente à Daniele, que possibilitou meu contato com os pacientes.

Aos participantes da pesquisa, que generosamente compartilharam comigo suas experiências. Agradeço também pela tolerância diante de minha aprendizagem.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, que proporcionou a realização dessa pesquisa.

*Há um tempo
em que é preciso abandonar as roupas usadas
que já têm a forma de nossos corpos
e esquecer os nossos caminhos
que nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo de travessia...*

(Autor desconhecido)

RESUMO

GOLFETTI, G. A. *FAMÍLIA E OBESIDADE*: um estudo psicanalítico a partir do discurso de pacientes submetidos a gastroplastia. Assis, 2009. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, 2009, 1XXp.

Ao longo dos tempos, o corpo teve diferentes modos de ser considerado belo e/ou saudável. Na contemporaneidade, os sentidos e significados dados a ele remetem a uma estética corporal própria, na qual podem ser encontradas conexões entre o biológico e a ordem social ou entre o indivíduo e a sociedade. Há algumas décadas, a medicina passou a considerar a obesidade como doença; assim, atualmente ter um corpo gordo pode ser sinônimo de ter um corpo doente, disfuncional. O índice de obesos cresce diariamente. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2004), pelo menos 40% dos brasileiros estão acima do peso. A obesidade é denominada grau III ou mórbida quando o Índice de Massa Corpórea é igual ou superior a 40,0 Kg/m². Múltiplas são as formas de tratamento empregadas no combate à obesidade, quais sejam, a modificação dos hábitos alimentares, do estilo de vida e a utilização de fármacos. A gastroplastia ou cirurgia bariátrica surge como outra alternativa para o tratamento da obesidade grau III. Objetivou-se, nesta pesquisa, explicitar e compreender – por meio dos discursos de indivíduos que realizaram tratamento cirúrgico para a obesidade – seu modo de funcionamento intrapsíquico, principalmente no que se refere às perdas, assim como as representações psíquicas que esses trazem acerca de suas famílias. Para tal fim, utilizou-se o método psicanalítico, sendo que o instrumento empregado foi entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita com o consentimento dos indivíduos. A análise dos dados foi feita de forma qualitativa e interpretativa, sendo norteadas pelos pressupostos da teoria psicanalítica e da teoria psicanalítica de família, pois pensa-se a família como o grupo que está na base da constituição do indivíduo; é nela que se experienciam e estabelecem os primeiros relacionamentos humanos. As relações familiares foram entendidas como se produzindo de forma especular, ou seja, cada membro, ao influenciar o grupo com suas características peculiares de personalidade, também será influenciado pelas características do grupo. De acordo com os resultados encontrados, pode-se observar que as trajetórias dos indivíduos, apesar de distintas, encontravam-se marcadas pela dificuldade em perder peso e pela necessidade de mudança. Outro fato relevante é a percepção destes acerca das relações estabelecidas antes, durante e após a cirurgia, uma vez que tais relações influenciaram em seu estilo e em sua qualidade de vida. Pode-se ainda afirmar que a realização do tratamento cirúrgico para a obesidade foi fruto das vivências afetivas e reais dos entrevistados, ou seja, foi resultante de sua história anterior, dos padrões de relacionamento adotados por cada um, individualmente, e pelo grupo familiar.

Palavras-chave: família, obesidade, psicanálise, estômago-cirurgia.

ABSTRACT

GOLFETTI, G. A. *FAMILY AND OBESITY* : a psychoanalytic study trough the pacient's speeches a gastroplasty. Assis, 2009. Dissertation (Master Degree). Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, 2009, 1XXp

Over the years, the body was considered beautiful and healthy in many different ways. In contemporary times, its sense and meaning refers to bodily aesthetic of its own, in which it is possible to find connection between the biologic type and the social order or between a person and society. Some decades ago, medicine started to consider obesity as a disease. Thus, currently having a fat body can be synonymous with a sick and dysfunctional body. The number of obese people is growing on a daily basis and according to the Brazilian Society of Endocrinology and Metabology (2004), at least 40% of Brazilians are above average weight. The obesity is considered degree III or morbid obesity when the body mass index is the same as 40,0Kg m² or above it. There are many forms of treatments to combat obesity such as changing your eating habits, life style and the use of medicines. The vertical banded gastroplasty surgery or Bariatric surgery may be an alternative to the treatment of obesity degree III. The work aims to clarify and understand – through the people's speeches who undergo surgical treatment for obesity – its way of intrapsychic functioning, mainly when it comes to losses as well as the psychical representations which these people bring together their families. The psychoanalytic method has been used in this research and a semi-structured, recorded and transcribed interview was made with the people's permission. The data analysis was made qualitatively and interpretatively and guided by psychoanalytic theory and psychoanalytic family theory, because the family is considered as a group that is at bottom of the person's constitution and people experience and establish the very first human relationships in the family context. The family relationships were understood as if they were produced in a specular way, that is, each member, in influencing the group with his peculiar characteristics of personality, will also be influenced by characteristics of the same group. According to the results, we can note that the trajectory of the people, although distinct, had difficulties in losing weight and changing their life style. Another relevant fact is the perception of these concerning the relationships established before, during and after the surgery, since such relationships had influence on their life style and quality of life. It is also possible to state that the accomplishment of the surgical treatment for obesity was fruit of affectionate and real experiences on part of the interviewees, that is, it was the result of previous stories, of the relationships patterns adopted by each person, individually, and by the family group.

Key words: family, obesity, psychoanalysis, stomach-surgery

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I SOBRE A OBESIDADE – breves considerações	18
CAPITULO II A CONSTITUIÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	32
CAPITULO III AS RELAÇÕES FAMILIARES: o individuo e o grupo.....	44
CAPITULO IV As vivências de perda do individuo e da família.....	54
CAPITULO V MÉTODO.....	69
CAPITULO VI FAMÍLIA E OBESIDADE: construindo uma compreensão a luz da psicanálise.....	77
1. Apresentação dos dados.....	77
2. A representação psíquica dos participantes acerca de suas famílias.....	83
2.1- A representação da relação conjugal dos pais.....	83
2.2- A relação entre irmãos.....	89
3. Da obesidade à gastroplastia: caminhos percorridos.....	95
4. O indivíduo, a família e a obesidade.....	110
Síntese conclusiva	122
REFERÊNCIAS	130
ANEXOS	136
Roteiro de entrevista.....	137
Termo de consentimento livre e esclarecido.....	138
Aprovação do comitê de ética.....	139

INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda questões concernentes à obesidade grau III e às relações no âmbito familiar. De modo mais explícito, busca-se uma compreensão acerca do psiquismo de indivíduos que, por não conseguirem emagrecer e por apresentarem alto índice de morbidade, foi-lhes indicado realizar a gastroplastia, também conhecida como cirurgia de obesidade ou cirurgia bariátrica.

A questão inicial tratava do modo como esse procedimento cirúrgico influenciou ou influencia nas relações originadas, desenvolvidas e estabelecidas dentro de cada família, tendo em vista que, em função da nova forma de um dos seus membros viver, se alimentar e se posicionar frente ao mundo, ocorre uma mudança no cotidiano de todos

Esse questionamento e o interesse em pesquisar sobre os processos relativos ao pós-operatório da cirurgia bariátrica surgiram a partir da vivência no Hospital Regional de Assis (HRA), local onde era realizado o atendimento psicoterápico de grupo com pacientes obesos mórbidos que estavam na lista de espera para a realização da cirurgia bariátrica. Esses pacientes, frequentemente, relatavam suas dificuldades para o emagrecimento e o quanto almejavam a cirurgia. Entretanto, percebia-se que não eram todos os que realmente desejavam parar de comer e mudar seus hábitos. Nesse trabalho, foram acompanhados alguns casos de desenvolvimento pós-cirúrgico insatisfatório e adaptação inadequada no que se refere à nova dieta alimentar, certamente com conseqüências dolorosas tanto para os pacientes quanto para as famílias destes.

Essa experiência no hospital foi a mola propulsora para a realização de um projeto de iniciação científica, realizado durante o último ano da graduação, o qual também enfocava questões referentes à família e à obesidade mórbida. Ao término do desenvolvimento desse projeto, concluiu-se que em todos os participantes a idéia de realizar o procedimento cirúrgico surgiu por necessidades aparentemente semelhantes, entretanto, o preparo para essa vivência foi completamente distinto. Pode-se dizer que o (não) preparo foi resultante da construção desse momento, ou seja, da história pregressa, dos padrões de relacionamento e dos modelos adotados por cada grupo familiar e por cada um individualmente. A cirurgia bariátrica, encarada sob ângulos diversos, resultado das vivências afetivas e reais de cada entrevistado, abre um leque de possibilidades para a sua interpretação.

Novas indagações surgiram a partir da experiência em um programa de aprimoramento profissional na área da Psicologia da Saúde. No referido programa, foram realizados diversos atendimentos psicoterapêuticos com os pacientes em questão e com outros que chegavam ao serviço de saúde em decorrência de diferentes tipos de transtornos alimentares. O resultado dessas vivências profissionais culminou com a elaboração da presente pesquisa.

Acerca da obesidade, pode-se dizer que, de acordo com Halpern e Rodrigues (2006), esta é definida como um estado em que há maior quantidade de tecido adiposo em relação à massa magra do que o esperado para o sexo, a idade e a altura. Em adultos, o padrão internacional para a classificação é o índice de massa corpórea (IMC). Ainda segundo as autoras, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e uma epidemia global. No Brasil, a prevalência da obesidade e sobrepeso aumenta, e a projeção dos resultados de estudos realizados nas últimas décadas é indicativa de um comportamento epidêmico.

Sabe-se que a causa da obesidade é múltipla, abarcando aspectos orgânicos, psicológicos e sociais. Segundo Nunes (2006), muitos são os métodos disponíveis para o tratamento da obesidade: atividades físicas, dieta alimentar, medicamentos e intervenção cirúrgica são alguns deles. Diante de uma patologia complexa faz-se necessário a intervenção de uma equipe multidisciplinar.

Este trabalho, entretanto, abará somente os aspectos psicológicos envolvidos no assunto. Mais especificamente, a pesquisa se refere aos mecanismos psíquicos presentes nas relações estabelecidas pelos sujeitos com suas famílias intrapsíquicas, os quais permeiam todo o processo da obesidade à gastroplastia.

A família, enquanto instituição humana, há muitos séculos sofre transformações.

Recasada, monoparental, reconhecida somente como unidade conjugal, ligada pelo sentimento de linhagem, tendo no pai a figura de deus, reunida em torno das crianças, dessacralizada, enfim, diversas foram suas configurações ao longo da história (ROUDINESCO, 2003).

Sabe-se que a família é objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, como a sociologia, a antropologia e a psicanálise. Esta última contribui para a compreensão da família à medida que, por meio de seu método e técnica, procura adentrar as relações existentes no interior desse grupo (entre os membros e destes com o exterior).

Por família, entende-se um grupo de pessoas ligadas por múltiplos laços que fazem seus membros permanecerem juntos por uma vida e mesmo por gerações (EIGUER, 1985). É o primeiro grupo com o qual o sujeito tem contato. Assim, é nesse grupo social que o sujeito se constituirá; é o seu quadro de referência para a apreensão de comportamentos, formas de interação e de demonstração de afeto, as quais, provavelmente, reproduzirá em seus relacionamentos futuros.

A família e suas relações serão entendidas como se produzindo de forma especular, ou seja, cada membro, ao influenciar o grupo com suas características peculiares de personalidade, também será influenciado pelas características do grupo (EIGUER, 1985). De tal modo, ao ocorrer uma mudança na forma subjetiva do indivíduo se posicionar perante sua família, conseqüentemente haverá uma alteração no panorama familiar, afetando todos os membros, visto que cada membro assume determinada função de acordo com as relações estabelecidas naquela família em específico.

A família também será compreendida enquanto possuidora de um inconsciente compartilhado por todos os membros do grupo. O conceito de inconsciente familiar é apreendido como o entrelaçamento dos objetos e fantasmas inconscientes de cada indivíduo do grupo (EIGUER, 1985). Não se trata de uma superposição ou adição de objetos individuais resultando num objeto grupal, mas sim de uma complexa interação entre esses objetos, na qual cada pessoa é agente de manutenção e desempenha um papel singular dentro dessa estrutura.

Considera-se o sujeito como parte de uma estrutura familiar em que cada um ocupa um lugar específico, não sendo possível separá-lo de sua família e, posteriormente, estabelecer relações de causalidade, visto que há uma complementaridade entre o psiquismo individual e o psiquismo do grupo. Para que seja possível a formação do mundo objetal partilhado, faz-se necessário a existência de um denominador comum, um ponto de ressonância entre os fantasmas individuais.

Trabalhar-se-á ainda com a idéia de organizador grupal, elemento em torno do qual a vida da família se constitui. O organizador grupal é o responsável pela coesão dos membros, sendo uma construção coletiva feita a partir da cooperação dos psiquismos individuais. A **escolha do parceiro**, o **eu familiar** formado pelo sentimento de pertença, o habitar interior e o ideal de ego familiar e, por fim, a **interfantasmática** serão os organizadores enfocados nesta pesquisa (EIGUER, 1985).

O organizador possibilita a cada pessoa a representação inconsciente do grupo em seu psiquismo. Sobre essa idéia repousa uma das questões principais deste trabalho, visto que dessa forma seria possível entrever o funcionamento grupal a partir da ótica individual.

Adotando esse referencial, escolheu-se investigar as relações familiares a partir do olhar de pessoas que em um dado momento de suas vidas decidiram se submeter a uma intervenção cirúrgica com a finalidade de emagrecer.

Por ser um fato da realidade externa, a gastroplastia foi o evento selecionado para delimitar o campo de investigação, em cima do qual pode ser possível compreender as formas de organização das famílias no que se refere a um ponto em comum, qual seja: a perda de parte do estômago por um de seus membros.

A escolha da cirurgia bariátrica como marco de definição da pesquisa deveu-se ainda à peculiaridade dos elementos presentes no processo: ganho de peso → realização da cirurgia → emagrecimento. Elementos esses estudados há alguns anos por diversos pesquisadores como Waters (1991), Halpern (1992), Kathalian (1992), Algazi (2000) e Nunes (2006); tais pesquisas ocorrem tanto em função da complexidade do tema como do aumento na incidência das taxas de obesidade entre a população.

Tomando então por base a idéia de que a relação familiar constitui-se como sendo especular, e pensando no fato de que algo (concreto e psíquico) mudou no plano individual, ou seja, da pessoa que realizou o procedimento cirúrgico, levanta-se a hipótese de que tal mudança, relacionada (ou não) à ocorrência de um processo de luto atrelado ao procedimento cirúrgico realizado, afetaria as relações já instituídas no âmbito familiar.

Assim, o objetivo geral dessa pesquisa é explicitar e compreender, por meio dos discursos de indivíduos que realizaram tratamento cirúrgico para a obesidade grau III, seu modo de funcionamento intrapsíquico, principalmente no que se refere às perdas; faz parte dos objetivos também entender as representações psíquicas que os pacientes trazem acerca de suas famílias.

No que concerne aos objetivos específicos pretende-se:

- Identificar como o paciente percebe os afetos e pensamentos que permeavam e

permeiam as relações em geral, especialmente as familiares.

- Identificar se ocorre, e como se manifesta um possível sentimento de perda em decorrência da cirurgia realizada. Em caso afirmativo, compreender o modo como é elaborada a perda sofrida.

A fim de que a meta proposta pela pesquisa seja cumprida, optou-se pelo método da psicanálise. Não se trata de fazer psicanálise nos moldes clássicos, visto que não se configura o mesmo enquadre, apenas trabalhar-se-á com a mesma escuta. Aquela que coloca em evidência o objeto da psicanálise – o inconsciente.

O instrumento a ser utilizado será a entrevista semi-aberta, pois ela permite que o entrevistado configure seu campo de acordo com suas questões e problemáticas inconscientes. O material do estudo será fornecido por quatro pessoas que se dispuseram a participar da pesquisa.

A interpretação dos dados também será feita baseada nos conceitos e supostos psicanalíticos, os quais ajudarão na compreensão das falas dos indivíduos, no que tange aos elementos inconscientes.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

O capítulo I constitui-se por uma breve introdução acerca do tema obesidade, seu conceito, etiologia e tratamento, além de algumas perspectivas no que se refere ao tema obesidade e sua inter-relação com os aspectos psiquiátricos e emocionais.

No capítulo II, retoma-se a noção de família e a forma como esse grupo evoluiu até os dias de hoje. Tenta-se abordar a transformação ocorrida ao longo dos anos, acerca do que se pensa e do que se espera da família. Fundamentado nos referenciais psicanalíticos, privilegiou-se os conceitos desenvolvidos por teorias voltadas para o inconsciente e para a formação familiar derivada de desejos não perceptíveis à consciência, mas que respondem às expectativas e vivências de cada sujeito no encontro de seu parceiro.

No capítulo III, busca-se compreender a relação existente entre o sujeito e o grupo. A partir da interação entre as instâncias id, ego e superego e das noções de mundo interno e grupos internos foi possível perceber que há, de alguma forma, um prolongamento entre o que se diz interno e aquilo que poderia ser classificado como externo. Na verdade, essa linha de divisão não é clara, comumente o indivíduo leva ao grupo tudo que lhe é peculiar, tudo que lhe constitui enquanto sujeito desejante e sujeito do inconsciente; em contrapartida, o que é vivenciado e produzido no grupo é elaborado como fazendo parte do intrapsíquico. As fantasias e também as fantasias originárias serão grandes representantes do mundo interno e dos grupos internos dos indivíduos e desempenharão um importante papel no modo de

funcionamento do grupo familiar.

No capítulo IV, tenta-se apresentar uma relação entre as fantasias individuais e as dinâmicas presentes na família. Compreende-se que, da mesma forma que a identidade individual atravessa períodos de crise, a identidade familiar também partilhará desses momentos. Esses eventos poderão ser de diversas naturezas com diferentes causas, entretanto, aqueles que estiverem relacionados a alguma forma de perda provocarão uma reação tanto no indivíduo como no grupo familiar. As reações provindas de alguma perda podem caminhar de acordo com o processo normal de luto ou podem enveredar-se pelos caminhos da patologia, como acontece na melancolia. As famílias abordadas nessa pesquisa, de alguma forma, perderam seus membros obesos e ganharam pessoas com uma outra configuração corporal, um novo modo de vida poderá ser estabelecido.

No capítulo V, é abordado o método utilizado na pesquisa. A psicanálise constituiu-se na escolha metodológica para o desenvolvimento do trabalho. Nesse capítulo há esclarecimentos acerca do local da investigação, da utilização de entrevistas como instrumento para se chegar àquilo que está latente no inconsciente dos sujeitos, da origem dos sujeitos, assim como da singularidade de sua sintomatologia no mundo contemporâneo. Ainda aqui serão delimitados os parâmetros utilizados na interpretação e análise dos dados.

No capítulo VI, são apresentadas as histórias de Helena, Selma, Salomão e Sebastiana. Também é tecida a análise pensando na representação psíquica que os entrevistados tinham acerca de suas famílias, principalmente no que se refere ao relacionamento conjugal dos pais e à relação estabelecida com os irmãos. Também é pensado o percurso feito pelos participantes, desde o desencadeamento da obesidade até a decisão pela gastroplastia e a adaptação no período pós-cirúrgico.

CAPÍTULO I

SOBRE A OBESIDADE: breves considerações

Primeiramente, é importante que se faça algumas considerações acerca da obesidade, a qual foi definida, segundo o Consenso Latino-Americano de Obesidade, como um acúmulo excessivo de gordura corpórea numa magnitude tal que comprometa a saúde (COUTINHO,1999).

A obesidade é classificada considerando-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e se baseia no risco de mortalidade, independentemente do sexo e da idade. O cálculo do IMC é feito dividindo-se o peso (Kg) pela altura (m) ao quadrado; esse resultado ainda permite que se faça uma estimativa do prognóstico do paciente obeso, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), à medida que ocorre um aumento do IMC aumenta o risco de co-morbidez como: diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, artropatias, apnéia do sono, etc. (COUTINHO e BENCHIMOL, 2003)

A classificação do peso, de acordo com o IMC e risco de co-morbidez em adultos, é dada pela tabela abaixo, descrita por Coutinho e Benchimol (2003):

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de co-morbidez
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade grau I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade grau II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade grau III	> 40,0	Muito grave

Sabe-se que a obesidade adquiriu caráter de doença e ganhou relevância em órgãos internacionais devido aos problemas de saúde apresentados em sua decorrência.

É importante ressaltar que esse discurso pertence à medicina, a qual construiu um saber sobre o corpo. Acerca deste último, sabe-se que teve várias formas de ser representado e de ser considerado belo e/ou sadio ao longo da história.

A título de ilustração, no Renascimento, o ideal de beleza valorizado era o de um corpo mais roliço, ancas largas e seios grandes. Um corpo cheio de gordura estava também relacionado a uma classe social mais abastada; já a magreza, era sinônimo de pobreza e de falta de alimentação. Para Vasconcelos e Sudo e Sudo (2004), diferentemente da época medieval, período em que o corpo era estriado de ancas, com seios pequenos, cheio de puritanismo e vergonha e que não denotava nenhuma sexualidade, no Renascimento, ser gordo era símbolo de *status* social.

Ainda segundo esses autores, no século XVIII, a beleza estava associada aos ideais pré-românticos de simplicidade e graça traduzidos em um corpo esguio e lânguido. A gordura, tanto corporal quanto a utilizada na preparação das refeições, era desprezada. Na contemporaneidade, concomitantemente às mudanças ocorridas nos paradigmas estéticos, nos hábitos alimentares e nos campos político, social e cultural, o corpo passou a ser representante-mor da personalidade, marcando o lugar do indivíduo na sociedade e definindo-o de acordo com as regras sociais do meio no qual se insere.

Dessa forma, percebe-se que a busca incessante pelo corpo magro encerra em si outras características, como ser saudável, belo, flexível e desejável. A idéia defendida pelos autores acima citados é a de que a magreza é um ideal de beleza moderno que constitui garantia de sucesso e agrega valor ao indivíduo.

De acordo com esse padrão, ter um corpo gordo significa ter um corpo doente e

disfuncional, podendo até ser considerado como um erro ou uma falha no caráter do indivíduo. Enfim, várias podem ser as formas de se encarar as relações existentes entre corpo/sujeito, identidade, biológico e meio social. O fato a ser considerado é que a obesidade cresce a cada dia. A verdade é que seus índices dobraram nos últimos 30 anos, motivo pelo qual passou a ser considerada um grave problema de saúde pública. Para se ter uma idéia mais precisa, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, (SBEM, 2004), do total de gastos feitos pelo sistema público com saúde, de 2 a 7 % estariam relacionados ao excesso de peso¹; Tal índice se deve ao fato de que mais de 30 tipos doenças são acarretadas pela obesidade.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em divulgação social feita em 16 de dezembro de 2004, aponta que:

Num universo de 95,5 milhões de pessoas de 20 anos ou mais de idade, há 3,8 milhões de pessoas (4,0%) com déficit de peso e 38,8 milhões (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. Esse padrão se reproduz, com poucas variações, na maioria dos grupos populacionais analisados no País².

Em virtude do alto índice de obesidade apontado nas pesquisas, diferentes tratamentos são empregados para combater esse mal, como descrevem Moreira e Benchimol (2006):

- Tratamento nutricional, com uma dieta ou plano alimentar de baixa quantidade de gordura;
- Orientação de atividade física: a prescrição deve considerar o estado geral de cada paciente e ser realizada de forma progressiva, observando-se tanto a tolerância do paciente à atividade prescrita quanto a possível presença de efeitos indesejáveis.
- Tratamento farmacológico, indicado para pacientes com IMC maior ou igual a 30 Kg/m² ou com IMC maior ou igual a 25 Kg/m² com co-morbidade associada.

Ainda segundo tais autores, uma outra forma de tratamento possível é a intervenção cirúrgica, indicada apenas quando os outros tratamentos se mostram ineficazes.

Esse tipo de cirurgia, cada vez mais utilizada no tratamento da obesidade grau III, em adultos e adolescentes, segundo o estudo de Barnett et al (2005), mostra-se um procedimento seguro.

¹ Disponível em http://www.endocrino.org.br/util_search.php. Acesso em: 15/07/2009.

² Disponível em www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias. Acesso em: 15/07/2009.

No Brasil, a resolução nº 1766/05, expedida pelo Conselho Federal de Medicina, normatiza o tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida. De acordo com tal resolução, as indicações gerais para o procedimento são:

- Pacientes com 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 ameaçam a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras.
- Os pacientes devem ser maiores de 18 anos. Os idosos e os jovens de 16 a 18 anos podem ser operados, mas exigem-se precauções especiais e o custo/benefício deve ser 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.

Ainda em conformidade com a resolução acima, no que se refere aos procedimentos cirúrgicos aceitos pelo Conselho Federal de Medicina, as técnicas utilizadas podem ser do tipo: **restritivo** (há a restrição do conteúdo gástrico, provocando saciedade precoce com pequena quantidade de alimento ingerido, através da diminuição do volume gástrico) e **restritivo-disabsortivo** (além da restrição, o procedimento evita a absorção dos nutrientes pelo intestino delgado, uma vez que por meio de derivação sua área absorptiva fica diminuída).

As técnicas empregadas para as cirurgias restritivas são: balão intragástrico, gastroplastia vertical com bandagem ou cirurgia de Mason e banda gástrica ajustável.

O procedimento com o **balão intragástrico** consiste na colocação de um balão

dentro do estômago, por meio de endoscopia digestiva alta, com cerca de 500 ml de líquido, com 10% de Azul de Metileno, visando a diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. Esse método é provisório e o balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses.

O procedimento em questão é indicado como adjuvante do tratamento de perda de peso, principalmente no pré-operatório de pacientes com IMC acima de 50kg/m² e com patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida. É contra-indicado para pacientes com esofagite de refluxo, hérnia hiatal, estenose ou divertículo de esôfago, lesões potencialmente hemorrágicas, como varizes e ângiodisplasias, cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção, doença inflamatória intestinal, uso de antiinflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos. No que se refere às complicações, podem ser: aderências ao estômago, úlceras e erosões gástricas, esvaziamento espontâneo do balão, passagem para o duodeno, intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis, obstrução intestinal por migração do balão, perfuração gástrica e infecção fúngica em torno do Balão.

A **gastroplastia vertical com bandagem ou cirurgia de Mason** é um procedimento desenvolvido por Mason, em 1982, segundo Cotta-Pereira e Benchimol (2006). É uma técnica que consiste na criação de um pequeno reservatório gástrico, na região da cárdia, com capacidade em torno de 20ml, regulando-se a saída por um anel de polipropileno. Essa cirurgia provoca cerca de 20% de perda de peso e é feita por via convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

É indicada para pacientes não compulsivos, que não tenham o hábito de ingestão de doces em abundância e que não se desviem da orientação nutricional, ingerindo líquidos ricos em calorias; caso contrário, os resultados são desanimadores.

Esse procedimento apresenta mínimas alterações metabólicas, baixa morbimortalidade e baixo custo, é reversível e preserva a absorção e a digestão. O estômago e o duodeno permanecem acessíveis às investigações endoscópica e radiológica. Entretanto, a perda de peso pode ser insatisfatória (menos de 50% do excesso de peso) em consequência do surgimento de fístula gastrogástrica ou por intolerância progressiva maior à ingestão de líquidos ou pastosos hipercalóricos. Apresenta ainda outras desvantagens, como uma maior ocorrência de vômitos e possibilidade de deiscência das linhas grampeadas, seguida de complicações intra-abdominais. É um procedimento inadequado tanto para pacientes que ingerem muito doce como para portadores de esofagite de refluxo.

A **banda gástrica ajustável** é um método seguro, efetivo, pouco invasivo, ajustável e reversível. De acordo com Cotta-Pereira e Benchimol (2006), esse procedimento foi utilizado, primeiramente, nos EUA, em 1993. Consiste na colocação, por via convencional (laparotômica) ou por videocirurgia, de uma prótese de silicone em torno do estômago proximal, fazendo com que este passe a ter a forma de uma ampulheta ou uma câmara acima da banda. Por injeção de líquido no reservatório localizado no subcutâneo, o diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório. Essa cirurgia permite que sejam feitos ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Com sua retirada é possível realizar outros procedimentos bariátricos com mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago, há baixa morbi-mortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais.

Como desvantagens, a técnica banda gástrica ajustável apresenta custo elevado, perda de peso – freqüentemente, insuficiente a longo prazo –, exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas, e ainda há riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho. É uma cirurgia não indicada para pacientes que ingerem muito doce e/ou apresentam esofagite de refluxo e hérnia hiatal. Há que se ressaltar a possibilidade de ocorrência de complicações a longo prazo, como migração intragástrica e deslizamento da banda e complicações com o reservatório.

Como mencionado acima, além das técnicas cirúrgicas restritivas, existem as restritivo-disabsortivas ou procedimentos mistos. Estes últimos combinam a restrição com a disabsorção, em maior ou menor grau do intestino, dependendo da técnica empregada e da extensão do intestino delgado, que é excluído do trânsito alimentar.

As cirurgias mistas com maior componente disabsortivo são aquelas que envolvem menor restrição da capacidade gástrica, o que permite uma maior ingestão alimentar com predomínio do componente disabsortivo. Segundo a resolução nº 1766/05 do Conselho Federal de Medicina³, os procedimentos reconhecidos são: a cirurgia de Scopinaro (derivação bilio-pancreática com gastrectomia distal) e a cirurgia de Duodenal Switch ou cirurgia de Hess-Marceau (derivação bilio-pancreática com derivação distal e preservação de piloro).

Na primeira técnica, a perda e manutenção do peso estão fundamentadas na limitação da absorção intestinal. A adaptação do mecanismo digestão-absorção estabelece um limite de capacidade de transporte de gordura e amido. Assim, a energia adquirida

³

Disponível em: www.portalmédico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php. Acesso em 20/10/2009.

(exceto a proveniente das proteínas e dos açúcares) seria por volta de 1250 Kcal/dia.

O mecanismo inicial da perda de peso favorecido pela cirurgia de Scopinaro é temporário. Posteriormente, cada paciente se adapta de acordo com suas características individuais. A recuperação do apetite e da capacidade do reservatório gástrico ocorre antes da estabilização do peso. A capacidade de absorção energética intestinal é mantida pela perda de peso. Com esse procedimento, espera-se que a perda seja de 50 a 60% do excesso do peso (COTTA-PEREIRA & BENCHIMOL, 2006).

A técnica de **Duodenal Switch ou cirurgia de Hess-Marceau** é indicada para pacientes com IMC entre 40 kg/m² e 50 kg/m². Também é uma opção cirúrgica no tratamento de adolescentes, pois possibilita uma ingestão normal de alimentos. Nessa cirurgia, é realizada uma gastrectomia vertical criando um estômago de aproximadamente 100 ml. O duodeno é dividido por um grampeamento cirúrgico de 4 a 5 cm distal do piloro. Depois, há a divisão em 3 segmentos da alça do intestino delgado: alça alimentar, alça biliopancreática e alça comum. A perda de peso depende da extensão da primeira e da última alça.

Em ambas as técnicas, não há restrição a alimentos ingeridos. Todavia, são procedimentos eficazes em relação à perda e manutenção do peso a longo prazo. Outra vantagem desse tipo de intervenção é que o reservatório gástrico fica completamente acessível aos métodos de investigação radiológica e endoscópica. No entanto, os pacientes ficam mais sujeitos a complicações nutricionais e metabólicas de difícil controle, têm maior chance de sofrerem deficiência de vitamina B12, cálcio, e ferro, podendo ocorrer também desmineralização óssea. Além disso, a incidência de úlcera de boca anastomótica é alta e há um aumento do número de evacuações diárias.

As cirurgias mistas com maior componente restritivo compreendem os diferentes *bypasses* gástricos com reconstituição do trânsito intestinal em *Y de Roux*. As mais utilizadas são as cirurgias de Wittgrove e Clark e as de Fobbi-Capella. A título de esclarecimento, Wittgrove e Clark foram os primeiros a relatar o *bypass* gástrico em *Y de Roux* com técnicas minimamente invasivas.

Dos dois tipos acima expostos, a **cirurgia de Fobbi-Capella** é o procedimento mais realizado. É considerado seguro, eficaz e sustentável no tratamento da obesidade ao longo do tempo. A técnica consiste na implantação de uma bolsa gástrica ou neo-estômago, com o volume de 20 a 30 ml, o qual é feito pelo grampeamento do estômago que, por meio de uma secção e sutura, separa o estômago remanescente do neo-estômago. A outra parte

da técnica se faz pela exclusão parcial do intestino delgado proximal, minimizando, assim, a absorção de nutrientes. O objetivo dessa cirurgia é a perda de 65 a 80% do excesso de peso, num período de um ano e meio a dois anos após a cirurgia (COTTA-PEREIRA & BENCHIMOL, 2006).

Essas cirurgias, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica, restringem a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo *Dumping* (mal-estar provocado pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos) 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 também 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.

As técnicas de cirurgias restritivo-disabsortivas proporcionam a perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso e tratam a doença do refluxo. São eficientes em comedores de doces e têm baixo índice de complicações a longo prazo. Facilitam o controle metabólico e nutricional do paciente. São reversíveis, embora com dificuldade técnica. Apresentam resultados satisfatórios em termos de melhora da qualidade de vida, da cura e controle das doenças associadas. São as mais usadas no Brasil e nos Estados Unidos, com maior tempo de acompanhamento por parte da equipe médica.

Entretanto, são cirurgias tecnicamente mais complexas, pois apresentam acesso limitado ao estômago e ao duodeno no que se refere a métodos radiológicos e endoscópicos; são passíveis de complicações como deiscência de suturas e apresentam maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas.

O pós-operatório dessas cirurgias envolve um longo tempo de readaptação à alimentação diária. Assim, inicialmente os pacientes passam por um período de restrição aos alimentos sólidos e sofrem limitações, principalmente, no que tange às quantidades de líquidos a serem ingeridos. O acompanhamento nutricional é imprescindível para a orientação acerca da nova dieta alimentar. Cambi e Marchesini (2003) assim descrevem as fases do pós-operatório de tais cirurgias:

- 1ª fase: compreende as duas primeiras semanas após a cirurgia. A alimentação consiste na ingestão de pequenos volumes de líquidos (aproximadamente 50 ml) com o objetivo de favorecer o repouso gástrico, a

adaptação e a hidratação. Nessa fase, a perda de peso pode chegar a 10% nos primeiros 30 dias. Devem ser introduzidos complementos nutricionais específicos para evitar a carência de vitaminas e minerais. Deve-se também evitar líquidos que contenham açúcar.

- 2ª fase: esse período é variável em com cada paciente, mas dura em média 15 dias. Há uma evolução da consistência alimentar, ou seja, os líquidos vão sendo substituídos por cremes e preparações pastosas. É uma fase que exige cuidado a fim de se evitar náuseas, vômitos e dor.
- 3ª fase: a duração dessa fase também é variável em cada paciente, mas estima-se que perdure um mês. É o período de seleção dos alimentos. Levando-se em consideração que a quantidade a ser ingerida ainda é pequena, é preferível que a escolha seja por alimentos mais nutritivos. O paciente deve aprender a identificar tais alimentos para que possa escolhê-los mais independentemente. Com a alimentação mais sólida, a mastigação é essencial para a boa digestão e absorção do alimento. Se a mastigação não é feita adequadamente, o paciente pode sentir-se mal e apresentar vômitos.
- 4ª fase: é fase da otimização da dieta. Assim, a consistência alimentar vai se tornando cada vez mais próxima da ideal para uma nutrição satisfatória. Essa etapa inicia-se, geralmente, no terceiro mês após a cirurgia e o cuidado com a escolha de alimentos nutritivos deve ser mantido, pois as quantidades ingeridas ainda são pequenas. Nesse momento, O paciente é capaz de optar por alimentos que lhe tragam mais satisfação e qualidade nutricional. Não são aceitos alimentos muito fibrosos e consistentes.
- 5ª fase: é a etapa de adaptação final e independência alimentar. Inicia-se no quarto mês, mas como nas fases anteriores, ela também pode sofrer variações. O paciente já deve estar bastante seguro para escolher seus alimentos e compreender quais são os ricos em proteínas, fibras e vitaminas. A consulta com o nutricionista é necessária para o acompanhamento e evolução do peso e identificar a existência de carências nutricionais.

A evolução nutricional no período de pós-operatório deve ser lenta e gradual, variando de acordo com a tolerância individual. Para pacientes submetidos à derivação biliopancreática, na qual a capacidade gástrica é maior, a evolução calórica é mais rápida, chegando a 1.200 kcal até o terceiro mês após a cirurgia. A perda de peso é mais lenta,

porém efetiva. Nesses casos, devido à diarreia constante no primeiro mês, os cuidados nutricionais são necessários. Utiliza-se uma dieta hipolipídica, pobre em resíduos e com balanço protéico adequado. É imprescindível manter uma periodicidade para a realização de exames laboratoriais. A partir dos resultados de tais exames, recomenda-se a utilização de suplementos vitamínicos, caso seja necessário, visando prevenir complicações metabólicas decorrentes da disabsorção intestinal.

Quanto aos aspectos psicológicos referentes ao pós-cirúrgico, Franques (2003) assinala que a etapa imediatamente posterior à realização do procedimento cirúrgico é a mais difícil, uma vez que o paciente está debilitado e em fase de adaptação a uma nova dieta alimentar. Após 30 dias, em função de nova adequação à dieta um pouco mais sólida, novas inseguranças aparecem. Por essa razão, no primeiro período pós-cirúrgico, o acompanhamento psicológico está voltado para a acomodação aos novos hábitos.

Geralmente, a partir do terceiro mês de realização da cirurgia de obesidade, começa a ser percebido o emagrecimento, há um aumento da disposição e do bem-estar e o paciente passa a investir mais em si mesmo. Segundo Franques (2003) ele está em fase de lua-de-mel. Após seis ou oito meses, a perda de peso está em torno de 30% do excesso e o paciente volta a ter comportamentos que não conseguia antes da cirurgia, como por exemplo cruzar as pernas e caminhar sem ficar ofegante. Nessa etapa em que o tratamento psicológico estaria voltado para a nova imagem corporal e para as repercussões na personalidade do indivíduo, comumente os pacientes desaparecem dos consultórios psicológicos. A referida autora descreve esse fato como consequência do bem-estar sentido por eles. É o momento em que estão seguros, são independentes e estão com a auto-estima elevada.

Aproximadamente um ano após a cirurgia, o peso vai se estabilizando e tudo que era novidade passa a fazer parte da rotina de vida. Algumas vezes, a depressão pode se instalar nesse período. Deixar de ser obeso implica mudanças no modo de agir e na vida como um todo, por isso, ao se reorganizar e se reestruturar, o paciente ex-obeso precisa de ajuda. O trabalho psicológico pode auxiliá-lo a conhecer e compreender melhor a si mesmo, a aderir ao tratamento e tornar-se responsável pela criação de uma nova identidade e pela participação efetiva no processo de emagrecimento. As pessoas que convivem com o paciente também são afetadas por suas mudanças. O grande emagrecimento suscita transformações e requer adaptações nos relacionamentos afetivos, sexuais, sociais, interpessoais, profissionais e familiares.

Em virtude de tantas mudanças, Waters, Pories, Swanson et al (1991) indicam a

formação de grupos pré e pós-cirúrgicos, objetivando o apoio a pacientes, pais e cônjuges. Algazi (2000) sugere a constituição de grupos de apoio – com finalidades semelhantes aos propostos pelos autores acima citados – que promovam reuniões periódicas, com técnicas de aconselhamento. Tais grupos visam a uma melhor adesão ao tratamento, oferecendo orientações relativas a exercícios físicos, dietas e identificação imediata de quadros psiquiátricos.

No que se refere aos aspectos legais, no Brasil, o ministro da saúde, José Gomes Temporão, considerando alguns fatores como:

- 1) a magnitude social da obesidade na população brasileira e suas conseqüências;
- 2) as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de cirurgia bariátrica;
- 3) os custos cada vez mais elevados da atenção ao paciente portador de obesidade;
- 4) a necessidade de se estruturar uma rede regionalizada de serviços que ofereça uma linha de cuidados integrais e integrados no tratamento da obesidade e suas comorbidades, com vistas a minimizar o dano da obesidade, melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado e, quando necessário, à cirurgia bariátrica;
- 5) a necessidade de promover estudos que demonstrem o custo-efetividade e analisem as diversas formas de intervenção na obesidade,

criou a portaria Nº 1.569, de 28 de junho de 2007⁴, a qual “institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade,[...]”.

Cabe ressaltar que essa mesma portaria institui, no Art. 2º.:

“III - identificar os principais determinantes e condicionantes que levam à obesidade e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de atenção à saúde; IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços que realizam cirurgia bariátrica, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o paciente após a realização da cirurgia”.

No que tange às equipes que realizam o procedimento, a mesma portaria estabelece,

⁴ Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude. Acesso em 03/09/2007

em seu Art. 3º.:

VIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde.

De acordo com tudo que foi exposto, a obesidade exige um modelo de investigação multidisciplinar. Sua etiologia é diversa, envolvendo aspectos culturais, sociais e biológicos. No entanto, este estudo se limitará aos aspectos psicológicos envolvidos no assunto. Nesse sentido, o projeto de pesquisa proposto poderá contribuir para um maior conhecimento no que se refere aos mecanismos psíquicos presentes nas relações familiares, os quais permeiam todo o processo da cirurgia bariátrica, assim como suas conseqüências.

Muito se tem escrito acerca deste tema e sua complexidade; há trabalhos que articulam o tema da obesidade mórbida a aspectos psiquiátricos e emocionais.

Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) apontam pesquisas nas quais a obesidade deve ser considerada como o produto da vulnerabilidade genética individual associado a um ambiente externo promotor da doença. Defendem que entre os modelos psicológico e biológico, este último torna-se mais útil para o entendimento do início e manutenção da doença. Assim, o paciente obeso passa a ser encarado como indivíduo portador de uma vulnerabilidade genética inata. Entretanto, pacientes que procuram tratamento contra a obesidade podem apresentar co-morbidades psiquiátricas a serem consideradas para melhor avaliação e manejo clínico. Dentre as co-morbidades psiquiátricas relacionadas estão a depressão e os transtornos alimentares, embora a obesidade em si mesma não seja considerada como um transtorno alimentar.

Petribu et al (2006) avaliou a freqüência do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em indivíduos candidatos e à espera da cirurgia bariátrica. Os resultados encontrados denotam elevada freqüência (56,7%) desse transtorno na referida população. Destes, 42% apresentaram quadro de depressão no momento da avaliação.

Outras co-morbidades psiquiátricas, dentre elas os transtornos de ansiedade, são apontadas dentro do número de pacientes entrevistados pela pesquisa. Concluiu-se que, uma vez que os portadores de TCAP apresentam vasta psicopatologia, deve-se aprimorar a identificação desses distúrbios para um tratamento mais adequado. Levando-se em consideração o fato de não haver um consenso sobre as contra-indicações para a realização da cirurgia e, do mesmo modo, fatores preditivos de bom ou mau prognóstico, os autores falam de avaliações sistemáticas dos pacientes.

Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) afirmam que a maioria dos pacientes que chegam para a realização da cirurgia bariátrica apresentam alterações emocionais, sendo que as dificuldades psicológicas podem estar relacionadas tanto aos fatores determinantes quanto às conseqüências da doença. Indicam que a fase do desenvolvimento na qual teve início a obesidade faz diferença no quadro pós-operatório. Desse modo, os indivíduos que eram magros e mais tarde tornaram-se obesos têm mais facilidade para resgatar a imagem de seu corpo magro, ao passo que os que sempre foram gordos apresentam mais dificuldade para o estabelecimento de uma nova imagem corporal.

Tais autores ressaltam o papel do psicólogo dentro da equipe multidisciplinar, o qual consiste em avaliar se o paciente encontra-se apto emocionalmente para se submeter à cirurgia; auxiliar o paciente na compreensão dos aspectos pré-cirúrgicos e, ainda, identificar e tratar pacientes portadores ou com potencialidade para desenvolvimento de distúrbios psicológicos graves.

Acerca do aparecimento de transtornos emocionais, no período de pós-operatório da cirurgia bariátrica, Leal e Baldin (2007) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as expectativas, fantasias, resultados, dificuldades e frustrações pelas quais passaram seis pacientes obesas que se submeteram a uma gastroplastia e que desenvolveram sintomas de sofrimento psíquico após o procedimento cirúrgico.

As entrevistas evidenciaram expectativas além do emagrecimento, como por exemplo, dissolução de situações de conflitos interpessoais ou mesmo mudança na personalidade. Houve ainda a identificação de comportamento de risco e do uso das substâncias álcool e tabaco. Os autores atestam que a psicologia reconhece os benefícios do emagrecimento na vida dos pacientes, entretanto, essa ciência percebe com maior cuidado o emagrecimento rápido como conseqüência das técnicas cirúrgicas. Concluem que a obesidade é parte de uma complexa situação que envolve o estado físico e emocional das pessoas e a sua resolução pode evidenciar as dificuldades e limitações psíquicas dos pacientes.

Em estudo de 1992, Kathalian evidencia os aspectos psicológicos dos pacientes obesos. Esse autor lembra que tais pacientes envolvem dificuldades extremas e sua psicopatologia lhes tem mostrado que a grande quantidade de ingestão alimentar torna-se a única forma do indivíduo se ligar ao mundo externo. Lembra ainda que são pacientes regredidos e narcísicos e talvez fosse mais adequado deixá-los com seu excesso de peso, única possibilidade de existir em alguma harmonia interna. Deixa claro que seu objetivo

não é focar a etiologia da obesidade, uma vez que já existem inúmeros textos acerca desse assunto, contendo balanços energéticos, atividade física, genética da obesidade, alterações endocrinometabólicas, etc. Salienta que a preocupação com a obesidade acontece em função de suas conseqüências ao quadro clínico do paciente, com disfunções e sobrecarga do aparelho circulatório, respiratório, locomotor, dentre outros, ao mesmo tempo em que a experiência de cura do obeso é precária.

É interessante observar que para esse autor, a obesidade é entendida como manifestação dos conflitos internos e externos, ou seja, seria a expressão de um sintoma. Levando-se em consideração que a obesidade remonta uma história individual, grave, duradoura e cheia de frustrações, para o autor, a medicina antropológica é a que mais se aproxima das questões referentes a essa doença, uma vez que busca a observação integral do doente.

É importante ressaltar a distinção entre fome e apetite, feita pelo autor em questão. A primeira seria uma necessidade biológica, uma sensação dolorosa que somente tem solução através da ingestão de alimentos. Seus mecanismos são regulados pelo centro da fome e da saciedade presentes no hipotálamo. O apetite, no entanto, busca a satisfação de um desejo, procura o prazer, implica em qualidades dos objetos. Está intrinsecamente relacionado ao conceito de pulsão, estabelecido por Freud, segundo o qual, a satisfação do impulso é variável. Dessa forma, o homem nem sempre ingere a comida como alimento, a qual pode adquirir muitos significados: estar próximo à pessoa amada, o ato sexual ou com o sentido de destruir o objeto odiado.

Durante a primeira infância, no período de amamentação, a criança não buscará na mãe apenas a satisfação alimentar. Essa fase também se constituirá por grandes trocas de experiências tanto frustradoras quanto amorosas. De tal modo, o ambiente familiar e o mundo externo, modeladores da experiência na fase de “incorporação oral”, se reproduzirão mais tarde na vida adulta.

Nas vivências e experiências da vida familiar podem ser identificados diversos comportamentos relativos às formas de comer, assim como o desenvolvimento de fantasias referentes à ingestão alimentar e ao ganho de peso. Nos próximos capítulos, a inter-relação familiar de indivíduos com obesidade mórbida será um assunto mais amplamente tratado.

CAPÍTULO II

A CONSTITUIÇÃO DAS FAMÍLIAS

A família, enquanto objeto de estudo, recebe importantes contribuições de diversas áreas do conhecimento, como a antropologia e a sociologia, para citar ao menos dois exemplos. Entretanto, neste trabalho, é através do olhar psicanalítico que se busca uma compreensão acerca de suas configurações e de seu funcionamento.

A família, ou a união e convivência entre as pessoas, data de muitos séculos. No século X, já existia enquanto unidade conjugal, embora o Estado franco fosse forte o suficiente para possibilitar ao homem uma vida livre da família, se assim o quisesse.

Para Ariès (1981), com a dissolução do Estado e a conseqüente necessidade de proteção, os laços de sangue se estreitaram e, então, surgiu uma preocupação com o patrimônio familiar e um cuidado no sentido de preservá-lo de divisões. Pode-se supor que o sentimento de linhagem ganhou força nessa época, já que representava segurança para os nobres. Em relação aos pobres, é a comunidade aldeã que fará esse papel.

Na Idade Média, esse sentimento estava intrinsecamente ligado à concepção de família, mas a ela não era dado um valor suficiente, ou seja, não possuía uma relevância social; assim, sobrevivia silenciosamente na sociedade.

A família, tal qual se entende e se conhece hoje, começou a despontar somente nos séculos XV e XVI, época em que nasceu o “sentimento de família” (ARIÈS, 1981, p.273), o qual se vincula à vida, à administração e ao andamento da casa. Foi no século XVII, porém, que esse sentimento se consolidou e a família foi colocada no plano divino: o pai é a figura de

Deus ou do rei.

Segundo o estudioso francês, a família do século XVII apresentava características muito diferentes da moderna. Tais diferenças eram devidas, fundamentalmente, ao grau de sociabilidade existente no grupo familiar daquela época. As famílias estavam no centro das relações sociais, era “a capital de uma pequena sociedade complexa e hierarquizada comandada pelo chefe de família” (ARIÈS, 1981, p.270).

Naquele período, a linhagem enquanto sentimento unificador dos indivíduos e, assim, suporte para o desenvolvimento e manutenção da família, se enfraquece, dando lugar ao fortalecimento do marido e aos laços de sangue; a mulher e os filhos ficam submetidos à autoridade do pai, sendo ele a própria representação do rei e de Deus. Segundo os moralistas, o pai carregava consigo algumas obrigações:

[...] os deveres de um bom pai de família reduzem-se a três pontos principais: primeiro aprender a controlar a sua mulher, o segundo em bem educar seus filhos e o terceiro em bem governar seus criados (ARIÈS, 1981, p.263).

Ainda no século XVII, a criança ganhava relevância à medida que a família se distanciava das preocupações com a linhagem, com a integridade do patrimônio ou com a permanência do nome. Nessa época, nasce a união entre os pais e os filhos e é essa característica que marca a grande diferença entre a família do século XVII e as famílias medievais.

Os adultos passaram a se preocupar com a educação, a saúde e o futuro das crianças, as quais ainda não eram o centro da família, mas já desempenhavam um papel de maior importância. Nas palavras de Áries, “a família deixou de ser apenas uma instituição do direito privado para a transmissão dos bens e do nome e assumiu uma função moral e espiritual passando a formar corpos e alma”(ARIÈS, 1981, p. 277).

Já no século XVIII, período em que é despertado um outro sentimento, uma afetividade nova, a família se reúne e se organiza em torno da criança. O grupo familiar é composto por pais e filhos, sendo os primeiros os responsáveis pelo cuidado e por fazer avançar os últimos. A responsabilidade não era unicamente em relação ao filho mais velho, mas a todos os filhos, igualmente.

Ao ser deixada de lado, a sociabilidade dá lugar à família, que se concentra numa casa destinada à intimidade e à preservação das relações. Em outras palavras, num lugar bem distante das comunidades, a família se recolhe à proteção do lar. “A família moderna [...] correspondeu a uma necessidade de intimidade, e também de identidade: os membros da

família se unem pelo sentimento, o costume e o gênero de vida” (ARIÈS, 1981, p 278).

O sentimento de família existente é pouco diferente do que se conhece atualmente e, se nesse período, estava restrito aos nobres e burgueses, ele se estenderá às outras camadas sociais, de modo que a vida familiar abarcará quase toda a sociedade.

De acordo com Roudinesco (2003), a família organizada em função da criança tem, na imagem do pai, até o fim do século XVIII, a idéia de poder sagrado baseado no Deus, do Velho Testamento e no rei. Ele (o pai) é o responsável pela produção dos filhos e continuidade do seu sangue; a mãe é apenas o receptáculo de seu sêmen. Segundo essa concepção, é somente o pai que gera.

Com as transformações econômicas e o fim da monarquia, a autoridade do pai foi fragmentada e se organizou sobre uma nova ordem baseada no empreendimento industrial, o qual tinha como figura de referência não mais o Deus autoritário e guerreiro que se impõe pela força, mas um pai propenso ao amor e à indulgência, fundado na figura de José – o carpinteiro.

O pai de família, na ordem econômico-burguesa, é aquele que garante seu poder tanto na vida privada quanto na vida de trabalho, sabendo impor seus limites à mulher, aos filhos e aos empregados. Assim, conforme lembra Roudinesco (2003), essa família está calcada na autoridade do marido, na subordinação das mulheres e na dependência dos filhos.

O pai do século XIX é justo, ético, marcado pela compaixão e submisso às leis do Estado, o qual acompanha de perto a vida das famílias, uma vez que elas se tornaram relevantes para a economia e constituíram-se num dos arcabouços de apoio à sociedade. Portanto, a nova sociedade fundamentava-se no casamento de um homem e uma mulher, sendo aquele o responsável pelo enfrentamento do mundo, e cabendo a esta ficar no seio do lar e ser mãe.

O casamento, diferentemente de outros séculos, acontecia pela livre escolha das partes e levava em consideração o sentimento de amor; assim, quando este findasse, o casamento também acabaria. O divórcio foi instaurado definitivamente na França, em 1884, e no Brasil, em 1977, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵.

O Estado, regulador da força do pai, não permite que ela seja despótica; caso a autoridade paterna exceda os limites impostos, seu direito pode ser tirado. De tal forma, anuncia-se o poder das mães/mulheres sobre as crianças e sobre a família e, com ele emerge, segundo Roudinesco (2003), o temor (que permanecia no imaginário social) de que houvesse

⁵

Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/divorcio. Acesso em 18/11/2008.

uma perigosa irrupção do feminino e um gozo capaz de destruir as diferenças entre os sexos.

Nas discussões acerca da dualidade entre o matriarcado e o patriarcado, Sigmund Freud (1909) não partilha do temor de seus contemporâneos de que a independência das mulheres colocaria fim à era da razão, mas concorda que houve um expressivo avanço na humanidade quando se passou do matriarcado (mundo do sensível) ao patriarcado (mundo do inteligível).

A família inaugurada por Freud traz em seu cerne o desejo do filho de possuir a mãe, a rivalidade com o pai e o assassinato deste. O filho toma o lugar do pai, que teve sua autoridade e poder questionados. Na família edipiana, a culpa ocupa lugar fundamental, é o filho atormentado que se tornará um neurótico cheio de remorsos por assassinar seu pai e desejar sua mãe. Na verdade, as raízes de conflitos entre pais e filhos já estava presente nas famílias burguesas: quanto mais o pai divino e soberano em sua autoridade patriarcal, mais o filho estaria ansioso para conseguir, por sua vez, o poder com a morte do pai.

Conforme lembra Roudinesco (2003), no que tange à família, após a decadência do pai enquanto soberano, há sua reestruturação a partir de um ideal econômico baseado no empreendimento industrial. Entretanto, com a instauração das leis estatais, o pai é atacado e privado em seu poder para com os filhos. Nesse contexto, emerge na sociedade a figura do filho que se torna pai e está no comando da família, mas traz consigo a culpa e a representação desse pai mutilado.

Essa autora afirma ainda que o invento da família edipiana teve grande impacto na vida familiar do século XIX e correspondeu, de forma racional, ao medo da invasão do feminino e da extinção da diferença entre os sexos. Segundo a referida autora, Freud, de algum modo, dá subsídios ao restabelecimento de um modelo de família que estava em declínio, pois coloca no inconsciente a supremacia do Deus pai e nele as diferenças entre os pais e os filhos, entre os sexos e entre as gerações. Ou seja, transpõe para a ordem simbólica a antiga hegemonia patriárquica, fato possível por estar atrelado a uma tradição da família “autoritária”.

A família freudiana possibilita a elaboração da decadência do pai e da expansão de uma nova subjetividade que vai marcar a família contemporânea. A psicanálise, ao universalizar o complexo de Édipo enquanto estrutura psíquica, também estende a todos os ocidentais uma organização das leis da aliança e da filiação, um modo de relação entre homens e mulheres que se fundamenta, principalmente, na afetividade e no desejo. Apesar dos interditos e dos conflitos geracionais, todo homem deparar-se-á com seu inconsciente e com seu não-saber, o que o fará se libertar de qualquer vinculação que o impeça de chegar ao seu

destino.

Como lembra Roudinesco, o casamento, na concepção freudiana, supõe o amor, o sexo, o desejo e a paixão como elementos indispensáveis à sua constituição. Ainda segundo essa autora, ao colocar o desejo entre o casamento e a filiação, Freud diferencia as questões orgânicas da vida psíquica, calca o desejo sobre um outro patamar, de tal modo que a nova família organiza-se de acordo com três aspectos:

[...] a revolução da afetividade, que exige cada vez mais que o casamento burguês seja associado ao sentimento amoroso e ao desabrochar da sexualidade feminina e masculina; o lugar preponderante concedido ao filho, que tem como efeito 'maternalizar' a célula familiar; a prática sistemática de uma contracepção espontânea, que dissocia o desejo sexual da procriação, dando assim origem a uma organização mais individual da família (ROUDINESCO, 2003, p. 96).

A progressiva dissociação entre sexo e reprodução e a conseqüente transformação do olhar sobre a sexualidade resultaram num processo de independência da mulher não mais limitada ao papel de mãe ou de esposa; os homens perdiam o controle sobre seus corpos. O poder do pai se torna cada vez mais abstrato.

No que diz respeito às crianças, o cuidado é partilhado a partir de um acordo entre os envolvidos na aliança conjugal. O filho tem um lugar central na vida da família, é um investimento na transmissão do patrimônio e passa a ser desejado pelos pais, constituindo-se como sujeito e não mais como objeto.

Nesse grupo, no qual o poder está diluído nas relações de conjugalidade e de filiação, em que a decadência do poder paterno não promoveu a destruição da família, mas por meio de uma nova ordem simbólica foi passível de mantê-lo de forma mais abstrata, onde há lugar para todos, onde as subjetividades podem ser expressas, encontram-se as bases da civilização, fundamentadas no dever de trabalho e na “potência de amor”.

Nos sujeitos e em suas famílias, junto ao desejo co-existe o que lhe é interditado e, segundo Freud, é através dessa dialética desejo/interdição que se torna possível o desenvolvimento e a manutenção das sociedades civilizadas, na medida em que há a sublimação das pulsões.

A família, além de intermediária entre o indivíduo e a sociedade, dando ao primeiro o conhecimento das leis e da ordem existente na segunda, é ainda indispensável a qualquer forma de revolta psíquica, também necessária ao desenvolvimento e amadurecimento dos sujeitos. Ao forçar os homens a se subordinarem às leis (dissociadas do poder paterno), a família permite, de alguma maneira, que os indivíduos entrem em conflito com ela mesma.

Cada vez mais dessacralizada, a família, longe de se dissolver, se reorganiza de forma horizontal e possibilita a reprodução de novas gerações, constituindo-se na instituição humana mais sólida da sociedade, como lembra Roudinesco (2003).

Freud, apesar de ter construído um modelo de família edípica impactante e reestruturante na vida das pessoas do século XIX, e de adentrar as relações e conflitos existentes nesse grupo, não desenvolveu uma teoria específica sobre a família ou uma técnica de atendimento familiar. Seu foco de trabalho incidiu de modo direto sobre o indivíduo, pensado como detentor de um psiquismo, no qual há o embate de forças provindas de seus desejos e do meio social, causando angústia, tensão e conflito.

O homem freudiano é o sujeito do desejo, desejo que ganha contornos e ressonâncias nos pais, figuras fundamentais em virtude do papel que cumprem na sobrevivência e no cuidado do bebê. José Xavier de Menezes (2005) sintetiza, a partir da psicanálise, o lugar que a família ocupa na relação dual entre desejo x dever (social):

[...] grupo natural de pertença do indivíduo em um duplo sentido: primeiro, é na família que o indivíduo é gerado e, portanto, é ela que oferece as condições naturais de identidade e parentesco; segundo, ela oferece as condições pelas quais o sujeito se desenvolve, condições que à lupa freudiana são compreendidas numa perspectiva psicológica: proteção, afeto, cuidado e reconhecimento (MENEZES, 2005, p. 212).

Percebe-se então, que o tema família não é alheio à psicanálise, ao contrário, ela está presente e perpassa toda a obra freudiana, sendo problematizada quando é elaborada a psicologia do indivíduo, e é o seu elemento de partida na reflexão da psicologia da cultura.

Quanto ao tratamento, como já foi dito, Freud não organizou nenhuma teoria ou técnica para o atendimento familiar, entretanto, não deixou de lado as relações familiares de seus pacientes. Em “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905a), ele escreve sobre a importância de conhecer as relações do paciente e seus vínculos.

Pela natureza das coisas que compõem o material da psicanálise, compete-nos o dever, em nossos casos clínicos, de prestar tanta atenção às circunstâncias puramente humanas e sociais dos enfermos quanto aos dados somáticos e aos sintomas patológicos. Acima de tudo, nosso interesse se dirigirá para as circunstâncias familiares do paciente — e isso, como se verá mais adiante, não apenas com o objetivo de investigar a hereditariedade, mas também em função de outros vínculos (FREUD, 1905, p. 29).

Foram outros teóricos, no entanto, que se debruçaram sobre as questões da família e da vida em família. Esse tema é discutido segundo diferentes abordagens do conhecimento, as quais podem, grosseiramente, dividir-se em sistêmica e psicanalítica. É nessa última que o

presente trabalho ater-se-á. Na abordagem psicanalítica de família destacam-se autores como: Ackerman (1986), Pincus e Dare (1981), Puget e Berenstein (1993) e Eiguer (1985). Nos próximos parágrafos serão destacados alguns pontos acerca dos trabalhos teóricos desenvolvidos pelos autores citados. No entanto, vale dizer que este trabalho será pautado nos estudos de Eiguer.

Ackerman (1986) pode ser considerado um dos primeiros psicanalistas no trabalho com famílias; ele afirma que a terapia analítica e a terapia de família são métodos diferentes, mas não excludentes, sendo que em alguns casos elas podem até se complementar. Tem a idéia de que as correspondências entre os dois métodos (analítico e familiar) se clarificarão à medida que o entendimento acerca da dinâmica existente entre realidade psíquica e realidade externa for sendo alcançado.

Para ele, o indivíduo é o receptáculo da experiência grupal, contendo em si a imagem de seu grupo familiar, ao mesmo tempo em que é um microcosmo desse grupo. A família tem como função favorecer o desenvolvimento da identidade do sujeito, a qual seria, ao mesmo tempo, social e individual; outra tarefa da família, na concepção de Ackerman, é assegurar a sobrevivência física e socializar as crianças que dela nascem.

A família é o agente que desencadeia os tipos de comportamentos a fim de garantir a própria sobrevivência enquanto unidade. Nas palavras do autor:

[...] a configuração da família determina as formas de comportamento necessárias nos papéis de marido e esposa, pai, mãe e filho. Maternidade e paternidade, e o papel de filho, adquirem significado específico apenas dentro de uma estrutura familiar definida. Portanto, a família molda os tipos de pessoas que necessita a fim de executar suas funções, e no processo cada membro concilia seu condicionamento passado com as expectativas presentes da função (ACKERMAN, 1986, p. 33).

O processo descrito tende a múltiplas nuances, visto que é ininterrupto ao longo do tempo; algumas vezes, o membro se adapta à mudança, em outras, altera as expectativas da função.

Para o referido autor, as formações peculiares de famílias variam de acordo com a cultura, e os papéis familiares se constituem a fim de suprir as necessidades psíquicas de cada membro. A homeostase familiar depende da estabilidade e do padrão de intercâmbio emocional, e o comportamento de cada membro é afetado pelo dos outros.

Em sua terapia de família, são analisadas as relações entre o comportamento familiar e o individual, em três aspectos: 1) a dinâmica da família enquanto grupo; 2) os processos de

integração emocional do indivíduo e seus papéis familiares, e as reciprocidades do indivíduo a seus papéis familiares; e 3) a organização interna da personalidade individual e seu desenvolvimento histórico (ACKERMAN, 1986).

Dare e Pincus (1981) receberam influências da escola inglesa e fundamentam suas idéias na rede inconsciente de desejos, sentimentos e crenças, que liga os membros da família aos seus passados, tanto familiares quanto individuais. Os autores traçam o desenvolvimento, os conflitos e o funcionamento psíquico subjacentes a cada fase considerada importante nas vidas das famílias, desde sua origem com o casamento até as situações de perda e morte, passando pelo nascimento de bebês, o período edípico, a adolescência, a formação da identidade e a meia-idade.

Suas elaborações acerca do casamento fundamentam-se em quatro preceitos básicos: 1) as causas que conduzem os indivíduos ao casamento são em sua maioria inconscientes; 2) a existência de reciprocidade entre os desejos, medos e necessidades dos parceiros e que fazem parte da vida conjugal; 3) grande parte das necessidades e medos (inconscientes) inerentes à relação do casal tem sua origem nos relacionamentos da infância; 4) os padrões de repetição no relacionamento provêm da vivência do complexo edípico (DARE e PINCUS, 1981).

Ainda de acordo com a concepção da escola inglesa, a relação amorosa tem seu molde no vínculo mãe-bebê e funciona como um meio através do qual torna-se possível o amadurecimento e a integração dos sujeitos. Como consequência dessa relação, poderá ser desenvolvida a capacidade de amar um objeto total. A escolha do parceiro traz consigo a esperança de elaboração dos conflitos ou de aprender a viver e a progredir, apesar deles. O padrão que o casal estabelecerá em seu relacionamento se chamará “combinação edipiana”, reativada durante as fases da vida de seus filhos, em que são prevalentes as próprias fantasias edipianas da criança.

Cada fase deixará sua marca na família e no indivíduo; as tensões e conflitos são entendidos como fundamentais ao desenvolvimento e ao contínuo crescimento, o qual tem seu ápice na integração de diversos aspectos do *self* como resposta às demandas do desenvolvimento.

Puget e Berenstein (1993) pensam a conjugalidade e, assim, o grupo familiar, como se produzindo através de uma trama de vínculos. As subjetividades individuais também se estruturam a partir de configurações vinculares estabelecidas pelo sujeito ao longo de sua vida. A(s) subjetividade(s) compõe(m)-se nos espaços: intrasubjetivo (auto-conexão entre

ego-objeto); intersubjetivo (relação entre ego-ego) e transubjetivo (vínculo entre ego-contexto social).

O vínculo conjugal delimitado pelo contexto cultural baseia-se na existência de dois pontos principais: a separação dos vínculos familiares primevos e o desejo de construir uma estrutura diferente, produto da elaboração dos vínculos parentais. Ocorre aí um movimento contínuo de repetição e elaboração.

A estruturação da conjugalidade, segundo esses autores, faz-se em quatro aspectos: a cotidianidade, o projeto conjugal, a tendência monogâmica e as relações sexuais. A conjugalidade apresenta-se ainda, no psiquismo, como o “objeto-casal”, conceito do qual fazem parte os diferentes vínculos originários de cada cônjuge e que se inter-relacionam na estruturação do “objeto-casal” de cada um.

A construção do “objeto-casal” compartilhado é feita de acordo com a disposição para constituir um vínculo que, por sua vez, estrutura-se de acordo com três formas de contato com o outro: o registro originário (modelo corporal de contato), o registro interfantasmático (outro reconhecido em função do desejo do próprio sujeito) e o registro ideativo (contato estabelecido por meio do discurso).

Ainda na formação do “objeto-casal” estão presentes as vivências dos vínculos experienciados ao longo da vida de cada parceiro. Nessas experiências, cada ego ocupou posições distintas em função das representações correspondentes ao seu narcisismo primário; na representação do vínculo pai-mãe, na qual o bebê é excluído e na representação sociocultural, em que pai-mãe-bebê são percebidos como grupo familiar singular.

A conjugalidade então dependerá da elaboração dos parceiros a partir de seus vínculos primitivos, de reconhecer sua exclusão e a castração e da capacidade de inaugurar uma estrutura diferente, de enfrentar o desconhecido e do outro como ser desejante.

Alberto Eiguer (1985), influenciado pelos teóricos de grupo como Wilfred Bion (1975), Didier Anzieu (1993) e René Kâes (1997), pensa a conjugalidade e a família como constituídas por membros que têm funcionamento psíquico em grupo diferente daqueles apresentados em seu funcionamento individual. Fundamenta a noção de psiquismo conjugal na concepção de “aparelho psíquico grupal”, de Kâes, calcada em dois pontos: a cultura, que dá as representações coletivas e sustenta a atividade interfantasmática, e as projeções dos aparelhos psíquicos individuais.

O conceito winnicotiano de espaço transicional é utilizado por Ruffiot (apud Eiguer,

1985) para situar onde se dá a constituição do aparelho psíquico conjugal. Assim, segundo o autor, é na confluência dos espaços transicionais individuais que se desenvolve o inconsciente compartilhado. Nessa abordagem, a terapia de família toma como objeto o inconsciente familiar, podendo trazer benefícios não somente ao grupo, mas também a todos os indivíduos, uma vez que possibilita a expressão de aspectos inconscientes individuais que estavam inibidos.

Eiguer (1985) faz uma rápida trajetória de suas influências na construção do pensamento sobre a vida inconsciente do grupo familiar. Tendo origem na teoria do desenvolvimento evolutivo do bebê, de Spitz, o conceito de “organizador” foi mais tarde empregado, segundo Eiguer, por Käs e Anzieu, com relação aos grupos informais. Esse último autor considerou a ilusão grupal como primeiro organizador do grupo, visto que era capaz de estabelecer a transição da dispersão para a coesão grupal. Posteriormente, denominou outros organizadores na vida grupal como o fantasma originário, a imago parental e o Édipo.

O organizador da vida familiar é uma constituição coletiva, na qual o psiquismo de cada indivíduo colabora para sua formação. Eiguer inova ao empregar a noção de organizador inconsciente fora da situação terapêutica. Outro aspecto importante acerca do organizador diz respeito às crises pelas quais a família passará a fim de encontrar sua coesão.

São três os organizadores da vida familiar, enumerados por Eiguer (1985), a saber: a escolha do objeto; o eu familiar (habitat interior, sentimento de pertença e ideal de ego familiar); e os fantasmas partilhados. Ao mesmo tempo, há a proposição de uma correspondência entre o organizador e o tipo de família (neurótica, baseada na perda de objeto e a narcisista ou psicótica) constituída.

Nessa concepção, a família inicia-se com o encontro, ou seja, com a escolha do parceiro. Essa escolha, aparentemente acontece ao acaso, entretanto, tomando por base a psicanálise, pressupõe-se o inconsciente e o complexo de Édipo como norteadores de tal escolha, pois segundo esse referencial, a vivência do complexo edípico fundamenta as necessidades, desejos, angústias e expectativas do indivíduo no que se refere ao outro.

Com as restrições impostas pelo complexo de Édipo, o sujeito é impelido a procurar um objeto que tenha por referência aquele que foi interdito. A escolha do parceiro é, na verdade, um reencontro com o objeto de amor infantil, ao mesmo tempo em que é consequência desse amor. Alguns tipos de escolha de parceiros foram explicitados por Eiguer

(1985): a escolha objetal edípica (baseada na castração), anaclítica (baseada na ausência do objeto, ou seja, há uma não superação da posição depressiva) e narcisista (fundada no vazio e ilusão).

A escolha edípica clássica tem como núcleo uma identificação adulta e ativa com o progenitor do mesmo sexo; ao contrário, a escolha anaclítica situa-se antes da dissolução do complexo edípico, portanto, há, conseqüentemente, uma identificação parcial e narcisista. Nesta última, o indivíduo parte em busca do objeto perdido como uma forma de conservá-lo e negar a separação. O amor existente na escolha anaclítica é de natureza infantil e quer ser experimentado dessa forma. Assim, o parceiro deverá assumir o papel de mãe ou pai protetor, que proporcionará apoio e segurança à “criança”. A escolha narcisista é guiada pela busca de um objeto que se assemelhe, segundo Freud, ao que se é, ao que se foi, ao que se gostaria de ser, à pessoa que foi uma parte de si próprio.

Conclui-se que o vínculo conjugal é o cruzamento dos objetos inconscientes individuais, que unidos formam um mundo objetal compartilhado. Destarte, a relação estabelecida entre o casal e, posteriormente, entre a família (pais/filhos) deve responder, ou seja, estar de acordo com o que é requerido pelas diferentes relações objetais inconscientes de cada um de seus membros.

Sendo a coesão da família e sua dinâmica pensada de acordo com o entrecruzamento de objetos inconscientes, diz-se que há uma associação dos fantasmas inconscientes dos membros desse grupo. O fantasma seria, segundo Eiguer, “o elemento que liga representações inconscientes, pré-conscientes e conscientes. Ele traduz num movimento de retorno à presença do recaiado dando-lhe, contudo uma dimensão transformada, fantasiosa e melhor aceita pelo ego” (EIGUER, 1985, p. 45).

A associação dos fantasmas inconscientes individuais dos membros do grupo conduz à constituição do inconsciente familiar. Assim, o mundo inconsciente grupal só é passível de formação se existir um ponto de encontro entre os fantasmas individuais, ou seja, deve haver algo em comum entre os objetos para que possa ocorrer sua associação e interfantasmática.

Com a inauguração do mundo interior do grupo familiar surge agora uma nova instância organizadora, que seria o “eu familiar”. Segundo Eiguer, “[...] o eu familiar pode ser definido como o investimento perceptual de cada membro da família, que lhe permite reconhecê-la como sua numa continuidade têmporo-espacial” (EIGUER, 1985, p. 38).

Ainda segundo esse estudioso, o “eu familiar” engloba o sentimento de pertença (que deve ser comum a cada membro da família), o habitat interior (concretizado pelo lugar geográfico: a casa, o lar) e, por fim, o ideal de ego coletivo (diz respeito ao futuro e à nossa percepção de como esse grupo deveria ser para atingir a perfeição). Sobre este último, cabe dizer que Freud (1914) o eleva a um patamar de grande importância para a compreensão da psicologia do grupo, pois além de sua característica individual, o ideal de ego guarda ainda uma característica social, estando presente enquanto idealização, em uma família ou nação.

Quanto à atividade fantasmática, pode-se dizer que ela está presente desde o momento da união conjugal e marcará para sempre a família. Entretanto, a presença desse organizador não isenta a família de conflitos, visto que muitas vezes estes podem ter sua origem num conluio fantasmático. Nessa situação, o desequilíbrio seria uma forma de pedir ajuda ou ainda uma maneira de viver junto.

Outro ponto a ser destacado na concepção de família proposta por Eiguer, é a noção de que é um grupo formado por sujeitos que, em função do organizador, possuem em seu aparelho psíquico individual a representação inconsciente do grupo. Dessa forma, poder-se-ia vislumbrar o entre-jogo de fantasmas e a dinâmica inconsciente familiar a partir do psiquismo individual.

A idéia norteadora do trabalho é a de que se torna impossível separar o indivíduo de sua família e, posteriormente, estabelecer uma relação linear de causalidade. Pensa-se o sujeito como parte de uma estrutura familiar, na qual cada membro tem seu papel e lugar em relação aos outros integrantes. Desse modo, a fala de um significa a expressão de uma mesma totalidade.

Levando-se em consideração as idéias e pensamentos expostos acerca da família, o foco do trabalho será voltado para a família interiorizada do paciente obeso que se submeteu à gastroplastia. A família será vista a partir de seu interior, através de uma ótica, a do obeso, e por meio de sua fala serão tecidas as considerações e representações apreendidas em seu discurso.

CAPÍTULO III

AS RELAÇÕES FAMILIARES: o indivíduo e o grupo

No capítulo anterior introduziu-se a idéia de que a família inaugura-se com a escolha do cônjuge, feita aparentemente ao acaso, mas que, segundo a psicanálise, tem como norteadores o inconsciente e as vivências do complexo edípico. Estes contêm as angústias, pulsões e necessidades do sujeito, no que diz respeito às suas expectativas frente ao outro.

Pensou-se ainda que as famílias são diferentes em seus funcionamentos psíquicos, de acordo com as escolhas feitas e, principalmente, com a qualidade dos vínculos estabelecidos. Quanto ao estabelecimento de vínculos, somente são passíveis de existência, caso haja algo a compartilhar de um sujeito para com o outro, na relação.

A partir da escolha feita e do vínculo estabelecido, as trocas se darão em níveis conscientes e inconscientes; é neste último que está pautado o presente estudo. O inconsciente individual guarda pulsões, instintos que ao interagir com outro inconsciente provocam reações, alterações e mesmo tensões, em ambos os sujeitos. É um ciclo sem fim, inconscientes que se modificam e que, ao se modificarem, transformam também a relação na qual se colocam.

A questão abordada é que a interação entre os inconscientes dos cônjuges é marcada pelo ressoar de pontos de encontro de seus fantasmas individuais – elementos que assombram os sujeitos, reunindo em si o passado reprimido e trazendo ao ego sua representação transformada.

A partir do entrecruzamento dos fantasmas inconscientes individuais dos parceiros, instaura-se o inconsciente compartilhado pelo casal e que, futuramente, será compartilhado pelos filhos que nascerão. O inconsciente familiar é, então, o resultado do intercâmbio entre os psiquismos individuais. Pensando nos mecanismos de identificação e projeção presentes nas relações, supõe-se um funcionamento especular do grupo.

No caleidoscópio, a disposição longitudinal de vários espelhos provoca a formação de infinitas combinações de imagens refletidas. Metaforicamente, os sujeitos poderiam ser encarados como espelhos que refletem a imagem projetada. Em função da posição que seu espelho-sujeito ocupa na constelação familiar, a imagem, nesse caso (ou as representações inconscientes), é projetada em ângulos diversos.

Contudo, pode-se inferir que qualquer mudança na posição dos espelhos alteraria a projeção da imagem e, conseqüentemente, a cadeia de reflexos. Em outras palavras, quando um membro do grupo altera de alguma forma seu modo de se posicionar perante a realidade, fatalmente haverá modificações no panorama grupal, em função das diferentes projeções e padrões de comportamento que passam a circular no grupo. Tal pensamento é descrito por Eiguer no trecho que se segue:

[...] se uma psique familiar é crível, ela deve inspirar-se nas psiques individuais: o aparelho psíquico pode ser considerado conforme um ângulo de visão intencionalmente grupal, como uma rede de vínculos entre o eu e os objetos, entre os objetos internos; tudo isso funciona de tal maneira que a menor modificação de um objeto modifica o conjunto. Assim, as transformações no paciente, no decorrer da cura da percepção de um dos pais, acarretam invariavelmente uma mudança em sua maneira de representar a si mesmo o outro pai (EIGUER, 1995, p. 64).

Por meio dessas idéias, entende-se que as questões concernentes ao grupo dizem também do indivíduo. Entretanto, sabe-se que o psiquismo familiar não é como os outros, não é um derivado idêntico do que se postula acerca dos processos mentais individuais, e tampouco pode ser atrelado ao funcionamento de outros grupos como a igreja, a escola ou o grupo de terapia. O inconsciente familiar está de acordo com o indivíduo, mas não se faz numa relação simples de causalidade, e sim numa intrincada rede de vínculos que se conectam e desconectam, que é inconstante.

Ainda que o funcionamento individual e grupal seja distinto, existe, entretanto, reciprocidade e interdependência entre eles: os sujeitos formam e são formados pelo grupo. Assim, de alguma forma, as identidades individuais e grupais estão conectadas, de modo que o mundo interno ou intrapsíquico complementa-se com o mundo externo. A partir da

combinação e entrelaçamento dos objetos internos e externos, presentes no grupo familiar, o sujeito vai se constituindo. No processo de adaptação à realidade, há um trabalho que envolve atrito, identificação e fusão entre a interioridade e os objetos a serem apreendidos do exterior.

Concomitantemente às idéias de inconsciente, consciência e mundo externo representado pelos pais e pela cultura, Freud descreveu a relação dinâmica existente entre os mundos interno e externo ao sujeitos. A hipótese de um aparelho psíquico individual desenvolvendo-se juntamente com o biológico, em função das cobranças da vida (social), propõe a idéia de uma mente dinâmica, mutável, que progride a partir do nascimento e continua ao longo da vida.

Segundo Freud (1940 [1938]b), ao nascer, os sujeitos são constituídos apenas “pelo obscuro id”, incognoscível pela consciência, a menos que seja por meio de outros agentes. No id residem os instintos, eles mesmos formados pela junção de duas forças: Eros e destrutividade; forças primitivas que variam em sua proporção, de acordo com sua relação com os órgãos e sistemas de órgãos.

O id possui um sistema próprio de percepção, visto que é excluído do mundo externo; esse sistema identifica com grande habilidade as alterações nas tensões de suas forças e necessidades instintivas, transmitindo ou deixando que tal acontecimento seja perceptível à consciência, através das sensações de prazer e desprazer.

Os instintos têm como único impulso a satisfação, não importando os possíveis conflitos decorrentes do mundo externo ou da extinção. O id não se atém a tais questões; ele não zela pela sobrevivência e não é dominado pela crítica ao que é socialmente aceitável ou não. É regido pelo princípio do prazer, que busca a satisfação através da redução de tensões e necessidades instintivas, o que leva a relações complexas entre as duas forças: Eros e instinto de morte.

Os processos existentes no id são enormemente distintos daqueles que envolvem a vida racional e emocional da consciência. A esses processos irracionais que acontecem no aparelho psíquico Freud denominou de processo primário. Como o nome já enuncia, ele está presente na mente desde o princípio, sendo que somente no decorrer da vida outros processos irão se desenvolver e sobrepujar-se a ele.

Levando-se em consideração que o id é regido pelo princípio do prazer, o processo primário tem por objetivo atingir a mesma vivência de satisfação estabelecida quando há a descarga de excitação acumulada; assim, chega-se à conclusão de que a concentração dessa

excitação é fonte de desprazer.

O resultado psíquico da vivência de satisfação, que engloba o prazer provindo da diminuição de tensões, aparece na ação do aparelho que busca a repetição dessa experiência. A isso, ou seja, ao abrandamento das excitações e à conseqüente sensação de prazer, Freud chamou de desejo, que é o elemento capaz de colocar o aparelho psíquico em movimento regulado pelas sensações de prazer e desprazer.

À outra parte da mente em contato direto com o mundo externo e, nesta sim, onde estão as partes coerentes, a razão, aquelas nas quais os indivíduos têm um sentimento de familiaridade e nas quais a consciência está ligada, Freud chamou de ego. O ego está na superfície do id, desenvolvido a partir de seu núcleo, de tal forma que aquele não é claramente separado deste. Na verdade, é uma parte do id que foi modificada pela influência do mundo externo.

O corpo é um dos veículos que promovem a diferenciação dessa parte do id e a transformam em ego. Ele (o corpo) pode ser tomado como um lugar onde são produzidas e experienciadas as sensações providas tanto do exterior quando do seu próprio interior. As sensações de prazer ou de dor conduzem o sujeito a uma idéia do que seja **seu corpo**. Segundo Freud, “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923, p. 39).

Pode-se dizer que o instinto é, para o id, o que a percepção representa para o ego. O id é movido pelo princípio do prazer, enquanto o ego se norteia pelo princípio da realidade. Tal princípio é responsável pela decisão do ego em satisfazer ou não uma exigência do id. O ego faz a mediação entre o instinto e a ação correspondente à sua satisfação, recorda-se de experiências anteriores e orienta-se, no presente, a fim de prever quais serão as conseqüências de seus atos.

Ao contrário do id, que não se preocupa com a extinção, o ego zela pela autopreservação, sendo dirigido pela manutenção da segurança a partir de sensações ansiogênicas que lhe dão indícios de perigo e de alerta.

O ego, entretanto, não está exposto apenas aos perigos do mundo externo, o id também é fonte de ameaça. Uma quantidade exagerada de instinto pode prejudicar sua organização e torná-lo novamente parte do id. Em outro plano, uma exigência instintiva também pode tornar-se um perigo, visto que sua satisfação implicaria em riscos no mundo

externo. O ego utiliza-se das mesmas armas contra seus diferentes adversários – o id e o mundo externo; entretanto, contra o id elas não surtem o efeito desejado em função daquele (o ego) ter feito parte, em outro momento, deste (o id) . Assim, o ego sempre estará ameaçado pelas forças vindas do id, ainda que elas permaneçam por algum tempo sob seu controle.

Contra as forças vindas do exterior o ego imaturo (da criança) sempre pode contar com a presença dos pais que o protegem e não o deixam desamparado. As crianças pagam essa proteção com um temor da perda do amor dos pais, sem o qual estariam completamente a mercê dos perigos do mundo. Essa influência será de grande relevância posteriormente, por volta dos quatro ou cinco anos, época na qual essa organização descrita prevalece. Mais ou menos nesse período, uma parte do mundo externo é abandonada enquanto objeto e é introjetada no ego; assim, ele deixa de ser apenas uma parte que se diferenciou do id pelo contato perceptivo com o mundo externo, e passa a conter uma outra parte diferenciada em si, uma outra gradação a que se chamou ideal de ego.

Essa parte do mundo externo que agora faz parte do ego, ou do mundo interno, continua a exercer sua antiga função sempre baseada na lembrança das figuras paternas de autoridade. Desse modo, o ideal de ego julga o ego e faz-lhe ameaças de punições, caso não seja atendido em suas exigências pela lei. É interessante notar que, geralmente esse superego demonstra rigidez excessivamente maior do que aquela demonstrada pelos pais reais e que, além de lhe cobrar explicações pelos seus atos, se presta a vigiar também seus pensamentos.

A austeridade do superego está diretamente relacionada à intensidade com que os sentimentos provenientes da vivência do complexo de Édipo emergiram no ego. Aí reside uma das causas do desenvolvimento superegótico, ou seja, ele tem como principal objetivo reprimir o complexo de Édipo. Ao mesmo tempo, está subjacente a identificação mais importante de sua vida – a identificação com pai. O superego reterá o caráter do pai e quanto mais forte for o complexo de Édipo e mais depressa for seu desfecho, mais rígida será sua relação com o ego, percebida através de um intenso sentimento de culpa e daquilo que, comumente, se chama consciência.

Durante o restante da vida do sujeito, o superego representará as influências que experiências infantis de cuidado e educação, oferecidos pelos pais, exerceram em sua mente, e não somente isso, mas, ainda, a influência do meio social no qual viveu, as tradições e costumes, a moralidade e as leis sociais.

O superego, então, traz consigo duas origens: a biológica e a histórica. A primeira,

derivada do desamparo pelo qual o bebê humano é submetido em seus primeiros anos de vida e, a segunda, proveniente de sua história pessoal do complexo de Édipo. Segundo Freud (1925), a diferenciação do superego a partir do ego é um dos eventos mais importantes no desenvolvimento do indivíduo e da espécie, expressando a influência dos pais e perpetuando os elementos pelos quais teve sua origem.

O ego, antes de diferenciar-se em superego, fez inúmeras identificações com os mais diferentes objetos. É certo que na primeira fase do desenvolvimento, identificação e catexia do objeto são fenômenos indistinguíveis. Entretanto, na fase em que a criança está voltada para a satisfação de seus instintos provenientes do id, a partir da cavidade bucal (mas não somente nessa etapa), que Freud denominou fase oral, pode-se dizer que o ego, ao dar vazão às catexias de objetos provenientes do id, introjeta-os e adquire algumas de suas características; tal processo contribui para o fortalecimento e amadurecimento do ego.

Com o passar do tempo e em virtude do desenvolvimento biológico, aos poucos os objetos de satisfação egóicos serão abandonados. Pode ser que a identificação seja uma das formas pelas quais o id permite desligar-se de um objeto de prazer ou permite que o processo seja efetuado. Assim, sabe-se que o ego nada mais é do que o resultante das catexias objetais abandonadas, que possui a história de tais escolhas de objeto, segundo Freud (1925).

Contendo o ego diversas identificações com o caráter de catexias deixadas de lado pelo id, e pelo fato de a mais importante dessas identificações caracterizar-se como uma instância diferenciada - o superego – este assume um importante papel na relação com o ego. Isso se deve ao fato de ser o fruto de sua primeira e mais fundamental identificação, num momento em que o ego ainda era fraco e não podia resistir às influências de tal identificação. Por ser “herdeiro do complexo de Édipo” o superego é o responsável pela inserção de objetos que têm maior expressão no ego.

Ao longo da vida, com o desenvolvimento orgânico e com o amadurecimento do ego, a incidência de fatores do mundo externo não deixa de atingir o superego e exercer influência sobre ele. Entretanto, não perde a capacidade de manter-se à parte do ego e de dominá-lo. Herdeiro do complexo edípico e, ao mesmo tempo, expressão das escolhas objetais feitas pelo id (sendo ele mesmo uma reação contra tais escolhas), o superego mantém-se sempre próximo ao id.

Sendo o id uma instância totalmente longe do alcance da consciência, Freud (1925) assinala que o superego também se torna uma instância inconsciente, um representante do

mundo interno, o qual atua frente a frente com o ego, instância parcialmente situada na consciência e, por sua vez, representante do mundo externo.

As relações existentes entre id, ego e superego e, conseqüentemente, seus embates e conflitos denotarão as diferenciações que há entre o que é psíquico e o que é da realidade, entre o mundo interno e o externo.

Levando-se em consideração as instâncias formadoras do psiquismo individual proposto por Freud, a saber: id, ego e superego e sua interação como protótipo da dinâmica constituinte do mundo interno ou intrapsíquico; e ainda a partir da idéia de grupo familiar, não se pode deixar de pensar em uma interação bastante rica e complexa, que se dá no encontro dos psiquismos individuais e, conseqüentemente, na configuração e especificidade da situação de agrupamento familiar.

Seria inútil pensar em agrupamentos sem levar em consideração a psique do sujeito singular como seu elemento principal. Ao agrupar-se, o indivíduo leva ao conjunto o que ele aí projeta (por projeção entende-se a expulsão dos sentimentos e desejos de si para localizá-los no exterior): os planos, o que ele não pode suportar em si mesmo, os sonhos e até os desejos de um outro que o antecedeu ou a quem ele guarda certa subordinação e é parte integrante de seu desejo inconsciente.

No grupo, o sujeito, na qualidade de seu integrante, volta para o grupo as partes que o constituem enquanto sujeito do inconsciente. Sobre essa questão, Käs elucida:

[...] que o que constitui o sujeito, na qualidade de sujeito do grupo volta ao grupo: assim o narcisismo primário, que ele obtém da corrente com que é constituído, como um de seus representantes, retorna ao grupo, onde se associa com a formação do Ideal do grupo, sobre o modo de conluio ou de conflito. Todas as funções estruturantes que o grupo primário realiza na psique são buscadas para aí serem repetidas, reproduzidas e reestabelecidas, ao menos parcialmente, nos grupos (KÄES, 1997, p. 189).

Essa dinâmica está presente na formação de um novo grupo familiar e, como foi dito anteriormente, o sujeito buscará reproduzir, mesmo que seja de forma incompleta, os conflitos e desejos que o constituem. No trecho transcrito, Käs cita o grupo primário enquanto elemento que constitui e representa o arcabouço da psique individual e aí desempenha seu papel. Em situação grupal, esse elemento tenderá a ser reportado ao conjunto, e suas relações intrínsecas, reencenadas.

Por grupo primário, entende-se as figuras dos parentes e da família que habitam o mundo interno do sujeito. Nesse momento, faz-se necessário pensar na idéia de grupo interno

e de grupalidade psíquica proposta por Käs. Esses conceitos e suas inter-relações configuram-se em pontos centrais para o entendimento psicanalítico de seu pensamento acerca dos grupos em geral, e no caso deste estudo, do grupo familiar.

Käs (1997) visa a perceber os efeitos da grupalidade psíquica nas representações de grupo. Ao ampliar e aprofundar essa idéia, ele considerou que a realidade psíquica interna pode ser articulada à realidade psíquica do grupo, na medida em que se considera para essa formação e para os processos envolvidos a grupalidade psíquica e os grupos internos. Esses últimos constituem-se nos organizadores da realidade psíquica dos grupos.

A grupalidade psíquica é uma proposição que abarca maior amplitude do que o grupo interno, pois se refere a uma organização do aparelho mental. O grupo interno, por sua vez, se constitui em esquemas de representação e organização atualizados no centro de sua origem, a partir da introjeção de objetos. Designa processos intrapsíquicos, nos quais as relações entre seus elementos se dão de forma ordenada por uma estrutura de grupo; esta estaria, então, submetida à ordem própria das formações e dos processos inconscientes.

Como foi dito, o grupo interno desempenha os papéis de organizador psíquico inconsciente na disposição dos vínculos intersubjetivos e de formador do psiquismo grupal, que têm como ponto de partida as qualidades de sua estrutura e dos processos de associação e cisão que governam. O conceito de grupo interno pode, dessa maneira, ser o articulador entre os processos da realidade intrapsíquica e o aparelho psíquico do grupo. Pode ainda tornar claro o caminho percorrido pelo grupo primário interno, dentro do contexto grupal externo, e o dispêndio de energia pulsional que atinge o grupo enquanto objeto.

No que tange ao grupo externo, este não se limita à qualidade de objeto de investimento ou de apoio, é, ao mesmo tempo, fonte para realização e reatualização de desejos que ele mesmo faz emergir. Segundo Käs (1997), o grupo é o lugar onde se expressa a dialética do interno e do externo, que se entrecruzam em pontos indiferenciáveis.

O grupo formado no espaço intersubjetivo não é claramente o externo interagindo com o que é do espaço intrapsíquico ou interno. Para cada indivíduo, o externo ganha a característica de um prolongamento dos grupos internos. Dessa forma, o que se passa no grupo é também vivenciado e, possivelmente, elaborado como fazendo parte do intrapsíquico.

Os grupos internos, além da ação no exterior, têm como forma de expressão as fantasias, as quais se encontram tanto no plano da consciência quanto do inconsciente, podendo ser atuadas ou encenadas no exterior, no grupo familiar ou, ainda, permanecerem

subjugadas através do recalque.

As fantasias constituem-se por enredos de histórias singulares, nos quais nitidamente se denota o lugar que o sujeito ocupa. Freud (1908a) aponta que a criança brinca e através de seu brincar expressa seus desejos que, na maioria das vezes, estão relacionados ao fato de ser adulto. Ela não tem vergonha ou motivos para que isso não seja externalizado; o adulto, entretanto, não brinca e, na maioria dos casos, passa então a fantasiar. Por terem conteúdos infantis e proibidos, suas fantasias são motivo de vergonha e, por isso, devem ser encobertas.

As fantasias originárias representam a origem do sujeito, seu nascimento, sua concepção, sua atração sexual e, mais tarde, serão construtos acerca da relação do que é desconhecido para a criança. Freud (1908b) discorre sobre as fantasias concernentes aos processos masturbatórios e de autogratificação, pois, nessa fase, o indivíduo encontra-se no período dominado pelo auto-erotismo. A masturbação compunha-se de duas partes intrinsecamente relacionadas: a ação e a fantasia – a evocação de uma fantasia e, em seguida, um comportamento ativo para no ápice desta obter a autogratificação.

Inicialmente, esse processo era inteiramente auto-erótico e a obtenção do prazer era feita a partir da estimulação das zonas erógenas (parte da pele ou da mucosa que determinadas estimulações provocam uma sensação prazerosa, segundo Freud). Posteriormente, movido por uma idéia plena de desejo associado ao amor objetal, o ato ganhou o caráter de realização parcial da situação que desembocou na fantasia. O ato é abandonado quando o sujeito desliga-se desse tipo de satisfação e, então, a fantasia passa do consciente para o inconsciente.

As fantasias podem ter sempre sido inconscientes (originárias), mas às vezes, elas passam da consciência para a inconsciência, através da repressão; no entanto, seu conteúdo pode continuar o mesmo ou ser modificado. Elas sempre vão encenar um desejo não satisfeito, sendo elas mesmas a realização desse desejo, uma reparação da realidade frustrante.

As fantasias são múltiplas e variam em função do sexo e da peculiaridade das circunstâncias da pessoa que as têm. De acordo com as situações enfrentadas pelos sujeitos e com as mais variadas impressões adquiridas ao longo da vida, as fantasias que o indivíduo acalenta podem e, naturalmente, se transformam.

Em relação à temporalidade, Freud (1908a) lembra que a fantasia reúne em si, através do fio do desejo, o presente, o passado e o futuro. Dessa forma, um dos desejos do sujeito, ao ser motivado por um acontecimento presente, leva-o à recordação de uma experiência anterior, na qual o desejo foi realizado, e a planejar uma situação futura, em que há

novamente outra realização do mesmo desejo. O enredo elaborado reporta à sua origem, a partir do presente e da lembrança, dando voz a um plano futuro.

As fantasias originárias, sendo expressões do desejo que reporta à descarga de uma quantidade de excitação, são também protótipos dos grupos internos e desempenham o papel de organizadoras no processo psíquico grupal, em função de sua estrutura e de seu conteúdo. Elas se desenrolam na cena conforme uma organização grupal, segundo a qual distribuem as posições de objeto e as relações de acordo com os investimentos pulsionais do sujeito representado por ações.

O sujeito pode ser tanto o ator quanto o espectador de uma cena em que os personagens, os objetos e o espaço são cambiáveis e se relacionam mutuamente; trata-se de correlações entre diversos personagens que atuam consoante os processos primários.

Tendo em mente o que foi dito até agora, fica nítida a relevância da estrutura e do roteiro de uma fantasia originária individual para o processo de grupo, para a escolha do parceiro e, posteriormente, para o “romance familiar” a ser desencadeado com o nascimento de uma nova família.

Na mesma medida, também fica claro a importância de se conhecer a fantasia, expressão dos grupos internos, no que se refere às questões da vida familiar, uma vez que se supõe ser possível, através de tais fantasias, vislumbrar a dinâmica das relações instituídas e reencenadas no âmbito da família. No caso específico deste trabalho, das relações familiares de pacientes com obesidade mórbida que passaram pela gastroplastia, ou seja, pacientes que se submeteram à privação de parte de seu estômago com a finalidade de perder peso.

CAPÍTULO IV

AS VIVÊNCIAS DE PERDA DO INDIVÍDUO E DA FAMÍLIA

Em capítulo anterior foi descrita a intrincada rede da qual é formada a dinâmica entre mundo interno e mundo externo e entre as instâncias psíquicas individuais e a realidade externa regida pela cultura.

Seria incoerente pensar em grupos sem levar em consideração o que já se postulou acerca do psiquismo individual, principalmente por saber que, ao agrupar-se, o indivíduo leva consigo tudo o que lhe constituiu enquanto sujeito do inconsciente; leva ao grupo familiar os seus próprios grupos internos, os quais vão interagir com o exterior. Não é possível, entretanto, apontar com precisão o que é vindo do interno e o que é vindo do externo, pois há um prolongamento entre as realidades. Não é possível delimitar onde termina uma e começa a outra, visto que o embate de forças provindas do eu se projeta ao exterior por meio da ação, e as vivências acontecidas em grupo poderão ser elaboradas como fazendo parte do mundo interno individual.

O mundo intrapsíquico se expressa, além da ação, através das fantasias, as quais assumem muitos enredos. As fantasias originárias seriam aquelas que dizem sobre a origem do indivíduo, sua concepção e seu nascimento. À medida que este se desenvolve e adquire mais conhecimentos, suas fantasias abordam diferentes temas, como por exemplo, a união sexual.

De forma mais detalhada, a criança, desde o momento que se afasta das figuras paternas, tem como desejo ser grande e adulto, como seu pai ou sua mãe. Posteriormente, com seu desenvolvimento emocional e intelectual, ela passa a enxergar seus pais com mais

realidade e almeja outros pais, portadores de características que lhes pareçam mais perfeitas. Pode ainda ter a fantasia de que é adotada e que é desprezada pelo fato de viver com seu padrasto e/ou com sua madrasta.

No período que se segue no desenvolvimento, a criança, a partir de suas brincadeiras, já desenvolveu uma atividade imaginativa. No período anterior à puberdade, tal atividade tem como tema o que Freud (1909[1908]) chamou de romance familiar, ou seja, toma como alvo as relações estabelecidas dentro da família.

O romance da vida familiar, segundo Freud (1909[1908]), raramente é lembrado conscientemente na vida adulta; sua atividade imaginativa, no que se refere, sobretudo, à família é, ao mesmo tempo, a realização de um desejo não satisfeito e a reparação da vida real. Pode-se dizer que tal atividade apresenta dois objetivos: um erótico e outro ambicioso, sendo que, muitas vezes, o primeiro está subjacente ao segundo.

Ao atravessar as mudanças evolutivas, concomitantemente, a criança altera as imagens de seus pais e de seus familiares de acordo com seus interesses infantis. O caminho que seguirá o romance familiar depende de seus desejos e de seus conflitos, os quais podem ganhar solução ou satisfação, dependendo da trama desencadeada.

A diversidade e amplitude das formas criadas variam de acordo com a criatividade e com aquilo que está disponível para a criança. Entretanto, o aspecto invariável é o esforço feito para que seja preservada da realidade a perfeição com que eram encarados os pais na infância.

Assim, Freud (1909[1908]) diz que as qualidades empregadas e enaltecidas em outras pessoas são baseadas nas recordações que essa criança tinha de seus pais reais, e a busca por um melhor somente tem por objetivo enaltecer o primeiro. Suas fantasias denotam a saudade que nutrem por uma época cheia de felicidades, na qual seu pai e sua mãe eram pessoas perfeitas. Essas fantasias e a supervalorização dos pais permanecem durante a vida adulta, mesmo que somente em sonhos.

Pode-se dizer que a história construída e a disposição dos papéis de suas personagens vão se reportar ao funcionamento mental e à personalidade do sujeito que fantasia. Comumente, o romance familiar encontra-se sob a égide do inconsciente e, pelo fato deste ser atemporal, a dinâmica presente na história pode emergir em qualquer momento da vida do sujeito. Dessa forma, as fantasias sobre as próprias relações familiares não cessam com o fim da infância; perduram por toda a vida e podem ser reatualizadas no momento em que uma nova família for construída.

Na verdade, pode-se inferir que a nova formação familiar muito levará em conta o

enredo e os mecanismos presentes nas fantasias inconscientes de seus membros fundadores. A escolha de um parceiro para a formação da nova família, como mencionado, é feita em função do modo como foram vivenciados alguns períodos da vida infantil, como por exemplo, a primeira relação com mãe, o narcisismo, as escolhas de objeto, a relação com o interdito e a passagem pelo complexo edípico.

Todos esses eventos, ou seja, as primeiras vivências e as primeiras escolhas, nortearão as escolhas seguintes e estarão na base da constituição do sujeito. Nas palavras de Freud “[...] a criança psicologicamente é pai do adulto e de que os acontecimentos de seus primeiros anos são de importância suprema em toda a sua vida posterior”. (1940[1938]a, p. 215).

Com o nascimento da família, a partir da escolha do cônjuge, ambas as pessoas partilharão suas vidas, tanto conscientes quanto inconscientes, e o resultado ou as dinâmicas de funcionamento desses inconscientes em interação vão caracterizar aquela família em específico. Desse modo, a diferenciação entre uma família e outra se faz pelas características peculiares desenvolvidas em cada uma, as quais se estabelecerão ao longo do tempo.

Essas especificidades podem se fazer visíveis e se apresentar de diversas maneiras em ações simples, como por exemplo, na disposição das pessoas à mesa, nas formas de comemoração realizadas em datas importantes naquela família, na escolha dessas datas, na tarefa que é designada a cada membro no cotidiano familiar, na idéia do grupo acerca do que é ideal para eles, no que é importante em suas vidas, etc. Todas essas ações e pensamentos são parte integrante do sentimento de pertencer àquele grupo e da idéia de que outras pessoas (amigos, vizinhos ou parentes distantes) não compartilham daquele universo, são estrangeiros.

A identidade familiar, desse modo, é constituída por uma infinidade de costumes, tradições, mitos, hábitos, entrelaçamentos de subjetividades e, fundamentalmente, por um inter-relacionamento inconsciente de seus membros que se configura no inconsciente familiar.

Cumprir enfatizar que a família que se privilegia nesse estudo é aquela que possuía, ou possui, como um de seus membros o indivíduo obeso. Este detinha certas formas de comportamento em consonância, ou não, com o comportamento de outros membros do grupo. Certamente, o comportamento que é mais evidente, ou seja, que se destaca em função do caráter patológico (termo usado de acordo com a medicina, ciência na qual a obesidade grau III se caracteriza como doença) diz respeito ao modo como o obeso encarava ou encara a nutrição.

À exceção de pessoas portadoras de distúrbios orgânicos, os demais obesos têm o comportamento de ingerir uma quantidade de alimento maior do que sua necessidade orgânica de sobrevivência. Tal comportamento pode ser desencadeado por múltiplos fatores, e os

aspectos psicológicos, sem dúvida, desempenham um papel fundamental para a sua compreensão.

O fato é que esse indivíduo, em especial, tem comportamentos e maneiras de expressar seus pensamentos e sentimentos diante do grupo, aos quais sua família, de alguma forma, está adaptada. Com o advento da gastroplastia, o sujeito deverá modificar drasticamente seus hábitos alimentares, mas não somente isso, a mudança se estende também à forma com que encara e se coloca diante do mundo. Conseqüentemente, isso, de algum modo, afetará o grupo com o qual vive.

A gastroplastia é um fato que acontece na vida individual e pode significar uma ruptura em função de suas decorrências. Sabe-se que a identidade individual, ao longo da vida, passa por inúmeros processos de rupturas, os quais podem ser denominados como momentos de crise.

De acordo com as características emocionais do indivíduo, qualquer evento pode ser o desencadeador de crise. No caso para o qual se volta esta pesquisa, a cirurgia é tratada como um evento que, potencialmente, pode provocar uma crise tanto no âmbito individual quanto no familiar.

A crise é entendida como um desequilíbrio de ordem emocional e relacional que afeta a homeostase vivida pelo sujeito. Infere-se que, assim como a identidade individual atravessa períodos de crise, a identidade familiar não está isenta de tais períodos.

Eiguer (1985) assegura que a organização psíquica – família, ou seja, a família enquanto uma “unidade psíquica” – possui uma “existência familiar própria” com nascimento, vida e morte, de forma que em muitos momentos estará confrontada com traumas, crises e lutos.

Na vida familiar, a crise pode advir de um evento preciso ou de traumas próprios da existência pessoal ou familiar, como a perda de um emprego. Pode ainda estar associada a um ciclo histórico como a adolescência de um filho, o casamento ou a perda de um dos membros, dentre outros múltiplos. No caso em questão, a cirurgia a que se submeteu um dos membros é encarada como um desses eventos.

Retomando o que já foi dito, cada indivíduo desenvolve e sustenta um papel dentro da família, de acordo com seus fantasmas e objetos interiores, os quais encontram ressonância nos fantasmas e objetos interiores dos outros membros do grupo familiar. Dessa forma, a identidade familiar se constitui como o produto dos inter-relacionamentos desses papéis. O funcionamento familiar ainda poderia se apresentar de forma especular, ou seja, como se cada sujeito fosse um espelho que refletisse a imagem que lhe é projetada. Quando um espelho

muda, logicamente a imagem refletida nos demais também sofre alterações.

Supõe-se que o obeso, ao ser levado a desconstruir sua imagem, afeta o equilíbrio e o funcionamento do grupo familiar, uma vez que foi impelido a mudanças. Esse processo pode ser encarado, pelo grupo e por ele mesmo, como uma quebra na relação especular até então estabelecida.

Quando os espelhos se quebram, os indivíduos são incitados a rever os papéis assumidos na relação familiar, produzindo assim uma ruptura, uma crise identitária, na qual há um não reconhecimento dos membros. Nesse caso, existe também uma imprecisão relativamente ao sentimento de pertença, que se refere aos sentimentos que cada membro da família vivencia em relação aos outros, bem como à sensação de proximidade, de ser reconhecido e tratado com consideração pelo grupo.

O momento de crise, segundo Eiguier:

a) reatualiza os antigos problemas familiares, b) desvenda os equilíbrios precários, c) desperta emoções e angústias, d) implica um certo luto pela antiga maneira de viver, e) provoca modificação das regras a partir de então inadaptadas, f) permite a definição de novas perspectivas (EIGUER, 1985, p. 73).

Desligar-se do modo como se vive, desatar laços básicos familiares e desconstruir relações podem ser encarados como um processo de luto, pois, certamente, envolverá a experiência da perda, da dor e da confusão, ao mesmo tempo em que, sendo uma transição, implicará em transformações e, conseqüentemente, em uma reorganização da vida familiar, além dos desafios que deverão ser enfrentados conjuntamente para posterior adaptação (ou não) à nova situação.

Para Bromberg:

A influência é mutuamente recíproca entre luto e ciclo vital da família. [...] A experiência de perda transtorna os padrões de interação dentro do ciclo vital, exigindo uma reorganização familiar, de modo que os desafios sejam compartilhados nesse processo de reconstrução de identidade da família. Tanto as necessidades individuais quanto as familiares são levadas em conta no processo (BROMBERG, 1996, p. 119).

Os processos de luto familiar e individual, assim como os diversos novos papéis, requerem tempo para ser plenamente estabelecidos e acomodados. Muitas vezes, eles nunca se equilibrarão porque o luto não tem início com a morte, perda ou separação do objeto de amor, mas sim a partir da relação anteriormente constituída, sendo que desta dependerá a sua qualidade (normal ou patológica).

Entende-se que, para os indivíduos e para as famílias da pesquisa, as experiências da perda e das mudanças poderão estar relacionadas: na esfera individual, com a ausência/perda de parte do estômago; na esfera familiar, com a transformação de um dos membros; e em ambas, com as mudanças na antiga maneira de viver.

Acerca dos processos de perdas e luto, Freud (1917 [1915]) diz que o luto consiste na reação à morte e/ou perda de um objeto amado ou, ainda, na perda da idéia que ocupou o lugar de um ente amado. A melancolia seria a reação provocada em algumas pessoas, pelas mesmas perdas, só que em um estado patológico.

Tanto o luto quanto a melancolia ou os estados de depressão são desencadeados por influências ambientais idênticas: perda, morte ou ausência de algo, e se caracterizam por sintomas muito parecidos. Em ambos, estão presentes a perda de interesse pelo mundo externo, a incapacidade de se ligar a um novo objeto de amor, o afastamento de toda atividade que não esteja ligada à lembrança do objeto perdido e um grande desânimo envolvendo o indivíduo. Apenas uma característica diferencia a melancolia do luto: a diminuição dos sentimentos de auto-estima culminando na auto-recriminação, no aviltamento de si mesmo e na necessidade de punição.

Ao contrário da melancolia, em que o tratamento se torna necessário, não se dá ao luto o caráter de sintoma patológico, visto que tende a desaparecer com o tempo, a partir de sua elaboração.

Nas primeiras etapas do trabalho de luto, o sujeito nega a ausência objetal. Identificando-se com o objeto perdido, ele crê que se o objeto morre, ele também deverá morrer, mas se quiser sobreviver, a perda deverá ser negada. Mais tarde, o eu confrontado com a realidade da não existência do objeto decidirá se realmente quer partilhar de seu destino, ou se deve romper essa ligação e ceder a soma das diferentes possibilidades de prazeres narcísicos que resultam do estar vivo, como atesta Freud (1915[1917]).

No luto, a realidade exerce influência no sentido de confrontar o eu com a perda do objeto, surgindo a necessidade de haver um desinvestimento libidinal do objeto que não existe mais. “Essa exigência provoca uma oposição compreensível – é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena [...]” (FREUD, 1917[1915], p.250).

O rompimento da libido/objeto, como já havia dito Freud, não é simples. Ele acontece de forma lenta e gradual, podendo também não acontecer e evoluir para o que se chamou de luto patológico. No primeiro caso, o objeto perdido continua presente até o final do processo, por meio de lembranças e evocações, as quais novamente são investidas de libido.

À medida que há uma maior aceitação da realidade, o desligamento libidinal se fará progressivamente em cada uma das lembranças evocadas. Ao término do luto, o ego estará livre e desinibido para realizar novos investimentos E o objeto perdido está conservado enquanto lembrança e não impede o sujeito de viver e estabelecer novos vínculos.

No luto, os processos envolvidos são de natureza consciente. O sujeito sabe o que perdeu e a ligação estabelecida com o objeto perdido é passível de ser desfeita e transferida a outro objeto. A perda, ligada a um objeto externo ao sujeito, refere-se ao mundo; assim, no luto, o sujeito sente que foi o mundo que ficou vazio; falta algo nele.

Ao contrário, na melancolia, a perda de objeto se dá, de algum modo, afastada da consciência, no sentido de que o sujeito até sabe quem perdeu, mas não tem conhecimento do que foi perdido nesse objeto. Sabe-se que a ligação que existia entre sujeito e objeto era de natureza mais ideal, de forma que os quadros de melancolia não necessariamente estavam vinculados à morte de alguém. Poderiam também estar ligados a uma relação desfeita, a um desapontamento e a um rompimento amoroso.

Na melancolia, está presente a diminuição da auto-estima, o ego menospreza seu valor. Em breves comentários, pode-se dizer que a natureza da auto-estima consiste em três partes: a primeira, advém do narcisismo infantil; a segunda, decorre da onipotência que é confirmada pela experiência (a realização do ideal do ego), enquanto que a terceira parte provém da satisfação da libido-objetal.

A auto-estima, na melancolia, encontra-se rebaixada devido ao fato de que em determinado momento da escolha objetal, a relação indivíduo/objeto foi dilacerada. Ao invés de, a exemplo do luto, a libido ter sido desinvestida e deslocada para um novo, ela foi aplicada ao próprio ego. Acontece que, no ego, a libido não foi investida de forma inespecífica, mas estabeleceu uma identificação dele com o objeto perdido.

Sobre o processo de identificação, pode-se dizer que, para a psicanálise é a expressão mais remota do laço emocional com outra pessoa, sendo possível mesmo antes que uma escolha sexual de objeto tenha sido feita.

Acerca dessa questão, Freud lembra que:

[...] freqüentemente acontece que, sob as condições em que os sintomas são construídos, ou seja, onde há repressão e os mecanismos do inconsciente são dominantes, a escolha de objeto retroaja para a identificação: o ego assume as características do objeto (FREUD, 1921, p. 135).

Desse modo, além de a identificação ser a forma primeira de relacionamento com um objeto (exemplo: bebê-mãe), é também capaz, de maneira regressiva, de o substituir numa

vinculação em que o objeto é introjetado no ego. A identificação tende a adaptar o próprio ego de uma pessoa, de acordo com as características daquele que foi pego como molde. De outro modo, a identificação também pode estar presente na percepção de uma qualidade comum, compartilhada com outra pessoa que não necessariamente seja objeto do instinto sexual.

Entretanto, não é desta última forma de identificação que se trata na melancolia. Nela, o objeto perdido foi introjetado no ego do sujeito, por meio da identificação. Assim, o ego assumiu suas características e pôde, ele próprio, ser tomado como o objeto abandonado. Freud (1917[1915]) atesta que a sombra do objeto caiu sobre o ego. A perda, que no luto é objetal, na melancolia torna-se uma perda de parte do ego.

O conflito antes existente entre o ego e a pessoa querida, agora ocorre entre o ideal de ego e o ego modificado pelo processo de identificação. Uma parte do ego se dispõe contra a outra, julga-a, envilece-a, menospreza-a, enfim, a toma como objeto.

Ao identificar-se com o objeto danificado e introjetá-lo, o melancólico não renuncia a ele e passa a dirigir ao ego os sentimentos que antes eram destinados a esse objeto. É curioso notar que os sentimentos de auto-recriminação e baixa estima, presentes na melancolia e direcionados ao ego, dizem respeito, na verdade, ao objeto perdido que foi deslocado para o eu. Esses sentimentos advêm dos conflitos entre o sujeito e o objeto amado, e dos prós e contras que culminaram no rompimento amoroso.

A diferenciação do caminho percorrido pela pessoa que atravessa uma perda, por meio de um processo de luto normal, e pela pessoa que se torna melancólica é explicado por Freud, de acordo com os tipos de vínculos estabelecidos com os objetos, anteriormente à perda.

Na melancolia deve ter existido uma forte fixação ao objeto, ao mesmo tempo em que a catexia objetal não tinha poder suficiente para resistir à sua perda. Frente às dificuldades, a libido regrediu ao narcisismo original. Desse modo, o sujeito, apesar do conflito com o objeto amado, mantém a relação amorosa por meio da identificação narcísica com o objeto. Ele é capaz de abandonar o objeto amado, mas não o amor que sente por tal objeto.

Essa retirada da libido objetal e seu direcionamento ao ego, por meio de uma identificação narcísica, significa a regressão daquela, antes dirigida ao objeto para o narcisismo original. Sabe-se que a identificação é uma etapa anterior à escolha objetal, na qual o ego expressa, de maneira ambivalente, sua preferência pelo objeto. Sobre isso Freud diz:

A identificação, na verdade, é ambivalente desde o início; pode tornar-se expressão de ternura com tanta facilidade quanto um desejo do afastamento de alguém. Comporta-se como um derivado da primeira fase da organização da libido, da fase

oral, em que o objeto que prezamos e pelo qual ansiamos é assimilado pela ingestão, sendo dessa maneira aniquilado como tal (grifos do autor) (FREUD, 1921, p. 133).

Assim, evidencia-se a idéia de que a ambivalência presente e acentuada no início do desenvolvimento caracteriza o processo de identificação e, conseqüentemente, de relacionamento do bebê com o mundo. É uma decorrência da fase oral ou canibalista do desenvolvimento psicosssexual; nessa etapa, o ego deseja incorporar o objeto pela boca, devorando-o. Conclui-se, então, que, na melancolia, a libido objetal retorna à fase oral, ou seja, ao seu estágio ainda narcisista.

Ao longo de sua obra, Freud abordou, muitas vezes, os dinamismos presentes na primeira fase do desenvolvimento, a fase oral. Sobre esse assunto, destacam-se os textos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905); “História de uma neurose infantil” 1918[1914]; “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise” 1933[1932] e “Esboço de psicanálise” 1940[1938]a.

Sobre essa etapa, pode-se dizer que é aquela em que a atividade sexual e a zona erógena predominante se localizam na cavidade bucal. Inicialmente, a satisfação advinda dessa parte do corpo está associada à nutrição. Assim, o seio constitui-se no primeiro objeto erótico da criança. Somente num outro momento é que a atividade sexual torna-se independente.

Para Freud (1940[1938]a), a origem do amor está relacionada à necessidade satisfeita de nutrição. É certo que nesse período a criança não diferencia o que é o seio e o que é seu corpo; no momento de separação do seio/criança, o primeiro leva como um “objeto” uma parte das catexias libidinais narcísicas originais. Sendo apenas uma parte, o objeto será mais tarde completado na figura da mãe, que não só alimenta, mas também cuida da criança e lhe provoca uma gama de sensações corporais tanto de prazer quanto de desprazer. Freud considera que:

Nessas duas relações reside a raiz da importância única, sem paralelo, de uma mãe, estabelecida inalteravelmente para toda a vida como o primeiro e mais forte objeto amoroso e como protótipo de todas as relações amorosas posteriores — para ambos os sexos (FREUD, 1940[1938]a, p. 217).

Logo se percebe a relevância desse primeiro relacionamento amoroso para a vida posterior. Mais adiante, o autor fala que, em verdade, não importa se a criança tenha mamado no seio de sua mãe ou sido alimentada através de uma mamadeira, caso não tenha usufruído

os cuidados e afeições maternas. Em ambas as situações, o caminho a ser percorrido não se altera. Pode ser que a criança que teve a mamadeira desenvolva um anseio maior do que a que teve o seio, entretanto, esta última também sentirá que sua amamentação foi insuficiente.

Na fase oral ou canibalesca, quando o bebê associa a ingestão de alimento à satisfação sexual, os objetivos de ambas as atividades também se tornam o mesmo, a saber: a incorporação do objeto, o qual proporciona prazer. Mais tarde, esse modelo – incorporação do objeto de satisfação - irá exercer, sob a forma de identificação, uma função psíquica importante no desenvolvimento, como lembra Freud (1905b).

Quando a necessidade de repetir a satisfação sexual e as atividades de nutrição se diferenciarem, principalmente em função do nascimento dos dentes, o bebê tomará uma outra parte de seu corpo para a obtenção da satisfação, renunciando o objeto externo. Isso lhe proporciona independência de um mundo que ele não consegue dominar. Comumente, as crianças elegem o dedo para sugar e praticam o que Freud chamou de “chuchar”. Mais adiante, a inferioridade na obtenção da satisfação dessa zona erógena o levará à busca por uma outra que corresponda: os lábios.

Somente praticam esse sugar as crianças cujos lábios obtiverem devida força enquanto significação erógena. Freud (1905b) diz que, em persistindo essa significação, tais crianças serão grandes amantes do beijo; se forem homens, terão grande motivo para beber e fumar; no caso feminino, se houver o recalque, poderá existir um nojo da comida e a produção de vômitos histéricos. Esse estudioso afirma ainda que, devido ao duplo objetivo da boca, o recalque se estende até a pulsão de nutrição. Conclui que muitas de suas pacientes com distúrbios alimentares foram, quando criança, adeptas do chuchar. Em outro texto ele fala:

É sabido que existe uma neurose nas meninas que ocorre numa idade muito posterior, na época da puberdade ou pouco depois, e que exprime a aversão à sexualidade por meio da anorexia. Essa neurose terá que ser examinada em conexão com a fase oral da vida sexual (FREUD,1918[1914], p. 113).

Essa linha de raciocínio pode contribuir enormemente para fazer pensar que alguns dos pacientes dos quais trata a pesquisa – inicialmente, pessoas com obesidade grau III que a princípio obtêm satisfação prioritariamente com a boca – apresentam uma certa fixação nessa fase do desenvolvimento. O pensamento se torna mais elaborado, ao se observar que na fase oral também estão presentes impulsos sádicos que aparecem ou se expressam com mais força a partir do nascimento dos dentes. Assim, o ato de comer não significa apenas satisfação e gratificação para com o objeto e para consigo mesmo, mas também pode expressar intensos sentimentos de raiva e ódio do objeto.

De tal modo, segundo Freud (1920), na fase oral, a obtenção do domínio erótico sobre um objeto coincide com seu aniquilamento. Posteriormente, o impulso sádico se torna isolado e tem sua prevalência na segunda fase do desenvolvimento, a fase anal-sádica. Mas ainda na primeira etapa, os impulsos de agressividade estão instintivamente conectados aos impulsos libidinais; essa conexão sempre persistirá.

Destarte, a fase oral foi subdividida em duas etapas: na primeira, existe somente a incorporação oral do objeto e, a segunda, em que há o surgimento dos dentes e da atividade de morder, foi denominada oral-sádica. Nela encontram-se presentes os primeiros sentimentos de ambivalência, que mais tarde, na fase sádico-anal, estarão consolidados. A importância dessa subdivisão está na compreensão acerca dos pontos de disposição e na evolução da libido para o desenvolvimento de determinadas neuroses, como a melancolia (FREUD, 1933[1932])

É interessante notar que somente quando o seio é perdido, com o desmame, é que a criança adquire uma consciência de separação entre o que é seu corpo, seu ego, e o que lhe é externo, no caso, a mãe. Freud (1905) diz que talvez seja nessa época que o bebê tem uma visão global, ou seja, inteira da pessoa a quem pertencem o seio. Até esse ponto, a criança tinha uma percepção parcial do que era o mundo, de acordo com o que sentia em relação a ele: prazer ou desprazer.

Ainda na primeira etapa do desenvolvimento da libido, outra característica fundamental presente na vida do bebê é a vivência do narcisismo. Trata-se de uma catexia libidinal originária do ego, que mais tarde será parcialmente investida em objetos, mas que nesse período está voltada para o ego, de tal modo que este é tomado como objeto de investimento libidinal. Anteriormente, no momento do nascimento, as pulsões coexistiam em estado de anarquia: instintos auto-eróticos que num dado instante, e sob influências externas, se reuniram e tomaram como objeto o próprio corpo.

Freud (1914) diferencia a libido: uma é ligada ao ego e outra serve aos objetos. Assim, desde o início, há uma distinção entre os instintos do ego e os instintos sexuais. Porém, a princípio, estes estão ligados à satisfação daqueles. Somente depois é que se tornam independentes mas, ainda assim, é possível encontrar uma vinculação entre ambos, visto que os primeiros objetos sexuais de uma criança constituem-se pela pessoa ou pelas pessoas que lhe deram alimento e cuidados. A esse tipo de vinculação, chamou-se anaclítico. Quando o tipo de vínculo é formado em relação ao próprio corpo, a ligação é dita narcisista. Acerca dessas escolhas objetivas Freud postulou:

Dizemos que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais — ele próprio

e a mulher que cuida dele — e ao fazê-lo estamos postulando a existência de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal (FREUD, 1914, p. 95).

O narcisismo é, portanto, expresso como um processo natural do desenvolvimento. Nesse instante, ele não é caracterizado como patologia.

Nos dois caminhos que levam à escolha de objeto, anaclítico e narcisista, o sujeito, posteriormente, pode amar em conformidade com as características da mulher ou do homem que o protegeu ou, no segundo caso, em conformidade ao que ele próprio foi, é, gostaria de ser ou, ainda, à pessoa que foi parte dele mesmo. Uma escolha narcisista de objeto tem sempre a finalidade de encontrar satisfação em ser amado.

Visto que o ego é o objeto de amor no narcisismo, ele é engrandecido e supervalorizado, ganhando potência e força de controle do mundo. Nele estão presentes características como a onipotência dos pensamentos e a alta valorização dos processos psíquicos, mas também encontram-se a dependência e a não diferenciação ego/objeto. Contudo, essas últimas não são notadas pelo bebê.

O ego desenvolve-se à medida que se afasta do narcisismo primário. Tal desligamento acontece em função da invasão do princípio de realidade.

Novamente chegou-se a um acontecimento que marcará para sempre o bebê: a época do desmame. A criança percebe que o seio não aparece mais a todo o momento para satisfazê-la em suas necessidades; é através do sentimento de frustração que ela começa a perceber o mundo a sua volta, sua própria fragilidade, desamparo e impotência.

Essa desidealização de seu mundo é que a obriga a evoluir. O bebê, obrigado a deixar de lado seus sentimentos de perfeição, desloca suas idealizações a uma outra parte do ego, que surge ao final do narcisismo, chamada ideal de ego. O ideal de ego nasce a partir do narcisismo e é o seu herdeiro. Em função desse fato, o narcisismo não é totalmente abandonado nos anos subseqüentes da vida.

Sob outra ótica, Klein, em sua teoria, dá um papel fundamental ao desmame e às conseqüências, para o sujeito, advindas da perda do seio. Para ela, é com o desmame que se inicia a segunda etapa do desenvolvimento infantil. De modo bastante sucinto, a primeira etapa foi definida pela autora como posição esquizo-paranóide, na qual o bebe vê o objeto (seio) cindido, ou seja, ele é parcial, totalmente bom ou totalmente ruim de acordo com a gratificação ou com a frustração recebida.

Os processos psíquicos que têm uma preponderância nessa posição são: **introjeção** (as características objetais passam de fora para dentro aproximando-se da incorporação);

projeção (expulsão dos sentimentos e desejos de si para localizá-los no exterior) e **angústia persecutória**, que se define pelo medo da voracidade do objeto, da retaliação e da destruição do eu pelo objeto mau. Conforme Laplanche (2001), o eu é muito frágil e desintegrado e, enquanto tal, não suporta cargas muito grandes de angústia.

No segundo estágio iniciado com o desmame e denominado de posição depressiva, o bebê já deverá possuir um eu mais integrado, no qual os sentimentos de amor e ódio se aproximam. A mãe boa e a má sintetizam-se em um objeto inteiro; conseqüentemente, há uma maior percepção da realidade externa. A ansiedade é de natureza depressiva e, se antes o medo era de destruição do eu pelo objeto mau, agora o medo é o de destruir pela voracidade o objeto que reúne em si tanto o amor quanto o ódio. Inerente a esse processo surge a necessidade da reparação, de não deixar que o objeto amado seja destruído.

A ansiedade relativa à mãe internalizada, sentida como danificada, sofrendo, em perigo de ser aniquilada e perdida para sempre, leva a uma maior identificação com o objeto danificado. Essa identificação reforça tanto o impulso a reparar quanto as tentativas do ego de inibir os impulsos agressivos (KLEIN, 1952, p. 98).

A reparação está intrinsecamente ligada ao sentimento de culpa e, conseqüentemente, aos estados de luto. As defesas operantes nessa etapa estão relacionadas às tentativas, por parte do eu, de superar o luto.

A capacidade do eu de lidar com as ansiedades depressivas é determinada por seu desenvolvimento anterior (capacidade de estabelecer dentro de si um objeto bom).

Para Klein (1935), a posição depressiva tem um papel central no desenvolvimento infantil. Há uma ligação estreita entre ela e os fenômenos de luto e melancolia, pois, segundo a autora, durante os momentos de morte e perda vivenciados ao longo da vida, tais momentos sempre envolverão a repetição da situação emocional vivida durante o período do desmame, e sempre evocarão também o drama da separação materna e tudo o mais que lhe possa ser acrescentado.

Para Freud, como já foi visto, o luto e a separação da mãe também se apresentam enquanto constantes fundamentais, uma vez que é a partir da perda do seio que o sujeito se depara com a realidade e vive a frustração que o insere na vida psíquica. Todavia, para esse médico, a libido ainda se desenvolverá passando por mais modificações decorrentes de outras etapas como a anal, a fálica e a genital.

Na teoria freudiana, a melancolia ocorre em decorrência da perda ou morte do objeto amado. Sabe-se que na relação com tal objeto, esteve presente, desde o início, um tipo de

vinculação narcísica ambivalente e não forte o suficiente para resistir à perda. Quando esta acontece, a libido retorna ao ego por meio de uma identificação narcísica com o objeto perdido, trazendo consigo todos os sentimentos antes destinados a ele, mas que agora serão dirigidos ao próprio ego. Houve então, uma regressão da libido a uma fase anterior do desenvolvimento: a fase oral, uma etapa ainda narcísica da libido. Conclui-se que, para que o processo desencadeado por uma perda siga pelo caminho da melancolia, ao invés do luto normal, são precisos três elementos: a perda de um objeto, a ambivalência em relação a este e, finalmente, a regressão da libido.

Levando em consideração os processos acima descritos relacionados às perdas (luto e melancolia), os quais referem-se a expressões individuais, infere-se que eles também podem ser observados no interior de grupos como as famílias, uma vez que estas também são portadoras de uma organização psíquica, ao mesmo tempo em que detêm relativa autonomia dos componentes familiares do psiquismo.

A família, diante da desestruturação causada pela perda de um dos membros, ou diante de um novo modelo de existência, pode passar por um trabalho de luto normal, se re-organizar e sobreviver sadiamente, ou pode tornar este um processo patológico, como acontece na melancolia.

Haber (1989) apresenta que, na primeira hipótese, a família se une para superar esse momento de desolamento e depressão e ajudar-se mutuamente. Os membros podem compartilhar internamente a culpa pelo que aconteceu. Ao fim do processo, os vínculos estarão renovados e uma nova dinâmica pode surgir, novas ligações podem ser estabelecidas com o mundo. O que se perdeu é reconhecido e lembrado, mas é permitido que ele seja abandonado enquanto investimento e permaneça na história da família como uma recordação.

Na segunda hipótese, a perda é de natureza tão insuportável que é necessário que ela seja negada. O registro da perda é dificultado e a organização familiar se dá no sentido de evitar que a falta venha à tona. Como o objeto é impedido de partir, ele se reinstala no interior da família, assim como acontece na melancolia. Singularmente, ele vai conviver na organização psíquica, sendo reconhecido por suas expressões em alguns comportamentos de seus membros (de acordo com as disposições individuais) ou nas relações estabelecidas no interior do grupo.

Novas relações não podem ser estabelecidas, o grupo caminha no sentido de promover a manutenção dos vínculos e na recuperação do mesmo objeto. Todos os membros, de alguma maneira, estão comprometidos com esse mecanismo. Novamente, o elemento que proporciona essa ligação ao objeto destruído é a identificação narcísica.

O sujeito confunde-se ao objeto; no caso da família, seus membros confundem-se, não se percebendo como pessoas diferentes e separadas, apenas continentes de afetos ambivalentes que eram inicialmente dirigidos ao objeto perdido. Na medida em que um membro é identificado com os mesmos sentimentos direcionados ao objeto, o que estava ausente continua presente de forma cristalizada na família.

De modo geral, são todos esses mecanismos grupais e individuais mencionados que estarão envolvidos no presente trabalho. Levando em consideração tudo o que foi dito, optou-se pela psicanálise enquanto método de pesquisa, a fim de atingir o objetivo do estudo. Tal método será abordado no próximo capítulo.

CAPITULO V

MÉTODO

A partir das idéias apresentadas acerca da concepção de família, de indivíduo, da inter-relação entre eles e do processo de luto, optou-se pelo método qualitativo para a construção e desenvolvimento desse estudo, considerando a busca da compreensão dos psiquismos e um saber atrelado à natureza dos dados envolvidos na pesquisa.

Optou-se ainda para a condução da pesquisa pautada nos referenciais da psicanálise, cujo método de investigação é entendido como corpo teórico que orienta a escuta, a investigação e a interpretação. Segundo González Rey, “a epistemologia freudiana nos reporta a uma forma de produção qualitativa do conhecimento, em que se destaca seu caráter interpretativo, singular e em permanente desenvolvimento” (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 15).

Em “Dois verbetes de enciclopédia”, Freud definiu a psicanálise como:

[...] o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (FREUD, 1923[1922], p. 287).

A psicanálise apresenta, dessa forma, três elementos indissolúveis – a teoria, a técnica terapêutica e o método de investigação. Este último é o essencial para o desenvolvimento das duas primeiras: teoria e a técnica.

A invenção da psicanálise, além de provocar transformações na ciência, alterou as noções concernentes ao psiquismo humano e à “doença mental”. O conceito de inconsciente, enquanto instância sob a qual todo ser humano está subordinado (sem poder controlá-lo), lócus de conflitos e desejos que podem emergir à consciência através de sintomas patológicos, deu novos rumos ao que dantes se entendia por etiologia ou tratamento das doenças nervosas.

Acerca de seu método de tratamento, em “Sobre a psicoterapia”, Freud diz:

Posso asseverar que o método analítico de psicoterapia é o mais penetrante, o que chega mais longe, aquele pelo qual se consegue a transformação mais ampla do doente. Abandonando por um momento o ponto de vista terapêutico, posso acrescentar em favor desse método que ele é o mais interessante, o único que nos ensina algo sobre a gênese e a interação dos fenômenos patológicos (FREUD, 1905(1904), p. 246).

Sabe-se que o tratamento psicanalítico está fundamentado na investigação do inconsciente por meio de técnicas específicas como a associação livre e a atenção flutuante (FREUD, 1912). Essas técnicas constituem-se por instrumentos que permitem atingir os conteúdos latentes na inconsciência.

Em situação analítica, a atenção do clínico está voltada para as associações dos pacientes, para a não seleção de elementos do seu discurso e para as mudanças de temas, buscando conexões entre elas. Sabe-se ainda que, por meio da relação estabelecida entre o paciente e o terapeuta, este último tem a possibilidade de reconhecer a expressão do inconsciente por meio dos fenômenos transferênciais e contra-transferênciais.

A interpretação é o método que, advindo da observação, da investigação e da pesquisa, permite ao paciente um saber sobre si mesmo, podendo proporcionar mudanças em sua vida emocional, a partir de re-significações e elaborações de vivências.

O que dá contorno ao tratamento psicanalítico é o *setting* terapêutico, variável em alguns aspectos, mas que conserva a utilização de entrevistas abertas, local, horário, duração, frequência e o estabelecimento de um vínculo que permita a comunicação entre as partes.

Destarte, o método clínico possibilita a experiência emocional entre os envolvidos no processo terapêutico, dando limites ao objeto de investigação, ao campo que se orienta e à natureza da pesquisa.

A técnica utilizada neste trabalho de pesquisa não corresponde à abordagem psicanalítica clássica, visto que seu emprego pressupõe um enquadre específico que não era possível no contexto ambulatorial. Sobre a prática da psicanálise extramuros, Mezan (2002) diz que esta, obviamente, não é a mesma prática do consultório, entretanto “[...] é no fundo a

mesma escuta, o mesmo contato direto com o sofrimento psíquico, materializado em pessoas de carne e osso com seus sintomas, defesas, fantasias e transferências” (MEZAN, 2002, p. 419).

Assim, o método psicanalítico foi utilizado como fonte de recursos, a fim de instrumentalizar a investigação, visando atingir o objetivo do estudo e a interpretação dos dados. Sendo esse método originário na clínica terapêutica, pode ser transportado para a pesquisa, na perspectiva que é adotada por Herrmann: “Clínica e pesquisa estão separadas pelas técnicas respectivas, mas unidas pelo método”(HERMANN, 2004, p. 60). Assim, quando se propõe a investigação em psicanálise, refere-se a uma escuta peculiar que privilegia o discurso do outro; nele faz-se poucas interrupções, afasta-se de pré-conceitos e julgamentos e busca-se no próprio discurso o conteúdo latente e aí as manifestações do inconsciente.

Ainda que Freud, ao construir a psicanálise, não tenha trabalhado em especial a família e os processos específicos que nela se desenvolvem, esse grupo é o pano de fundo, fazendo-se presente a todo momento em sua obra, como nos casos das histéricas ou na própria teoria do complexo de Édipo. É a partir dos relatos de suas pacientes que Freud percebe que nem sempre a família trazida para a clínica é a mesma que existe de fato. A família presente no discurso do analisado é, na maior parte das vezes, fruto de suas fantasias, de seus desejos e, por conseguinte, é esse discurso – do paciente da clínica de Freud e do participante da pesquisa – que leva ao trabalho do inconsciente, objeto principal da psicanálise.

Fundamenta-se assim o trabalho na psicanálise freudiana e nas contribuições dos autores de família orientação psicanalítica. Tal percurso possibilitará uma compreensão dos processos presentes nos indivíduos, em suas experiências e nos significados que tais vivências adquiriram para cada um deles, de acordo com sua subjetividade. Tomando o enfoque psicanalítico enquanto método investigativo, resguarda-se a subjetividade humana enquanto singularidade.

Assim, a abordagem da psicanálise será utilizada para compreender a dinâmica emocional dos indivíduos que fizeram a gastroplastia, e as representações que os mesmos trazem de suas famílias.

a) Local da investigação – delimitando o campo de pesquisa.

A coleta de dados foi desenvolvida no município de Marília, localizado no centro-oeste do estado de São Paulo. Tal município apresenta uma população de aproximadamente

duzentos e vinte e quatro mil habitantes.

Os dados foram coletados no Ambulatório de Obesidade Mórbida, junto à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Esse hospital é de referência regional e atende diversos municípios vizinhos. Além da assistência, a instituição também tem por objetivo o ensino e a pesquisa.

A apresentação do serviço de psicologia, oferecido pelo hospital, na área referente ao tratamento para a obesidade mórbida, foi necessária a fim de melhor conhecer o processo pelo qual passam os sujeitos, desde o momento que adentram o serviço, até quando recebem alta do tratamento. Assim, observou-se que os atendimentos são realizados tanto de forma individual quanto grupal, dividindo-se em dois momentos: pré-operatório e pós-operatório.

Os atendimentos individuais e grupais não têm uma frequência rígida para acontecerem. Os primeiros podem acontecer mensalmente, enquanto que os segundos geralmente acontecem quinzenalmente, com duração também variável. O serviço conta ainda com a presença de um aprimorando que participa dos atendimentos grupais e realiza atendimentos individuais pelo período de seis meses, quando então é substituído por outro aprimorando.

Os grupos têm como objetivo geral proporcionar um espaço de escuta às angústias dos pacientes, tanto daqueles que aguardam a realização da cirurgia quanto daqueles que já passaram pelo procedimento e estão se adaptando à nova forma de vida. Os grupos não são fechados, de modo que as pessoas podem entrar ou sair a cada encontro.

b) Os participantes

Os indivíduos participantes da pesquisa procuraram o serviço de saúde em decorrência de sua obesidade. Para essa investigação, foram selecionadas pessoas que:

- Já passaram pelo procedimento cirúrgico.
- Frequentam o serviço oferecido pelo Ambulatório de Obesidade Mórbida, junto aos grupos terapêuticos ou aos atendimentos individuais.
- Sejam adultos de ambos os sexos.
- Queiram participar de uma pesquisa de cunho psicológico e que aceitem assinar um Termo de Consentimento (em anexo 1), através do qual firmará o conhecimento do entrevistado acerca do procedimento e da finalidade das entrevistas, bem como seu livre desejo em participar da mesma.

Não foi critério de escolha a condição ou não de obeso desde que o indivíduo já tenha

passado pela gastroplastia, também não foi critério de escolha ou exclusão das entrevistas a presença de algum transtorno alimentar associado à obesidade e/ou ao pós-operatório da gastroplastia.

Trabalhou-se com quatro sujeitos, pois este foi o número de pessoas que se dispuseram a participar. Após a realização das entrevistas, estas demonstraram apresentar elementos que possibilitariam a compreensão do objeto da pesquisa.

A escolha dos sujeitos foi baseada, principalmente, no desejo que estes demonstraram em participar; assim, foi feito de modo voluntário.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e da instituição. Todos os entrevistados participam do grupo de pós-operatório.

Os nomes fictícios dados aos entrevistados foram: Salomão, Sebastiana, Selma e Helena.

Salomão: 37 anos, casado, tem um filho, terceiro grau incompleto. Mora com a esposa e com o filho. É funcionário público. Foi para a cirurgia com IMC de aproximadamente 72,4 Kg/m²; no dia da entrevista fazia aproximadamente 30 dias que havia sido operado.

Sebastiana: 35 anos, separada, tem um filho, segundo grau completo. Trabalha na área da saúde. Mora com a mãe e com o filho. Foi para a cirurgia com IMC de 43,6kg/m²; estava com mais ou menos dois meses de cirurgia no dia da entrevista.

Selma: 53 anos, casada, tem três filhos, segundo grau completo. Mora com o esposo e com um filho. Foi para a cirurgia com IMC de 47,87kg/m²; na época da entrevista fazia aproximadamente nove meses que havia feito o procedimento cirúrgico.

Helena: 45 anos, casada, tem quatro filhos, terceiro grau completo. Mora com o esposo e com os filhos. Trabalha na área da educação. Foi para a cirurgia com IMC de 42,3 kg/m² e na época da entrevista estava com quatro meses de cirurgia.

É importante dizer que Salomão, na época da coleta de dados, era o único homem que freqüentava o grupo de pós-operatório, sendo escolhido por seu desejo de contribuir com o estudo.

c) Entrevistas como técnica

Optou-se por utilizar-se das entrevistas como instrumento de pesquisa, tendo em vista a noção proposta por Bleger: “[...] a entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica [...]” (BLEGER, 1989, p. 9).

Foi realizada uma entrevista na qual o colaborador da pesquisa, a partir de um roteiro pré-estabelecido (em anexo 2), pode se expressar de forma livre. Foi possibilitado ainda esclarecer dúvidas e questionamentos que eventualmente tinha acerca da pesquisa.

As entrevistas realizadas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Optou-se pela gravação das entrevistas com a finalidade de registrar o maior número de informações transmitidas pelo participante, ou seja, a fala, o silêncio, as reações.

Quando foi necessário, isto é, quando o entrevistado ou a pesquisadora inferiram a necessidade de mais encontros, estes aconteceram da mesma forma – sem um direcionamento prévio. Cabe dizer que a pesquisadora somente propôs uma segunda entrevista com o objetivo de esclarecer pontos que lhe parecessem incompletos na fala do entrevistado.

A pesquisadora possibilitou ao indivíduo falar livremente, ao mesmo tempo em que a mesma pode esclarecer informações confusas acerca do tema pesquisado, por meio de questões que possibilitaram as associações do indivíduo, visando a alcançar uma melhor compreensão sobre o tema abordado.

A entrevista foi semi-aberta, pois este modelo permite que o participante configure seu campo de acordo com sua subjetividade, ou seja, possibilita uma investigação mais ampla e aprofundada do funcionamento psicológico particular do entrevistado, sem que, entretanto, o objetivo da pesquisa se perca durante sua realização. A entrevista, como lembra Bleger, “funciona como uma situação onde se observa parte da vida do paciente que se desenvolve em relação a nós e frente a nós” (BLEGER, 1989, p.15).

Ainda segundo esse autor, a entrevista psicológica é entendida como uma relação entre duas ou mais pessoas, na qual os envolvidos assumem papéis específicos e deverão atuar segundo esses papéis. Destarte, pensa-se que durante a entrevista o pesquisador pode se colocar num papel de escuta e acolhimento dos conteúdos que são abordados pelo indivíduo. Talvez ele possa também aprofundar os sentidos do material expresso, de forma a ampliar seus significados e, ainda, pode se valer dos fenômenos da transferência e da contra-transferência como instrumental na investigação do objeto psicanalítico, a saber, o inconsciente.

Objetiva-se assim, apreender o que é dito pelos sujeitos e, ao mesmo tempo, compreender o que está subjacente e que inicialmente não é percebido. Para esse fim, supõe-se que seja necessário proporcionar um meio seguro para que os indivíduos se permitam falar livremente e tenham garantido o sigilo do que será dito.

Dessa forma, a entrevista pode ser configurada num campo que permite a aplicação dos conceitos psicanalíticos e leva a cabo seu método de investigação, fazendo com que se

expressem, através da transferência, os conflitos e desejos peculiares a cada sujeito.

De tal maneira, supõe-se que a entrevista psicológica norteada pelos preceitos da psicanálise se constitui em instrumento propício para a investigação do tema proposto e para alcançar os objetivos da presente pesquisa.

d) Coleta de dados

A coleta de dados se deu no período de setembro a dezembro de 2008, totalizando 3 meses. Desde a chegada ao ambulatório onde são atendidos os pacientes que farão a gastroplastia até o momento em que foram realizadas as entrevistas, houve um período intermediário, destinado a conhecer o serviço e a participar do grupo de pós-operatório. Tal período teve a duração de aproximadamente um mês e 15 dias

Todos os participantes do grupo de pós-operatório foram informados acerca da presença de uma pesquisadora. Foram informados ainda que a pesquisa a ser desenvolvida visava a conhecer os mecanismos psíquicos envolvidos na gastroplastia, enfocando aspectos das relações familiares. Foi-lhes dito que algumas pessoas seriam entrevistadas em dia e horário a serem agendados com antecedência.

O objetivo da participação da pesquisadora no grupo, além de melhor conhecer o trabalho desenvolvido, foi de estabelecer o contato com os pacientes. Os grupos aconteciam quinzenalmente e tinham a duração média de 1h e 30 minutos; o número de participantes variava entre 5 e 8. Os temas mais freqüentes no grupo eram as novas experiências alimentares, o que podiam e o que não podiam comer. Muitas vezes, foi tentado por parte da psicóloga responsável, aprofundar a discussão acerca dos sentimentos que estavam presentes em seus discursos.

Ao total, participou-se de seis sessões de atendimento em grupo. Quando ao final do quarto grupo, foi perguntado aos participantes como seriam agendadas as entrevistas, alguns dos indivíduos prontamente indicaram suas preferências, dizendo que gostariam de participar. Dessa forma, foi agendado com cada um o dia e o horário. Após o término das entrevistas, a pesquisadora participou de mais um grupo; isso aconteceu com o intuito de concluir o trabalho de coleta de dados da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em uma das salas de consulta do ambulatório e tiveram uma duração média de 1 hora e 10 minutos.

Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não se opuseram à

gravação da entrevista. A pesquisadora informou novamente aos entrevistados acerca do tema da pesquisa e sobre o sigilo, garantindo a todos, segurança na preservação de suas identidades. Ao mesmo tempo, foi explicado que não havia nenhuma pergunta pronta, de forma que poderiam falar do que lhes viesse à mente acerca do tema proposto.

e) Transcrição e análise dos dados

Com o término, as entrevistas foram transcritas a fim de, posteriormente, se realizar uma análise e reflexão acerca dos dados. Como já foi mencionado, a pesquisa manterá preservada a identidade dos sujeitos, utilizando-se de nomes fictícios. Além disso, não será passada nenhuma informação que possa ligar o dado a uma pessoa específica.

Os dados serão analisados de forma qualitativa e interpretativa. Para tanto, será levado em consideração o objetivo primeiro desta pesquisa, que é a análise compreensiva da dinâmica emocional dos indivíduos submetidos à gastroplastia e a representação que estes têm de suas famílias.

f) Aspectos éticos

A participação dos entrevistados foi de caráter voluntário, sendo que os mesmos foram alertados sobre a possibilidade de se retirarem da pesquisa em qualquer momento, sem que isso acarretasse prejuízos ou penalidades. Como já foi dito, todos os relatos foram gravados e posteriormente transcritos, mantendo o sigilo quanto à identidade dos envolvidos e às informações coletadas.

Os aspectos éticos do estudo foram pautados nas normas regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução 196/96, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. De acordo com essas normas, todas as informações devem ser obtidas mediante consentimento livre e esclarecido, em cuja elaboração procurou-se contemplar as especificações apontadas pelo CNS.

A presente pesquisa, sob o protocolo nº 455/07, foi considerada aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos – CEP/FAMEMA, em reunião ordinária em 01/10/2007, de acordo com a Resolução 196/96 e suas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Tal aprovação encontra-se em anexo 3.

CAPÍTULO VI

FAMÍLIA E OBESIDADE: construindo uma compreensão à luz da psicanálise.

1. Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo serão apresentados os dados da pesquisa e, em seguida, será elaborada a análise das entrevistas. Pretende-se, por meio da construção teórica traçada ao longo desse estudo, atingir o objetivo proposto inicialmente, a saber: compreender, através dos discursos de indivíduos que realizaram o tratamento cirúrgico para a obesidade grau III, a representação psíquica que eles trazem acerca de suas famílias, assim como o seu próprio funcionamento psíquico no que tange às perdas, à obesidade e ao procedimento cirúrgico.

A apresentação dos dados será realizada considerando as falas dos participantes. Como mencionado, a fim de preservar a identidade dos participantes, os nomes utilizados são fictícios.

Identificando os entrevistados

I) Helena: 45 anos, casada, quatro filhos, terceiro grau completo. Mora com o esposo e com os filhos. Trabalha na área da educação. Quando fez a cirurgia seu IMC era 42,3 kg/m². A entrevista foi realizada quatro meses após.

II) Sebastiana: 35 anos, separada, tem um filho, segundo grau completo. Trabalha na área da saúde. Mora com a mãe e com o filho. Foi para a cirurgia com IMC de 43,6kg/m². A entrevista foi realizada aproximadamente dois meses após.

III) Selma: 53 anos, casada, tem três filhos, segundo grau completo. Mora com o esposo e com um filho. Foi para a cirurgia com IMC de 47,87kg/m². Na época da entrevista fazia aproximadamente nove meses que havia realizado o procedimento cirúrgico.

IV) Salomão: 37 anos, casado, tem um filho, terceiro grau incompleto. Mora com a esposa e com o filho. É funcionário público. Foi para a cirurgia com IMC de aproximadamente 72,4 Kg/m². No dia da entrevista fazia aproximadamente 70 dias que havia sido operado.

Pode-se dizer que no momento da entrevista todos os participantes apresentavam perda significativa de peso, entretanto, alguns demonstravam maior ou menor dificuldade para seguir a dieta nutricional proposta.

Apresentando suas histórias

Helena: é a filha número seis, de um total de 12 irmãos (sete mulheres e cinco homens). Tem recordações desagradáveis do período da infância, pois se sentia preterida pela mãe. Descreveu muitas brigas entre elas. Com os irmãos, prevaleciam as relações de competição:

[...] então...a minha amizade com a minha mãe não era boa, teve um tempo que eu me culpava, que eu ansiava por ter a amizade que ela tinha com meus irmãos.

Quando a entrevistada estava com 14 anos, a mãe a pediu que saísse de casa e a levou para morar em um “seminário” (sic). Afastada do ambiente doméstico, sentia saudades da mãe e queria voltar:

[...] lá aceitavam pessoas menores, mas eu não me adaptei, eu senti falta dela, eu chorava por sentir falta dela; era na mesma cidade, mas ela não foi me visitar nenhuma vez e nem eu fui visitá-la, mas eu sentia muita falta.

Sobre a posição tomada pelo pai diante da imposição da mãe, Helena disse que ele não sabia o que estava acontecendo:

[...] eu tinha que ir pra esse seminário, aí ela falou: “Não conta para o seu pai que eu tô te mandando embora; você vai falar que você é que quer ir, senão ele não vai deixar!”. Aí eu falei: “Tá bom!”. Porque eu vi que era melhor pra mim, não dava mais pra continuar em casa.

Helena ficou três meses na referida instituição, mas aparentemente, esse período teve conotação de um tempo maior: “e aí eu fiquei meses...”. Os meses longe de casa (nos quais não houve contato com a mãe) foram cruciais para marcar as diferenças existentes entre a colaboradora e a família. Depois de retornar ao lar, ela não mais se sentia parte da família, supunha-se diferente de todos que lá habitavam. Praticava a bíblia e discordava das atitudes tomadas pelas irmãs, no que se referia à sexualidade. Espantou-se com o sentimento de estranheza, contudo ele não desapareceu.

[...] Aí eu voltei, mas quando eu voltei, eu vi claramente a rejeição; eu comecei a me sentir muito rejeitada, mas o meu pai na dele, até hoje.

Aos 17 anos, decidiu sair de casa; foi para o mesmo “seminário” (sic) que a tinha abrigado aos 14, e disse não mais ter sentido falta da mãe, ao mesmo tempo em que não desejava voltar para casa.

Neste local, conheceu seu futuro marido, o qual apresentou características que, para a entrevistada, eram de um companheiro ideal. Casaram-se.

Percebeu que com o nascimento dos filhos, o marido interessava-se mais por eles e, de certo modo, disputava com ela a atenção das crianças. No lar, segundo Helena, ele se desdobrava para sempre fazer o trabalho doméstico e receber elogios. Supôs que o marido tem uma grande necessidade de ser apreciado e relacionou esse comportamento ao fato de ser o caçula de 10 irmãos. Ele ocupa uma função religiosa na comunidade onde vivem. Dessa maneira, passa a maior parte do tempo em casa.

[...] ele chegava em casa, ao invés dele vir me cumprimentar, ele queria ver a nenê, ver como tava, aí ele brigava achando que ela tava com a fralda molhada fazia tempo, ou eu ia fazer um suquinho e era ele que queria fazer, ele que queria dar, assim sempre achando que ele fazia melhor que eu, até hoje. Meus filhos percebem isso[...].

[...] eu sentia que, assim, no nosso relacionamento era mais uma competição do que andar junto [...].

Para a entrevistada, a maioria de seus problemas conjugais aconteceu em função da obesidade, uma vez que seu marido não a queria gorda. Sentiu-se desprezada, principalmente no que se refere à vida social do casal. Atualmente, percebe que houve uma mudança em sua vida. Atribui tal modificação à realização da cirurgia contra a obesidade.

Sebastiana: na constelação familiar é a segunda filha do casal; seu irmão é três anos mais velho. A família residia em uma metrópole até a entrevistada apresentar um quadro alérgico e os pais decidirem pela mudança para uma cidade do interior do estado.

[...] Nós mudamos porque eu tinha um problema de bronquite muito forte e o médico falava que tinha que tirar, que não tinha jeito senão morria mesmo e meu pai tirou e nós viemos pra cá, pra me tirar do clima de X; eu morava bem no centro de X, então era muita fumaça e ai nos viemos [...].

No período da mudança de cidade, a entrevistada tinha por volta de 10 anos de idade. Nenhum fato é lembrado por ela até os 15 anos; foi com essa idade que Sebastiana ficou órfã de pai, cuja morte aconteceu em decorrência de um acidente de trânsito; foi um acontecimento inesperado que representou um momento difícil para a família. Depois desse fato, todos (Sebastiana, mãe e irmão) precisaram trabalhar para conseguir se manter.

Sebastiana contou que não foi a mesma após o falecimento do pai; parou de estudar e de sair, apenas trabalhava e ficava em casa. Dormia com a mãe e passou a acordar no meio da noite a fim de verificar se ela continuava respirando; tinha medo que a mãe também morresse e a deixasse sozinha. Toda noite, no mesmo horário, acordava e, além de verificar a respiração da mãe, passou a comer.

Aos 19 anos foi demitida do trabalho e voltou a estudar; desejava então namorar. Conheceu o homem que viria a se tornar seu marido. Namorou por oito anos, foi casada por cinco; está separada há três, a mesma idade de seu filho. Considera-se uma pessoa que gosta de tudo organizado em seu devido tempo; por isso namorou bastante e engravidou somente depois de cinco anos de casamento, de forma que teve tempo para pensar no filho e decidir quando iria tê-lo.

Seis meses depois do casamento dessa colaboradora, o irmão também casou. Sebastiana sentiu dificuldade para aceitar as mudanças na família.

Como já foi dito, engravidou com planejamento prévio e, durante a gestação, a relação do casal ficou mais distante. Em função do peso, a entrevistada passou a ter vergonha do marido. No que se refere ao filho, após o parto, houve uma mudança de sentimentos em relação à criança; sempre desejou amamentar, mas quando ia fazê-lo, sentia um vazio, uma sensação ruim que a impedia de continuar; o leite secou; supôs que teve depressão pós-parto.

[...] Eu acho que eu estava com depressão pós-parto, eu chorava muito. Depois que o

Gabriel nasceu eu chorava muito, eu me sentia prisioneira [...] [...] meu leite secou e eu tinha uma vontade de amamentar e quando eu punha o Gabriel no peito, eu tinha uma sensação tão ruim, tão ruim; se eu pudesse morrer naquela hora eu queria, toda vez que punha o Gabriel no peito e não era nada de dor, era uma sensação que eu não sei nem explicar o quê que eu sentia, era uma sensação de vazio tão grande, uma coisa tão grande dentro de mim que eu não conseguia evitar.

Poucos meses mais tarde, Sebastiana descobriu que o marido mantinha um relacionamento afetivo com outra mulher. Com isso, o divórcio se concretizou. Retornou à casa da mãe e, segundo seu relato, a vida voltou a ser como era depois da morte do pai. Tinha a sensação que sua vida tendia a piorar; estava num ciclo no qual se deliciava com a comida, sentia pesar a consciência, depois esquecia do pesar, voltava a comer e, novamente, se culpava pelo que tinha ingerido.

Selma: é a segunda filha de uma família com quatro meninas. Nasceu no mesmo sítio em que cresceu e se casou. Após o casamento, continuou morando no mesmo lugar até o presente momento. Sempre trabalhou para ajudar o marido. Considera-se uma boa mãe e espera que tudo que tenha dado aos filhos, eles passem, por sua vez, aos netos.

Meu casamento é bom, eu tive os filhos, sempre trabalhei pra ajudar, sempre cuidei da casa. Eu acho que eu sou uma boa dona de casa, sempre cuidei bem do serviço, dos filhos, eu tenho três filhos que graças a Deus não tem defeito; quer dizer, tem defeito, mas não tem defeito de droga, de ladrão. Todos são trabalhadores e eu acho que a gente foi um bom pai e uma boa mãe. Um bom alicerce, eu acho que a gente preparou; agora a gente tem dois netos e a gente espera que tenha o mesmo alicerce que os filhos [...].

Atualmente, a morte do pai é o fato que mais a incomoda. Ele faleceu há um mês (de acordo com a data da entrevista) e Selma não consegue aceitar essa perda. Segundo ela, o pai era um homem muito amoroso. Não foi um pai presente na infância das filhas, pois trabalhava viajando para outras cidades. Entretanto, nos finais de semana, brincava muito com elas e tentava compensar a ausência. A entrevistada ressaltou os aspectos bons da relação com o pai:

[...] quando ele vinha, tudo que ele não tinha feito com a gente durante uma semana, quinze dias, ele fazia tudo no sábado e no domingo. Jogava 'betcha' com a gente, meu pai pescava, levava a gente pra beirada de água [...].

Contou em detalhes como aconteceu a morte paterna, enfatizando o quanto era querido por todos da família.

Meu pai morreu assim muito de repente; ele passou mal à noite e a gente sabia que ele já estava doente, que ele teve enfisema pulmonar, só que estava tratando e bem, sabe? Não estava mal, não estava acamado, não estava nada, estava andando e comendo sozinho e tudo, e ele teve uma crise uma semana antes, e na segunda ele internou às 8:00 h da noite, e 7:50 min. da manhã ele faleceu e eu não vi meu pai vivo (choro) e é isso que eu estou remoendo ele por dentro.

Está atravessando um período conturbado no relacionamento com o marido. Passou por muitas situações difíceis ao lado dele; sempre foram companheiros nos momentos de felicidade, de tristeza e diante da obesidade. Ele não a abandonou e também não exigiu que ela emagrecesse. Disse nunca ter sofrido pressão nesse sentido.

Sempre na obesidade, nas dificuldades, nas alegrias, nas tristezas a gente se deu bem, a gente sempre se apoiou, [...] e não tenho nada que reclamar, sempre fui bem apoiada tanto dos filhos quanto dele [...] porque ele é muito carinhoso comigo assim, sabe? O dia inteiro ele passa e ele me beija [...].

Salomão: é o caçula de 22 irmãos; sua mãe o concebeu quando já estava com 48 anos de idade. Do total de irmãos, apenas nove estão vivos. Seu irmão mais velho tem 64 anos e a irmã mais próxima a ele é 10 anos mais velha. Lembrou que, na infância, sua família de origem passou por dificuldades financeiras.

[...] eu sempre gostei de comer bem então assim, mesmo sem condições, minha mãe picava mamão verde para gente comer ... comer coisas diferentes e não tinha condições, eu cheguei a comer mamão verde como se fosse chuchu e não me matou. Olha o tamanho que eu tô.

Disse ter sentido vontade de comer guloseimas e não ter dinheiro para comprá-las. Entretanto, lembra que tais acontecimentos não o afetaram muito; apenas valoriza tudo o que conseguiu na vida.

Aos 13 anos morava com os pais e com uma irmã, mas sempre trabalhou para ter dinheiro. Aos 16, resolveu fugir de casa rumo à capital do estado. Segundo seu relato, a decisão foi tomada em função das surras dadas pela mãe. Permaneceu dois anos sem falar com a família. Na capital, foi morar embaixo de uma ponte, lugar onde conheceu um policial que o acolheu. Falou do grande aprendizado ao lado do pai substituto. No entanto, quando questionado sobre esse relacionamento, fez apenas um breve comentário e não o mencionou novamente durante a entrevista.

Depois da reconciliação com a família de origem, trabalhou em uma empresa de

comunicações e viajava com frequência. Em uma de suas viagens, conheceu a mulher que se tornaria sua esposa. O casamento aconteceu devido à gravidez da namorada.

[...] aí lá eu conheci minha esposa, nós namoramos e eu acabei engravidando ela e daí tive que casar, minha família nem conhecia ela.

[...] Se você chega e fala: “tô grávida”, bom, eu tenho duas alternativas, fugir – não, não foi pra isso que eu fui ensinado, então assumir? Sim. Gosto dela? Sim. Então não tem muita coisa pra falar, é casar.

É casado há 18 anos e tem um filho com essa idade. Sente que, às vezes, briga demais com ele; são muito diferentes e não se entendem. O filho tem o que quer, abre a geladeira e tem tudo o que gosta, ao passo que ele, não tinha. Tenta não agredir o filho fisicamente, mas quando necessário usa as palavras.

2. A representação psíquica dos participantes acerca de suas famílias

2.1 - A representação da relação conjugal dos pais

É na família, entendida como o primeiro grupo com o qual o indivíduo tem contato, que se estabelecem os primeiros vínculos afetivos. Nesse contexto, a figura dos pais torna-se importante, na medida em que, para a criança pequena, eles se constituem como única fonte de conhecimento e autoridade.

Ocupando o lugar central na vida das crianças, os pais são alvo dos mais intensos desejos infantis. Tais desejos, expressos através de fantasias, modificam-se com o desenvolvimento intelectual. Segundo Freud (1909 [1908]), num primeiro momento, o desejo da criança é o de ser igual ao pai ou à mãe, ou seja, tornar-se adulto. Ao conhecer outros pais, a criança tende a estabelecer comparações e reconhecer que os seus possuem características não tão extraordinárias quanto as que supunha. Suas fantasias estão ligadas à substituição dos pais verdadeiros por outros que lhe pareçam melhores. Nesse período, a criança ainda não tem conhecimento dos aspectos sexuais determinantes da perpetuação da espécie.

Mais adiante, pouco antes da puberdade, a criança toma como objeto de interesse as relações familiares, principalmente no que concerne à relação entre os pais. Isso acontece devido ao fato de já existir o reconhecimento dos papéis sexuais. Dessa forma, as fantasias infantis se modificam em decorrência do novo conhecimento adquirido.

A representação dos participantes acerca da relação conjugal foi mencionada a fim de que, através de suas recordações infantis, no que se refere ao relacionamento dos pais, fosse possível um entendimento desse período de suas vidas. Como mencionou Freud (1940[1938]a), todo acontecimento dos primeiros anos da infância é de extrema importância para a vida posterior. Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), o autor afirma que desentendimentos entre os pais, ou um casamento infeliz poderiam predispor os filhos a um adoecimento neurótico.

O modo como é percebida a relação parental remete, ao mesmo tempo, à subjetividade do próprio entrevistado, uma vez que ele é quem determina e constrói o enredo de sua história/fantasia.

A análise dos dados provenientes das entrevistas sugere que as vivências da relação parental foram distintas em todos os casos. Entretanto, pode-se traçar um paralelo entre elas. Percebe-se que, inicialmente, o assunto é abordado pelos participantes de forma a envolver certo mistério, ou de modo que as dúvidas não existam. Há uma certeza quanto ao não saber e quanto ao saber.

Sebastiana é a participante que não apresentou dúvida acerca do relacionamento parental. Para ela, o casamento dos pais era perfeito, sem brigas ou conflitos.

[...] meu pai e minha mãe, eles sempre foram muito unidos, eu nunca vi uma briga do meu pai e da minha mãe, eu sempre vi meu pai e minha mãe de mão dada, e saía; nunca teve discussão, então pra mim, meu mundo era perfeito, não tinha discussão na minha casa, não brigavam, meus pais sempre se deram muito bem, entendeu?

Eles se amavam muito e estavam sempre juntos. Sua concepção parece um pouco idealizada, no sentido de que, aparentemente, não havia imperfeições, todos se compreendiam e se relacionavam bem. Segundo Freud:

A idealização é um processo que diz respeito ao *objeto*; por ela, esse objeto, sem qualquer alteração em sua natureza, é engrandecido e exaltado na mente do indivíduo. A idealização é possível tanto na esfera da libido do ego quanto na da libido objetual (grifos do autor) (FREUD, 1914, p 101).

A entrevistada exaltou o relacionamento dos pais de forma que não conseguiu se lembrar de nenhum momento de discussão em família. Para ela, nunca houve um conflito. Sua idealização parece estar na esfera da libido objetual; supõe-se que tal idealização cumpre a

função de mantê-la afastada da realidade. Com o advento da morte paterna, Sebastiana, aparentemente, não pode atribuir ao relacionamento conjugal e, concomitantemente ao pai, características que possam denegrir sua lembrança.

Outro dado a ser destacado, é o fato de essa entrevistada não ter demonstrado curiosidade acerca da origem de sua família; nem sequer mencionou o namoro e o casamento dos pais. Considera-se que, em seu funcionamento psíquico, a entrevistada permanece no momento em que a criança se contenta em exaltar o pai e deixa de lançar dúvidas sobre a origem materna, uma vez que tal fato é indiscutível. Sebastiana não dá indícios de ter passado ao outro estágio, em que há questionamentos que envolvem o conhecimento dos papéis e funções sexuais dos adultos e, conseqüentemente, a dúvida acerca da paternidade.

Tal dúvida foi expressa por outra participante – Helena. Esta, desde o início da entrevista colocou em questão a natureza do relacionamento dos pais. Ao mesmo tempo em que afirmou não saber, enumerou acontecimentos que diziam respeito aos conflitos existentes.

Mas a verdade assim que eu acho do relacionamento deles... sei lá, que às vezes ela fala de largar dele que não suporta, [...] aí lá eles já estavam dando as mãos dando beijinho daqui e dali, (risos).

Ela conheceu meu pai, ela tinha quinze anos, aí ela conta assim, ela conta algumas mentiras, ela já morava com meu pai, aí o pai dela obrigou ela a casar com outra pessoa, aí ela voltou grávida, ela diz que tava grávida, mas que era do meu pai. Só que a gente descobriu que não é verdade porque no registro desse meu irmão mais velho é o nome de outra pessoa, mas aí ela não conta....

[...] teve um dia que chegou, eu achava que ela fosse casada com meu pai, aí um dia chegou um advogado lá e disse assim: “Olha, entrega esse papel para sua mãe, fala pra ela que é o advogado que tá cuidando do divórcio dela”[...].

[...] mas eu tenho uma irmã que descobriu recentemente que o pai dela estava bem ruim pra morrer e queria conhecê-la, aí minha mãe foi na casa dela e contou pra ela, ela achava que era filha do meu pai, que ela foi registrada pelo meu pai, então tem algumas coisinhas assim.

As brigas que tinham assim quando meu pai ficava nervoso na época que ele bebia e eu era criança, assim, ele nunca relou a mão na minha mãe e nem ergueu a voz, ela irritava ele e ficava falando as coisas e ele derrubava as coisas, quebrava, jogava a TV no chão, o que dava ele jogava no chão, mas agressão física não, nunca teve.

[...] o meu pai e minha mãe, pela idade que eles tão, ele com 76 e ela com 71, até que são românticos, ele vive segurando a mão dela e dando beijinho e tal e tal, mas aí a gente vai descobrindo coisas [...].

Para Helena, parece que a constituição da família de origem é um mistério que durante a infância ela tentou desvendar. Para a entrevistada, a dúvida se manifestou no sentido de descobrir a paternidade dos irmãos. Freud (1909[1908]) diz que as crianças já cientes dos processos sexuais imaginam-se em situações eróticas e colocam a mãe em posição de infidelidade e com casos amorosos secretos.

Essa colaboradora estabeleceu conexão entre suas experiências reais e construiu uma teia de acontecimentos interligados, que sugerem as possíveis traições da mãe, resultando em irmãos bastardos e na violência com que sente ser tratada, pelo fato de ir em busca de suas origens. Parece que esse conhecimento (a origem de sua vida) não pode ser revelado; é a mãe que sempre a impediu de conhecer a realidade.

A rivalidade com a figura feminina está presente ao mesmo tempo em que há uma aparente necessidade de se libertar. Na relação amorosa, a mãe é hostil e humilha o pai. Entretanto, ele é percebido como uma figura que não lhe causa mal. Nas brigas, ele não agrediu fisicamente a família e, diante da possível existência de uma filha fora do casamento, percebe-se que a entrevistada, de algum modo, amenizou as atitudes do pai. Ao que tudo indica foi atribuída uma maior ênfase às questões que envolvem a mãe do que às que dizem respeito ao pai.

Quanto aos outros entrevistados, percebe-se que, ao mesmo tempo em que houve idealização do casamento, também existiu alguma percepção da realidade. É certo que tal percepção foi rapidamente camuflada sob evidências reais, num esforço para garantir verossimilhança à realidade externa. Desse modo, Selma e Salomão permaneceram num jogo ambivalente, ora a família é permeada por união e perfeição, ora se dão conta dos conflitos e acabam por se desvencilhar da realidade com um pensamento racional concreto.

Para Selma, o relacionamento conjugal dos pais era o melhor possível, um exemplo de casamento que ela deveria seguir. A convivência era boa, mas o pai não permanecia em casa. Com a aposentadoria, começaram as brigas. Nota-se que Selma atribuiu a agressividade paterna a uma doença (enfisema pulmonar) e não ao fato de conviver mais tempo com família. Ela reconheceu também a agressividade materna para com o pai e afirmou que tal tipo de comportamento é aceitável, uma vez que não é duradouro. Portanto, uma agressividade passageira é aceitável. Com esse discurso, talvez Selma estivesse tentando camuflar uma realidade que para ela é dolorosa – o fato de o casamento dos pais não ser da forma como sempre idealizou.

[...] quando eu era criança que a gente não entendia as coisas direito, eu achava que era bem, mas como meu pai trabalhava fora, aí começou a ter discussão entre eles, então a gente começou a perceber que não era só flores que tinha naquele casamento que a gente sempre espelhou, sempre começou a ter uma coisa ou outra e depois agora que meu pai aposentou, que eles ficaram sozinhos, aí piorou, aí ficou pior. Assim, meu pai ele sempre foi amoroso, carinhoso, mas ultimamente, não sei se é problema da doença que ele já estava doente e estava bem avançada, ele estava bem agressivo com a minha mãe, só que assim, na mesma hora agressivo e na mesma hora carinhoso, na mesma hora que estava bem ele já respondia bruto pra ela, sabe assim? mas no começo, até a gente se casar, eu sempre achei um bom casamento, um bom relacionamento.

[...] e eu não entendia o porquê, mas ele estava bem agressivo, tanto um quanto o outro, mas ao mesmo tempo não era aquela agressividade de ficar sem conversar, assim entendeu? Não era aquela de ficar sem conversar, falava o que tinha que falar e no mesmo momento já voltava a se conversar, então não sei se já era o problema de ele não estar legal, porque dificuldade nenhuma eles tinham, ele aposentou com um bom dinheiro, eles tinham a casinha deles, então não sei o que aconteceu.

[...] depois que ele se aposentou, eu achei ele mais agressivo, não sei se era a bebida, porque aí ele não estava tendo hora pra beber e, às vezes, a gente ia pra lá e minha mãe falava que ele estava bebendo muito cedo.

Então assim, é uma agressividade que a gente pode dizer assim, uma agressividade quase normal, agressividade do momento ali e passageira. Então eu não posso falar se foi um relacionamento bom ou se foi mal, mas a gente sei lá...

Para ela, não foi/é possível imaginar que talvez as brigas estivessem acontecendo em função de uma maior convivência entre os pais. Percebe-se que, em seu pensamento, há uma justificativa plausível para a mudança nos relacionamentos, algo fora do controle humano: a doença. Assim, não há atribuição de culpa aos pais pelo casamento imperfeito. A idealização é mantida.

No caso de Salomão, parece que da mesma forma que Selma, ele idealiza o relacionamento dos pais. Para esse entrevistado, família significa “união”. Acerca do relacionamento conjugal dos pais, não tem certeza do modo como se relacionavam no período de sua infância, entretanto, lembrou-se que a mãe sempre “foi ignorante, sempre ditou muito as coisas, então meu pai sempre deixou, porque ele era um cara muito legal, não queria briga e sempre deixou pra lá”.

Sua dúvida inicial para dizer o que sentia a respeito do casamento parental pode se referir a uma das formas de camuflagem, utilizada para não haver um confronto direto com suas lembranças. No decorrer da entrevista, emergem fatos que sugerem um pensamento

persecutório da família em relação aos membros (o pai que cozinha com medo de que a esposa coloque veneno na refeição). As lembranças do entrevistado, acerca do relacionamento parental, dão pistas de um casamento que parece permeado por conflitos.

[...] eles acabaram assim com a idade e tal, e depois vira comédia os dois, porque meu pai gostava de cozinhar e tal, mas isso porque minha mãe disse que ia por veneno na comida dele, então ele não comia. Ela dizia que ia matar ele quando ele estivesse dormindo e ele não dormia, mas era um cara muito reservado e tal. A gente sabe que nunca faltou nada, mas minha mãe fazia muita dívida, faz até hoje, compra muito as coisas sem necessidade e meu pai sempre foi muito centrado, então ele pensava de guardar o dinheirinho dele pro final da vida dele e pra morte dele, pra não precisar de ninguém e tal, então pra quê comprar mais um jogo de prato dentro de casa se já tem cinquenta pratos. Mulher tem muito disso e ele falava: “Oh, mulher eu vou te matar”, e ela: “Ah! vai? Eu tenho um facão embaixo da minha cama”. Então era assim e os dois viravam um bate-boca dentro de casa e eu pensava: “Rapaz! Quase setenta anos de casado estão assim!”

Salomão, ao narrar o trecho acima, utilizou um tom de humor para dizer de um tipo de relação que talvez estivesse marcada pela violência. Pode-se inferir que tal fato tenha acontecido como forma de amenizar uma recordação que para ele causa espanto, estranheza: “Rapaz! Quase setenta anos de casado estão assim!”.

Em outro momento, recordou-se que os pais dormiam em quartos separados; atribuiu tal comportamento à idade, uma vez que eram idosos e necessitavam de colchões diferentes para evitar a dor no corpo. A separação de quartos aconteceu pelo menos 10 anos antes da morte paterna.

A união, referida inicialmente por Salomão como sendo o representante do que é família, pode ser uma ratificação de sua vida real, já que durante a entrevista não aparecem momentos descritos como sendo de união familiar.

Definiu sua família como cigana, misturada, a mãe era mãe e era pai. O cigano é um indivíduo proveniente de um povo nômade; popularmente, pode ser a designação de uma pessoa de vida incerta. Misturar significa juntar pessoas ou coisas distintas, cruzar, unir, mesclar, confundir, baralhar, confundir-se, mesclar-se. Assim, pode-se entender que, na concepção de Salomão, sua família tinha uma vida incerta, insegura, todos confundiam-se em relação aos seus papéis, estavam misturados, mesclados, unidos, a mãe era mãe, mas também era pai.

Segundo Eiger (1985), as imagens parentais apresentam-se de modo confuso nas famílias que interagem de acordo com vínculos narcisistas. Nessas famílias, os organizadores que englobam o eu familiar (sentimento de pertença, habitat interior e ideal de ego familiar) são instáveis; talvez esse seja o sentimento de incerteza a que Salomão se refere quando

denomina sua família como sendo cigana.

Percebe-se que, de algum modo, todos os entrevistados exaltaram a figura masculina no relacionamento afetivo. Todos os pais/maridos eram bons, amorosos, carinhosos, centrados. Faziam o contraponto em relação à figura feminina.

A representação que os participantes têm do relacionamento conjugal dos pais é relevante, uma vez que é a primeira idéia que terão acerca de uma relação afetivo-sexual. Para a psicanálise, como já mencionado, os primeiros relacionamentos adquirem extrema importância, na medida em que se constituem nos modelos pelos quais os sujeitos se norteiam ao longo de suas vidas. Ao entender qual representação os entrevistados têm sobre a relação conjugal dos pais talvez se torne possível pensar em suas próprias escolhas amorosas dentro do contexto da pesquisa.

2.2- A relação entre irmãos

A família unida de modo sólido, graças aos organizadores da vida psíquica, é constituída por uma gama de vínculos e investimentos. Eiguer (1985) propõe a existência de duas linhas de investimento recíproco traçadas entre os membros da família.

A primeira, diz respeito ao investimento narcísico com a construção do vínculo narcisista. Esse vínculo encontra-se no não-ego que cada membro adiciona ao grupo. O “eu familiar”, composto pelo sentimento de pertença (sentimento que cada membro da família experimenta em relação ao grupo, sensação de proximidade particular), habitat interior (lugar real e fantasmático que contém a família e aplaca a angústia de desmembramento) e ideal de ego familiar (refere-se ao futuro da família, é uma representação do grupo em relação ao seu próprio destino) é a instância na qual os vínculos narcísicos se articulam de modo mais complexo.

O “eu familiar”, sendo o investimento perceptual de cada membro da família, permite que cada indivíduo reconheça a família como sua, numa continuidade de tempo e espaço. Isso se constitui no mecanismo que une e tranqüiliza uns em relação aos outros.

O segundo investimento existente entre os membros de uma família é de natureza objetual ou libidinal. Este é o resultado dos processos de objetualização que se seguem à escolha amorosa. Ele se constrói a partir dos vínculos libidinais e leva em consideração os desejos e projeções inconscientes. De outro modo, fundamenta o amor conjugal e familiar; é devido à

especificidade desse vínculo que a família se diferencia dos outros grupos humanos; a castração e a lei sexual são, de certo modo, os regentes do movimento familiar.

Os vínculos libidinais são tanto os investimentos permanentes de objeto entre os indivíduos da família quanto a interação – desencadeamento e circularização de atitudes e comportamentos. De acordo com Eiguer (1985), são três: de aliança, de filiação e de consangüinidade. Eles não são permutáveis, seus limites são delimitados e estabelecidos por relações proibidas e permitidas (ao menos em nível consciente).

No que se refere ao vínculo de consangüinidade, pode-se dizer que seu campo diferenciado segundo as funções e papéis sexuais leva em consideração a geração, o sexo, as relações sexuais e o horizonte temporal. Desse modo:

A geração: é idêntica entre irmãos.

O sexo: pode tanto ser diferente quanto idêntico.

As relações sexuais: estão proibidas segundo a lei do incesto.

Horizonte temporal: pode ser diferente ou semelhante.

Assim, as relações fraternas descrevem uma estrutura de vínculos consangüíneos horizontais entre pares. Esses vínculos situam-se, necessariamente, em relação às gerações que os organizam e, principalmente, em relações verticais, aos pais e aos avós.

Quanto às relações fraternas estabelecidas pelos participantes da pesquisa, as entrevistas denotam a presença de sentimentos intensos: rivalidade pelo amor dos pais, sentimentos incestuosos, raiva, idealização e dor.

Segundo os dados da entrevista de Helena, percebe-se que ela tentou a todo momento diferenciar-se dos irmãos.

[...] e aí eu fui procurar, eu sou muito assim de investigar, meus irmãos não, eles viam isso e tanto faz, não significava nada pra eles, então eles não iam atrás, aí eu ia, aí ao invés de eu ficar quieta e guardar pra mim eu ia pra ela: “Nossa mãe! a senhora é amasiada?” e ela ficava... talvez é isso também a nosso antagonismo.

Parece que a participante atribuiu aos irmãos características que, para ela, são desprezíveis: eles mentiam para os pais, faziam bagunça, as irmãs têm/tinham vida promíscua, engravidaram na adolescência, não gostavam de estudar e ainda não são tementes a Deus. Helena por sua vez, assumiu a posição no extremo oposto dessas características; ela orgulha-se de nunca ter mentido, de preservar a ordem e a castidade; saiu de casa para estudar

e para praticar a bíblia.

Talvez todas essas atitudes tenham sido tomadas por ela com o objetivo de tornar-se a filha perfeita para os pais, a filha preferida, aquela que merece todo amor. Já que os irmãos não faziam por merecer esse amor, deveriam ser ignorados. A rivalidade, ou ainda, a competição existente nessa família aparece de modo sutil; em momento algum da entrevista, Helena deparou-se com os sentimentos hostis na relação entre os irmãos.

Percebe-se ainda a relevância desse sentimento para Helena, quando ela parte em busca de uma explicação para a origem de sua família e acaba descobrindo que os irmãos são bastardos, filhos ilegítimos de sua mãe e de seu pai. Ela, filha legítima, detém um lugar privilegiado na família; ao mesmo tempo que tenta se diferenciar, satisfaz-se com a posição de estabilidade proporcionada pelo vínculo legítimo de sangue.

A rivalidade existente entre os irmãos foi descrita por Freud (1915-1916) ao postular que uma criança não necessariamente ama seu irmão ou irmã; na maioria das vezes, ela o odeia, pois os irmãos são seus rivais quanto ao amor dos pais. Esse ódio persiste por muitos anos e somente com o crescimento e amadurecimento é que poderá se estabelecer uma relação cordial.

Na entrevista de Selma, os dados mostram que a participante se ateu ao período atual do relacionamento fraterno. Ela privilegiou as boas lembranças da época da infância e referiu que cresceram com muita cumplicidade e carinho, num ambiente sem competição: “a gente cresceu com aquele carinho entre irmã”.

A partir do conhecimento produzido por Freud (1915-1916) acerca do relacionamento entre irmãos, supõe-se que o vínculo descrito por Selma é um tanto quanto idealizado, uma vez que para ela não houve a lembrança ou o reconhecimento de outros aspectos que não fossem positivos entre as irmãs. Segundo Freud:

Provavelmente não há quarto de crianças sem violentos conflitos entre seus ocupantes. Os motivos de tais desavenças são a rivalidade pelo amor dos pais, pelas posses comuns, pelo espaço vital. Os impulsos hostis são dirigidos contra membros da família mais velhos e também mais novos (FREUD, 1915-1916, p.246)

Ainda de acordo com esse autor, as atitudes agressivas e hostis para com os irmãos, muitas vezes, podem ser encobertas por outras, que serão aceitas socialmente pelo fato de se tornarem mais cordiais. Entretanto, os comportamentos hostis, em geral, surgem em primeiro lugar.

Atualmente, com o advento da morte paterna, Selma percebeu desentendimentos entre as irmãs mais novas.

[...] houve uma discussão entre elas e ultimamente elas não estão se falando; quando uma está na minha mãe a outra não vai e cada uma delas tem filha, mas não está apoiando a minha mãe. Não sei se eu quero ser perfeita, quero acudir tudo, mas eu acho que minha mãe na situação que ela está, ela tinha que ter o apoio das netas e das filhas, [...].

Parece que a entrevistada esperava que as irmãs não brigassem e estivessem dispostas a estar sempre com a mãe. Nesse trecho, percebe-se que a participante vislumbrou seu modo de pensar, através do qual imagina que todos deveriam ser perfeitos. Entretanto, não aceita o fato de as irmãs terem brigado no momento em que houve a morte do pai. Quando as irmãs não agem da forma como Selma espera, ela sente-se profundamente ferida.

Então eu queria que ela (a mãe) tivesse mais apoio dessa minha irmã, a outra dá mais apoio para ela e está aquele clima, quando uma está a outra não entra, problema entre a família lá. Então, eu não sei se eu quero corrigir todo mundo, se eu quero que todo mundo seja perfeito, você entendeu? E isso está me machucando muito, eu não queria que fosse assim, eu queria que fosse perfeito como era antes, você entendeu? Que não tivesse esse tipo de coisa pra uma machucar a outra, você entendeu? [...].

Talvez os sentimentos de Selma estivessem, de certa forma, confusos, uma vez que se certificava, a todo momento, se houve o entendimento por parte da pesquisadora. Parece que houve dificuldade em perceber que a realidade é diferente da maneira como espera. Referiu nunca ter existido uma briga até aquele momento. A morte do pai pode ter sido o desencadeador das discussões fraternas ou, ainda, pode ter sido somente a partir desse momento que Selma percebeu que as relações entre as irmãs não se estabeleciam da forma como ela imaginava ou esperava.

A possibilidade de existir, além da agressividade, outro sentimento predominante na relação entre os irmãos torna-se mais palpável quando a diferença de idade entre eles é maior. Nesse caso, a criança mais velha pode, desde o início, nutrir alguma simpatia pelo novo bebê. Para Freud (1915-1916), quando a idade é de oito anos ou mais o bebê pode despertar sentimentos maternos na criança mais velha, principalmente nas meninas. Aparentemente, foi o que aconteceu a Salomão, que nasceu quando sua irmã mais nova tinha 10 anos. Os outros irmãos eram todos mais velhos do que ele. Afirmou que esta irmã era e ainda é muito próxima.

Salomão é o filho mais novo de um casal que teve 22 filhos. Como já mencionado,

apenas nove sobreviveram, os demais morreram ainda bebês. Sobre a relação com os irmãos, disse:

[...] era boa, mas você sabe encrenca de irmão de moleque, eu era o mais novo, a minha irmã mais nova é 10 anos mais velha do que eu.

Devido à diferença de idade, Salomão referiu não se lembrar de um contato maior com os irmãos durante sua infância.

Eu não lembro muito, porque meus irmãos mais velhos iam com meu pai para o sítio e minhas irmãs logo se estabeleceram, e minha irmã mais nova morava em X, era chefe de cozinha da usina; essa que mora em Y casou com 16 anos e foi embora; quando eu tinha uma noção assim, vamos supor de 13, 14 anos que eu tinha um noção eu, era eu, minha mãe e minha irmã que casou e morava perto de casa. [...] meu irmão mais velho tem 64 anos. Grande diferença. Quando eu nasci, a Marina tinha 10 anos, então essa coisa de brincar eu não tive com meus irmãos que eram quase adultos quando eu nasci. Quando eu completei 10 anos, a Marina tinha 20; então foi assim, mas dói legal..

Parece que Salomão ressentiu-se por não ter tido uma maior convivência com os irmãos. Em outro trecho, disse que os membros de sua família moram em cidades distintas e raramente têm oportunidade de se reencontrar. Referiu-se aos encontros ocasionais com os irmãos como um evento esperado.

O fato de não ter tido irmãos mais ou menos na mesma faixa etária não significa que Salomão não tenha vivenciado os sentimentos inerentes a esse vínculo. De acordo com Kães (2005), o tema do companheiro imaginário aparece mesmo nas crianças que não tiveram irmãos. Nas famílias e nos grupos operam as relações fraternas, segundo as modalidades do complexo fraterno, os sentimentos de rivalidade, de inveja, de intrusão, as relações entre as gerações e o retorno do ódio num vínculo marcado pela ternura homossexual.

Segundo esse autor, o complexo fraterno diferencia-se das relações fraternas, uma vez que estas últimas são os laços consangüíneos horizontais entre os pares. O complexo fraterno, por sua vez, refere-se à organização intrapsíquica, ao conjunto de representações e de investimentos inconscientes constituídos a partir de fantasias e das relações intersubjetivas. O complexo fraterno define uma organização dos desejos amorosos, narcísicos e objetivos, da agressividade e do ódio com relação a esse sujeito reconhecido como irmão. Ele proporciona a todo sujeito uma experiência fundamental na psique humana, como lembra Kães (2005).

Nessa perspectiva, o complexo fraterno pode se tornar o deslocamento, a derivação ou ainda a fixação das determinantes edípicas. No entanto, Kães lhe atribui uma dinâmica

própria; isso não significa que o complexo em questão não possa se articular ao complexo edípico (fator fundamental na estruturação do psiquismo humano, pois a interdição do incesto une a lei ao desejo).

Pode-se inferir que tal articulação está presente no discurso de Sebastiana.

[...] meu irmão, meu irmão quando ele casou, eu tinha me casado.. daí 6 meses depois meu irmão casou, daí tirou todas as coisas dele de casa e tal e eu fiquei chorando e foi pra casa dele e fiquei chorando e ele falava: “Viu, mas eu não morri eu me casei, você também casou, eu não morri”. Eu entrava na casa da minha mãe e eu tinha a impressão que a minha família tinha ido embora, porque depois que meu pai morreu ficou só eu, minha mãe e meu irmão, daí eu tinha a sensação de que minha família tinha ido embora, eu chorava por tudo isso. Eu não sei, eu acho que eu tenho dificuldade de mudança [...].

Nota-se que durante a entrevista, no que se refere ao relacionamento fraterno, Sebastiana não apresentou lembranças da infância, apenas enfatizou o momento em que o irmão inaugurou uma nova família. Relatou seu sofrimento diante de tal acontecimento; por meio de sua fala, pode-se supor que, de alguma forma, a relação com o irmão era carregada de sentimentos intensos que a impediam de se sentir confortável diante de seu enlace matrimonial.

Frente à ausência paterna, disse que a família era composta pela mãe, pelo irmão e por ela. Tal organização pode ser a composição do triângulo edípico, no qual a figura do irmão mais velho aparece como substituto do pai. O sentimento expresso pela entrevistada, diante do casamento do irmão corrobora a inferência feita acima, uma vez que ela teve imensas dificuldades para se desligar do tipo de relacionamento fraterno que havia estabelecido.

Percebe-se que a participante sentiu que o irmão estava unido a ela nessa relação quando afirmou que ele disse “eu me casei, você também casou.”. Assim, o irmão somente tomou a atitude de casar quando a entrevistada já havia se casado.

Pode-se pensar que dessa forma ela não teria motivos para sofrer, pois foi Sebastiana quem primeiro tentou romper o vínculo e, logo em seguida, o irmão também o fez. Encoberto pelas leis sociais, supõe-se que exista um vínculo incestuoso entre os irmãos, fantasias incestuosas inconscientes.

O casamento foi o evento que talvez tenha desencadeado uma crise, fazendo emergir o ciúme diante de um outro na relação, a impotência frente à lei que interdita o incesto, e ainda a angústia de desmembramento: “Eu entrava na casa da minha mãe e eu tinha a impressão que a minha família tinha ido embora... eu chorava por tudo isso”. Esta última, a angústia de

desmembramento, de acordo com Eieger (1985), sempre está presente no grupo familiar, pois o grupo é o conjunto composto de indivíduos e corpos, mas nunca de uma unidade corporal. A partir da composição do psiquismo, cada membro tem medo de que cada parte somática, cada indivíduo retire seu investimento do soma coletivo.

A representação que os participantes da pesquisa têm acerca da relação afetiva com seus irmãos tem um papel fundamental para a compreensão da família enquanto grupo. Uma vez abordadas as representações dos vínculos⁶ de aliança (parte anterior) faz-se necessário a articulação com os vínculos de consangüinidade, pois ambos são relevantes para a apreensão da forma como se dá a estruturação da vida familiar dos entrevistados.

3. Da obesidade à gastroplastia: caminhos percorridos

As causas para a obesidade são muitas, mas num ponto sua etiopatogenia é clara: o aporte energético é maior que o gasto. As razões pelas quais esse fenômeno acontece, entretanto, não são exatas. De acordo com Coutinho e Dualib (2006), na teoria, o desequilíbrio poderia acontecer em função de um aumento no aporte energético e de uma diminuição do gasto ou de uma combinação de ambos os fatores. Dúvidas à parte, existem alguns mecanismos que podem favorecer o excesso de peso, definindo a obesidade como uma doença causada por múltiplos fatores:

1- fatores genéticos com ação permissiva para os fatores ambientais (genes de suscetibilidade).

2- aspectos ambientais, como inatividade física e má alimentação.

3- aspectos psicológicos, culturais e psicossociais (contribuem para o aparecimento da chamada obesidade psicogênica).

Ainda em conformidade com esses autores, as mudanças no comportamento alimentar e hábitos de vida sedentários atuam sobre os genes de suscetibilidade, tornando esse, o principal determinante para o aumento da obesidade no mundo. Para esses estudiosos, muito provavelmente, a obesidade é o resultado de fatores poligênicos somados a um ambiente que favoreça essa doença.

⁶ Eieger (1985, p 56) define vínculo como a composição de “uma interação e dois papéis”. A interação se refere ao aspecto relacional, enquanto que os papéis estão ligados ao aspecto pessoal, que se pode designar como os pólos do vínculo. Por exemplo, no caso da filiação, o pólo parental e o pólo filial.

Malheiros e Freitas Júnior (2003) afirmam que os fatores ambientais são os mais presentes enquanto co-fatores da obesidade e parecem ser os mais importantes para o seu desenvolvimento.

Quanto aos aspectos psiquiátricos, Fandiño e Appolinário (2006) concluem que, de forma geral, a prevalência de transtornos psiquiátricos como dependência de tabaco, bulimia, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e da personalidade são aumentados na população de obesos (grau III) em comparação com as taxas encontradas na comunidade. Desse modo, evidencia-se o fato de que os pacientes obesos graves que procuram tratamento para emagrecer apresentam um aumento de psicopatologia associada ao quadro de obesidade.

Franques (2003) reconhece que, dentre os fatores que poderiam causar a obesidade, estão os aspectos psicológicos ou emocionais. A autora afirma que a maioria dos pacientes com obesidade grau III que chega à gastroplastia apresenta alterações emocionais. Suas dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes na obesidade exógena ou reativa, e entre as conseqüências na obesidade endógena ou de desenvolvimento. Nesta última, o sujeito apresenta excesso de peso desde o início da vida e tende a vivenciar e a confundir os mais variados desejos como necessidade de alimento.

Na obesidade reativa, os acontecimentos que, de certa forma, provocaram desequilíbrios emocionais ou mudanças tendem a ser descritos como fatores desencadeantes. Os acontecimentos mais comuns são menarca, casamento, nascimento de filhos, situações de perda e separações. Logicamente, cada situação ganha um significado particular em cada caso. Franques (2003) diz que, em geral, esses indivíduos apresentam grande dificuldade psíquica para elaboração de certos estados emocionais.

Quanto aos participantes da pesquisa, pode-se dizer que, ao serem indagados acerca do início e etiologia da doença, todos apresentaram como resposta fatores situacionais e emocionais. Cabe dizer que os entrevistados não apresentavam doença orgânica como causa da obesidade, assim como não foram detectados distúrbios endocrinológicos.

Nas palavras dos participantes:

Selma: Sabe, isso é o que eu me pergunto até hoje, como que eu fui casar com 61 Kg e nove meses que eu não era gorda eu mantive o 61 Kg, foi eu engravidar eu fui para 98Kg? [...] Eu achava que era tudo da gravidez, e cada vez ia pior porque depois já não teve mais gravidez e não teve o peso a mais da gravidez, né! Quando eu operei, eu estava com 142 Kg, então eu não sei o que pode ter acontecido, se foi falha minha de não ter me corrigido, né, mesmo grávida, e mesmo depois da gravidez.[...] as pessoas falavam e dava a impressão que eu não tinha tido filho, que eu não emagrecia, não parecia que eu tinha tido filho.

Helena: [...] a princípio eu nunca tive uma história de gorda na infância; quando eu casei, eu tinha 22 anos e 52 Kg [...] Eu evitava (a gravidez), eu tomava o Diane, foi quando eu engordei seis kg, mas ele (o marido) achava lindo uma mulher de 52kg com a minha altura chegar no 60 ele achou legal, mas eu parei porque eu vi que eu engordei muito rápido com o Diane, eu parei e fui mudar pra um outro aí eu engravidei. Aí começou as minhas lutas [...]e aí eu tive três partos normais e cada vez que um filho nascia eu não perdia eu só ganhava mais...no último eu já estava com 85 kg quando fui ter o nenê e depois que nasceu eu amamentava e engordava e aí eu já comecei a me preocupar.

Salomão:[...] acho que a ansiedade, as coisas todas foram juntando e aí chegou nesse patamar, acho que tem também a ver e outra....você quer sim ou não há uma nova filosofia de vida, você fala que a mulher manda no marido em casa e eu acredito que não porque você, querendo ou não, você espera muito mais do homem e além de você ter um compromisso maior com seu trabalho, você ainda tem um compromisso maior e como você é homem, as pessoas te cobram ainda algumas coisas, então é difícil.

[...] quando eu casei, eu tava com 84 kg e 19 anos.

[...] olha, engordar, eu não consegui perceber, eu só percebia que eu tava trocando de roupa, que minhas roupas estavam crescendo, mas eu acho que teve vários acontecimento que...porque eu sou um cara assim, você não pode falar que vai me dar uma coisa amanhã e comentar sobre ela hoje. Você tem que falar já amanhã por que eu não durmo, e não durmo mesmo “Oh! eu tenho um presente pra te dar amanhã”. Pronto! Me matou. É melhor me dar só amanhã, eu lembro a primeira moto que eu comprei, eu dormi do lado dela.

Sebastiana: Assim eu sempre tive estrutura óssea larga, então eu nunca fui magrinha, mas sempre fui cheinha, mas não desse jeito né!. Assim eu penso (silêncio), que assim eu perdi meu pai com 15 anos e **eu meu pai** morreu de uma forma muito trágica, meu pai morreu de desastre de carro [...] me apeguei muito com a minha mãe, demais de apegada com a minha mãe, eu dormia com a minha mãe, para você ter uma idéia, era tão apegada com a minha mãe que eu acordava durante a noite, e eu fiquei muito tempo assim, eu acordava durante a noite pra ver se minha mãe tava respirando, sempre no mesmo horário, eu acordava olhava minha mãe via que ela tava respirando e aí voltava a dormir [...] no meio da noite eu passei a atacar a geladeira e eu sempre acordava no mesmo horário para atacar a geladeira, daí eu ia e [...] Então eu assaltava a geladeira e assim comia, até agora pouco tempo eu assaltava a geladeira. Até agora antes da cirurgia isso era direto, eu acordava para assaltar a geladeira parecia um relojinho, 3h, 3h30 da manhã eu despertava do nada, podia tá no sono mais profundo eu despertava, acordava do nada, simplesmente eu acordava [...].

De tal maneira, pode-se dizer que os próprios entrevistados têm a idéia de que sua obesidade estava associada a fatores tanto emocionais quanto situacionais, caracterizando a obesidade reativa. Para Selma e Helena, o aumento de peso foi relacionado às gestações. Para Salomão, o casamento apareceu como marco a partir do qual começou a engordar; destacou as cobranças existentes no relacionamento conjugal, no qual (para ele) o marido fica encarregado de um maior número de obrigações que a esposa. Esse entrevistado também associou seu excesso de peso a aspectos emocionais, como a ansiedade e a necessidade de satisfação imediata. Sebastiana, ao falar sobre o início e a causa da obesidade, imediatamente se

recordou da morte do pai e do fato de começar a comer durante a noite.

De modo geral, os participantes apontam para uma correlação entre aspectos psicológicos ligados a acontecimentos do ciclo vital, e o desencadeamento de um comportamento alimentar inadequado, culminando com a obesidade.

Sobre a obesidade dita reativa, Franques (2003) fala que há certos indivíduos que estabelecem relação entre seus estados afetivos (ansiedade, angústia, depressão, medo, etc) e modificações em seu padrão de ingestão alimentar. Para ela, as dificuldades decorrentes de frustrações são amenizadas pela grande quantidade de alimento consumida. Tal atitude leva ao alívio da tensão interna provocada pela situação desestabilizadora, ou seja, o ato de comer, de alguma forma, compensa a desestabilização psicológica e reestabiliza o equilíbrio interno. É certo que não se pode falar de um equilíbrio real, mas sim de um pseudo equilíbrio, uma vez que a situação de crise não foi elaborada, apenas minimizada ou escondida.

É interessante observar que cada participante apreendeu de modo diferente e singular a situação de estar obeso e o contexto no qual se encontravam. Sebastiana se referiu a uma limitação dos prazeres da vida, que se resumiam ao ato de comer.

[...] o único prazer de ser gordo é comer! Depois você come, você se delicia com aquele monte de comida que você come e depois fica com peso na consciência até a próxima refeição, aí você esquece de tudo aquilo que você comeu, porque você comeu, comeu e comeu e daí você esquece e torna a comer de novo e aí vai ficando daquele jeito, melhorar? Eu não achava que ia [...].

Percebe-se que a participante faz a descrição de um ciclo, de um movimento no qual estava pautado sua vida. Ela tinha a comida como única fonte de prazer; esta, no entanto, não lhe satisfazia, pois ao comer, logo aparecia o sentimento de culpa, o pesar a consciência e com isso o sofrimento se fazia presente até o momento seguinte, quando haveria uma nova refeição e assim sucessivamente, acarretando o aumento de peso e o sentimento de que não iria melhorar, ou seja, o sentimento de impotência e fracasso.

O ciclo descrito por Sebastiana apresenta alguma correspondência com o ciclo vicioso no comportamento do obeso descrito por Franques (2003). Em sua proposição, há em primeiro lugar, a dificuldade na elaboração das emoções (depressão, isolamento, insatisfação), seguido pela ansiedade que surge em decorrência do primeiro aspecto; assim, emerge a vontade de comer e, conseqüentemente, a ingestão alimentar, que por sua vez, abre espaço para a culpa e para o aumento de peso; ao final de algum tempo, haverá a possibilidade de a auto-estima ficar diminuída. A baixa auto-estima fecha o ciclo, pois possibilita o isolamento e

a tristeza, abrindo novamente o caminho para a ansiedade e assim indefinidamente.

Observa-se que Salomão desenvolveu uma certa teoria acerca da obesidade e do ser gordo ou, em suas palavras, de “ter cabeça de gordo”:

[...] cabeça de gordo é assim, ele não queria ser gordo mas ele é gordo. Você já viu um gordo numa loja? ele quer compra uma camisa P, toda vez que você vê um gordo numa loja ele tá sempre vendo uma camisa com uma estampa diferente que nunca cabe nele, (risos) mas é aquilo que ele queria, mas não cabe nele, então ele tem o tamanho de gordo mas não tem a cabeça de gordo, então ele tem aquele tamanho todo mas ele quer [...]

[...] a maior doença do gordo não é a obesidade, é ele não enxergar que ele é gordo..... então todo gordo tem essa coisa de...então você fala: “Ah você tá gordo”, “Ah, eu não tô, eu sou fofinho”.

[...] porque o gordo, pra ele ser gordo ele tem que ter uma coisa, ele tem que ser carismático, porque daí ele tira toda gordura na risada, na desenvoltura, que nem eu falo demais, comenta demais, ri demais, então todo mundo...né tão você põe seus problemas suas necessidades dentro da riqueza..escorrega e passa em branco.

Considera-se que ao falar dos gordos de um modo geral, Salomão está, na verdade, dizendo de si e de seus processos subjetivos. Dessa forma, a negação da obesidade por parte dos obesos, representa, de algum modo, sua própria postura em relação à gordura, ou seja, não se enxergar como obeso, uma vez que não deseja esse estado.

Ainda de acordo com a representação que tem do que é ser gordo, Salomão descreveu a necessidade de “passar em branco”. Parece que o entrevistado, ao negar para si mesmo seu estado de obesidade, tenta por meio da desenvoltura social driblar o olhar do outro, no sentido de que este não se volte para a gordura. Supõe-se que Salomão considera sua obesidade uma característica que deve ser eliminada da aparência, pois esta, mediante a percepção do outro, pode lhe causar “problemas e necessidades”.

Para Helena, a obesidade foi vivenciada como causadora de uma forte alteração no relacionamento conjugal, além de corroborar afirmações feitas pela família de origem em relação aos antepassados e ao futuro que lhe seria destinado. Revelou ser gorda como o pai. Essa característica é entendida pela família, como algo único, peculiar e aparentemente herdado. Entretanto, sob o ponto de vista da mãe, Helena relatou que ela e o pai são percebidos enquanto pessoas que não se cuidam, que pensam somente em comida.

[...] logo eu já comecei a me sentir rejeitada, meu marido falando que ele não casou com uma mulher gorda, que se eu fosse gorda ele não teria olhado pra mim e coisas assim [...]

[...] Eu sou a mais gordinha...mas meu pai pesa 120 kg. Quando eu chego, assim, eles até brincam (os irmãos) “Ah! a que puxou para o pai chegou!” e aí eu ficava com medo disso, eu pensava se minha bisavó morreu assim, o que que vai ser? E se isso acontecer comigo também. Aí chegou ao ponto de fazer a cirurgia [...].

Aparentemente, a obesidade tanto em sua família de origem como naquela que constituiu é entendida como um fato grave, um problema que deve ser solucionado. Caso contrário, ela corre o risco de perder o amor de seu marido e de ser desprezada pela mãe.

Selma vivenciou sua obesidade de uma forma bem diferente. Para ela, parece que não houve cobranças por parte da família de origem ou da constituída. Pensou que talvez o fato de ter engordado possa ter ligação como o comportamento do marido, uma vez que ele não exigia que ela fosse magra.

É como eu falo pra você, o meu marido nunca exigiu de mim, talvez se ele tivesse exigido eu não teria subido tanto o peso, mas ele nunca exigiu de falar “Você está gorda, você está feia, eu quero você magra”. Então eu achava cômodo naquilo, né, me acomodei, meu marido nunca cobrou nada, então é isso aí.

Não, quanto a mim não tinha (pressão por parte do marido e familiares) e nunca teve, (choro) às vezes eu falo pra você que foi isso que eu me acomodei e não me cuidei porque em cima de mim nunca teve cobrança, do meu marido assim: “Não vou sair com você porque você é gorda/ Não vou comprar aquela roupa porque você é gorda”. Não, nunca teve de maneira nenhuma.

Parece que Selma desejava a existência de um cuidado/vigilância sobre seu comportamento alimentar. Talvez ela esperasse que alguém, no caso o marido, exigisse que suas atitudes fossem parcimoniosas ou que simplesmente tivesse uma expectativa a seu respeito no sentido de não ser voraz. De qualquer modo, há a necessidade de um outro capaz de impor limites. Limites esses que podem ser expressos em forma de chantagem – “Não saio mais com você porque é gorda!” – ameaçando inclusive o amor existente entre ambos.

É interessante notar que a fala de Selma vem acompanhada por um choro. Quando questionada acerca desse fato, a entrevistada apontou que se sentia mal e por isso chorava. Relacionou suas lágrimas à morte do pai e não ao assunto abordado.

Percebe-se, através dos relatos dos participantes a respeito de suas vivências enquanto obesos, que cada experiência foi decorrente de suas subjetividades, do entendimento que tinham de suas necessidades, de seus desejos e de suas expectativas no que se refere ao comportamento e ao afeto dos que estavam ao seu redor. Enfim, estavam intrinsecamente ligados à sua trajetória de vida e aos relacionamentos que foram sendo estabelecidos ao longo da existência. Observa-se ainda que a decisão pela cirurgia bariátrica, da mesma forma que a

percepção acerca da obesidade, não se encontra desconectada de suas experiências anteriores. Na verdade, esta pode acontecer em sua decorrência.

Os participantes da pesquisa, de um modo geral, optaram pelo procedimento cirúrgico como uma forma de mudança, uma possibilidade de transformar o que em suas vidas estava lhes trazendo sofrimento. É justamente esse o ponto que singularizou os entrevistados; cada um tentava modificar questões específicas, as quais eram ligadas aos seus relacionamentos, à sua trajetória e ao que valorizavam e entendiam como positivo para si.

Num primeiro momento, quando a busca pela cirurgia se inicia, Franques (2003) aponta para um comportamento ansioso dos pacientes. Muitas são as expectativas e, em geral, a cirurgia é vista como uma solução mágica para os problemas. Leal e Baldin (2007), a partir de estudo científico com o objetivo de analisar as fantasias, resultados, expectativas, dificuldades e frustrações pelas quais passaram algumas pacientes obesas que realizaram a gastroplastia, concluíram que havia, por parte das entrevistadas, expectativas além do emagrecimento, como por exemplo, dissolução de situações de conflitos interpessoais, conjugais ou mesmo mudança na personalidade.

No caso dos participantes desta pesquisa, observou-se que em alguns casos, foram mobilizadas outras expectativas além do emagrecimento, como a reconfiguração da relação conjugal ou mesmo uma total transformação na forma de viver a vida, por exemplo.

Helena, aparentemente, desejava ter novamente um corpo magro associado ao fato de conseguir romper as identificações feitas com seus antepassados e resgatar o relacionamento afetivo com o marido.

[...] eu percebia o tanto que era importante pra ele (o marido) eu voltar a ser magra e ele sempre deixou claro pra mim que ele casou com alguém magro e ele me queria magra, ele me incentivou muito a fazer a cirurgia; quando eu quis fazer, nossa ele foi 10.

[...] a mãe do meu pai acordou um dia sem enxergar, a diabetes subiu tanto e ela nem sabia que tinha diabetes, subiu tanto e eu quis me cuidar, quis acordar pra vida. Já pensou acontecer comigo aquilo que minha mãe falava que tinha acontecido com uma avó dela? Vó do meu pai, não era nem dela, de acontecer isso de ter que carregar pra dar banho, e ela não conseguia ir no banheiro, e depois a irmã do meu pai pegou diabetes e eu pensei, e se eu acordar assim também?

[...] eu pensava, se minha bisavó morreu assim, o que que vai ser? E se isso acontecer comigo também? Aí chegou ao ponto de fazer a cirurgia [...]

Sebastiana afirmou querer mudanças em sua vida no que se refere à forma de interagir

socialmente com as pessoas. Para ela, parece que a cirurgia ganha a conotação de cura, de possibilidades e perspectivas futuras de melhora.

[...] do jeito que eu tava, eu não via perspectiva nenhuma de melhora, só de piora, ir engordando mais e mais e ficando menos disposta e achando menos roupa pra mim e ficando menos satisfeita com meu organismo, com meu corpo, com tudo meu..agora você acha que alguém em sã consciência quer ir isso pra si? Goste assim? Ninguém gosta de ser gordo, nenhum gordo é gordo porque quer, ninguém gosta de ser assim, ninguém gosta de ser tachado, de ser ridicularizado.

Selma pensou na gastroplastia como única solução para os problemas que apresentava nas articulações. Para ela, a decisão pelo procedimento foi tomada com o objetivo de prevenir o uso da cadeira de rodas.

[...] eu estou com desgaste no joelho, aí foi que eu procurei um Centro de Saúde e pedi o encaminhamento que eu estava vendo que... e o médico paguei particular o ortopedista e ele falou pra mim que meu fim seria numa cadeira de rodas, que não tinha jeito com o meu peso, com meu problema de joelho.

Salomão não demonstrou claramente um motivo específico que o levou à realização da cirurgia, entretanto, a partir de seu discurso, pode-se inferir que sentia muitas dificuldades em realizar suas atividades cotidianas, tornando-se dependente do cuidado alheio. Referiu-se à possibilidade de morte; tendo em vista suas condições de saúde, talvez ele tenha optado pelo procedimento cirúrgico como forma de garantir a vida.

[...] porque o gordo começa a estressar mais. Parece que não, mas você vê. Não sei se porque eles vê que precisa mais dos outros pra fazer as coisas que de repente ele não consegue e aí ele começa a ficar mais agitado [...].
[...] com 197Kg eu estava com meu atestado de óbito pronto só que sem data pra poder deitar. Eu consegui agora já tirar o atestado de óbito, já. Eu rasguei ele, agora eu posso morrer amanhã? Posso, como eu vou saber se eu vou morrer amanhã? Posso morrer depois de amanhã, mas se eu chegar amanhã eu vou querer morrer ainda depois de amanhã e é isso que nós estamos vivendo, né?

Franques (2003) afirma que a partir do momento em que os indivíduos decidem submeter-se à cirurgia bariátrica e iniciam o processo de preparação para o procedimento, mudanças importantes em seu comportamento tendem a surgir. Eles falam de modo mais tranquilo a respeito de sua obesidade, passam a encarar seu verdadeiro peso, olham-se no espelho com mais atenção, assumem seu estado de obesidade e parecem sentir-se mais felizes. Segundo a autora, tal fato é possível devido à nova postura tomada diante do sentimento de impotência que tinham em relação à obesidade.

Realmente, de acordo com Repetto e Rizzolli (2006), os pacientes podem ter esperanças de melhorarem sua qualidade de vida, pois afirmam que a cirurgia da obesidade é uma excelente ferramenta para a redução sustentada de peso, e melhora das doenças associadas à obesidade mórbida. Contudo, a adesão ao tratamento pelo paciente e por seus familiares é fundamental para a segurança e os bons resultados. Quanto à família dos entrevistados, no que se refere ao plano da consciência, não houve reprovações, de modo que todos apoiaram na realização do procedimento. Ambos, familiares e pacientes, decidiram assumir os riscos e encararam a cirurgia.

Diante da concretização do plano da cirurgia, Franques (2003) diz que muitos pacientes ainda se encontram confusos e temerosos, em conflito entre o querer e o medo. Medo da anestesia, medo de não conseguir emagrecer, medo da dor, medo da morte, medo das mudanças que virão. Nesse sentido, Helena expressou de forma bastante enfática suas dúvidas e revelou:

[...] Até na hora que ligaram pra mim e falaram: “Chegou a sua vez, vem pra cá”, eu comecei a chorar no telefone, me deu um medo e aí eu perguntei: “Eu vou fazer essa cirurgia ou não? O quê que eu faço?” Eu fiquei sem ação, minha vontade era falar: “Não, eu não vou”, porque me veio os temores e tudo assim muito engraçado; porque veio uma felicidade, assim porque era uma coisa muito esperada e ao mesmo tempo uma vontade de falar: “Não, não eu não quero”; eu queria emagrecer, mas sem esforço, entendeu?

Presenciando sua hesitação, o marido disse que ela deveria fazer a cirurgia, era o melhor a ser feito. Helena espantou-se com o comportamento do marido e sentiu que ele não a amava de verdade, pois a preferia magra, mesmo que isso lhe custasse a vida.

[...] Daí ele falou: “Não, você vai sim, vai sim” e aí eu fiquei até um pouco chocada, eu falei: “Puxa, né! ainda que eu ponha minha vida em risco como que ele me prefere né magra..”, é como se a gorda fosse outra pessoa né e que não aproveitava nada, né, nem mesmo meu interior.

Apesar de tudo que foi dito pelo marido, Helena decidiu fazer a cirurgia porque gostaria de “voltar a ser o que era”. Os demais participantes não se lembraram de tal hesitação, ou mesmo de algum receio em relação à cirurgia.

Acerca do período pós-cirúrgico, como já descrito no capítulo 1, é um momento em que há muitas fases a serem percorridas pelos pacientes. Essas fases nem sempre lhes serão agradáveis, porém, é de extrema relevância que as indicações e prescrições dadas pela equipe sejam seguidas.

Quanto aos entrevistados, pode-se dizer que estavam em fases semelhantes do pós-operatório. Todos já podiam mastigar alimentos de consistência sólida, entretanto, vale diferenciar o fato de que Selma estava na última fase nutricional, aquela em que ocorre a adaptação final e a independência alimentar. Nessa etapa, o indivíduo deve escolher seus alimentos e compreender suas propriedades nutritivas. A consulta ao especialista é válida para acompanhamento e evolução do peso, assim como para verificar a existência de carências nutricionais. Helena estava na fase de transição entre a número 4 e a última etapa; de tal modo, mantinha o cuidado com a escolha de alimentos nutritivos, pois as quantidades que podia ingerir ainda eram pequenas. Era capaz de escolher alimentos que lhe trouxessem mais satisfação e qualidade nutricional, ou seja, podia experimentar. Sebastiana e Salomão também se encontravam em processo de transição, entretanto, eles estavam na fase número 3, em direção à número 4; assim, selecionavam os alimentos de acordo com os mais nutritivos, aprendendo a identificá-los e escolhê-los independentemente. Nessa etapa, a mastigação é fundamental para a boa digestão e absorção do alimento. Se a mastigação não é feita adequadamente, o paciente pode sentir-se mal e apresentar vômitos.

Segundo Repetto e Rizzoli (2006), o vômito é uma das complicações pós-operatórias mais freqüentes, juntamente com a síndrome de *dumping* (caracterizada por mal-estar generalizado, sudorese, tremor, náuseas e palpitações), hipoglicemias reacionais (baixa glicemia ocasionada após 30 a 120 minutos da ingestão de alimentos com alto índice glicêmico), queda de cabelo (relacionada à perda de peso, desnutrição protéica), desnutrição protéica e deficiência de vitaminas. Os participantes da pesquisa não apresentaram nenhum relato de tais complicações pós-operatórias.

No que tange às experiências pessoais de cada entrevistado acerca de como foram vivenciados os momentos pós-operatório, pode-se dizer que seus discursos diferenciaram-se na medida em que a elaboração desse processo aconteceu de modo distinto, em consonância com as peculiaridades de funcionamento intra e intersíquico.

Para Helena, o pós-cirúrgico aconteceu do modo como esperava; assim, está se adaptando à nova dieta de forma adequada. Não gostava dos caldos, mas já pode comer de tudo e sente que sua vida está melhor. Na época da entrevista, fazia quatro meses que havia passado pela cirurgia. Nesse período emagreceu 22 kg, passando de um IMC de 42,3kg/m² para 35,4kg/m². Disse que estava “num momento só de contar o peso perdido”.

Acerca dos aspectos emocionais, a entrevistada afirma que depois da cirurgia deixou de ser uma pessoa parada.

Olha, eu deixei de ser parada, antes eu queria 10h30, na verdade eu queria levantar pra fazer o almoço porque minha filha ia chegar e ia ter que comer, mas não porque eu tinha vontade de levantar, eu não tinha vontade de sair.

Quando eu cheguei no hospital dava 7:00 h e eu já queria levantar e levanto cedo, vou na hidroginástica das 7:00 às 8:00 h, acha que eu ia fazer ginástica cedo? E isso é pra a tarde eu ir caminhar; antes eu não tinha motivação, não passava batom, não passava lápis, não usava brinco; cabelo só amarrado tudo engrunhido, hoje você acredita que eu pego ônibus às 4:00 h, 3:30 h da manhã eu estava fazendo chapinha; sabe, eu passei a ter vaidade de novo, coisa que eu não tinha mais, então essa cirurgia pra mim foi um renascimento, foi um resgate, ainda que assim eu não quero valorizar só a minha estética só meu exterior, sabe? Mas foi importante.

Para ela, houve mudança também no aspecto social, pois entendia que as pessoas de seu convívio (amigos e colegas de faculdade) a viam como derrotada. Relata o episódio no qual não foi aceita como oradora da turma na formatura, pelo fato de ser gorda. Conta que a escolhida era uma garota que se prostituía. Conclui que as pessoas em geral estão mais preocupadas com a estética do que com o caráter.

[...] Eu não queria que olhassem pra mim e vissem só um monte de banha, eu não sou uma pessoa derrotada. Está sendo bem, eu acordo cada dia me sentindo vitoriosa e com forças pra correr atrás.

Ao final da entrevista, Helena disse que há tempos não falava de si, sendo que foi a primeira vez, depois da cirurgia, que teve oportunidade de lembrar acontecimentos de sua vida. Demonstrou satisfação por não ter chorado, uma vez que sempre chorava ao relatar as brigas com a mãe, seu sentimento de rejeição, as vicissitudes do relacionamento conjugal.

Aparentemente, a entrevistada sente-se independente dos acontecimentos do passado, ou seja, não mais ligada a eles como antes; sente-se forte, diz tentar entender a mãe, colocando-se no lugar dela. Afirma que antes da cirurgia sentia pena de si mesma e no momento da entrevista conseguiu voltar ao passado sem “auto-comiseração”.

Para Sebastiana, a cirurgia foi uma mudança muito brusca em relação à alimentação. Inicialmente, teve dificuldades em se adaptar à nova dieta. Atualmente, pensa que está bem e não se arrependeu de ter feito a intervenção. “[...] não me arrependo de ter feito a cirurgia ...Porque eu lembro que eu só ia daqui pra pior...”.

[...] no começo, minha cirurgia eu achava que eu fosse me arrepender de ter feito a cirurgia, porque as primeiras semanas, os primeiros 15 dias são difíceis; pra ser mais exato, o primeiro mês porque você ainda come tudo batidinho e não pode mastigar e o mundo pensa gordo; eu falo que a gente é gordo, mas o mundo pensa gordo, porque assim, eu ia na televisão é Habib's é Bob's é Alameda Quality Center; é, eu tô falando isso porque eu decorei a programação da televisão, porque eu fiquei todos esses dias de licença né, não podia fazer estripulia, tinha que ficar quietinha mesmo né ou era pela internet ou pela televisão, lê livro, essas coisas, então eu decorei, é Alameda, é Girafa's, é Habib's, é Mc' Donald, é supermercado, é tudo propaganda de chocolate da Nestlé, é Coca-cola. Se você pegar é só comida e assim pra você que

só tinha que ficar no caldinho, eu tinha vontade de chorar de vontade de mastigar, porque fome eu não tinha eu nunca tive fome depois da cirurgia.

Aparentemente, supunha que não iria suportar a vida sem comer o que estava acostumada. A televisão é evocada em seu discurso como veículo através do qual lhe era mostrado todos os alimentos proibidos, entretanto, extremamente desejados. Percebe-se ainda um certo ressentimento com o mundo, uma vez que este “pensa gordo” e lhe impõe a todo tempo lembranças de alimentos que ela, pelo menos por um tempo, não poderia ter acesso. É interessante observar que a entrevistada faz uma diferenciação entre a fome e a vontade de comer, vontade de mastigar. Tal diferenciação ocorreu após a cirurgia, pois antes, essas sensações eram confusas para ela, de modo que ambas eram compreendidas como sendo fome. A vontade de mastigar é minimizada quando Sebastiana faz a transição dos alimentos pastosos para os sólidos.

[...] mas depois não, agora vontade de mastigar essa eu tinha e não passou,... mas eu, no meu caso foi realmente muito ruim, eu tinha vontade de comer, eu tinha vontade de mastigar, eu tinha vontade de comer as coisas que eu estava acostumada, tinha vontade de mastigar, porque assim, você toma aquele caldinho e aquilo não tem nada consistente, né! Você tem vontade de comer o que tava acostumada, porque assim, o teu hábito vai mudar da cirurgia pra frente, só que assim, você entra no hospital comendo e sai do hospital sem comer um dia depois, então eu falo pra minha mãe que é uma mudança muito drástica, muito brusca demais, a transição é muito brusca, mas assim, não me arrependo de ter feito, assim, porque quando eu lembro disso a tendência minha era piorar porque ó eu não tinha vontade de sair, não tinha disposição não queria que ninguém me visse daquele jeito.

Sobre sua alimentação Sebastiana descreveu:

[...] vai fazer 60 dias agora dia 19, faltam três dias agora pra dar dois meses, então assim, nada agora, então assim, eu não posso comer, hoje em dia não é tudo que eu como que cai bem, tem dia que cai tem dia que não. Eu não faço mais aquele prato que você fala: “Aí vou fazer aquele prato e comer! (dito com aparente vontade de comer) é tudo pouquinho, pequenininho e assim, exxxtremamente pensando no que eu estou comendo, que eu vou botar pra dentro, que eu tenho que facilitar a digestão, pra não cair errado, porque se cair errado volta mesmo e eu tenho medo disso...

Ela teve medo de se sentir mal com os alimentos ingeridos, sentia medo de não “conseguir se virar”. Para Sebastiana, a mudança no hábito alimentar foi entendida como abrupta. Considera-se que tal sentimento pode ter influência no fato de que a entrevistada não conseguia seguir minimamente a dieta proposta pelo nutricionista. No período pré-operatório, o seguimento da dieta, assim como a aquisição de novos hábitos alimentares podem denotar um investimento, por parte do paciente, em sua recuperação. Conseguir fazer a restrição da quantidade de alimentos pode, em alguns momentos, significar um amadurecimento e preparo

para realizar a cirurgia, uma vez que esta exige que mudanças sejam efetuadas.

Após um período sentido como difícil, Sebastiana aparentemente percebe os aspectos positivos do emagrecimento; parece que os ganhos advindos da cirurgia são notados por ela, de forma que a entrevistada descobre outros prazeres de viver, como sair de casa e se permitir olhar e ser olhada pelas pessoas. Em outros trechos, há a exaltação da cirurgia como um marco divisório entre duas etapas de sua vida. A entrevistada sente que com a cirurgia seus sentimentos se transformaram, não somente em relação à comida e a uma nova forma de viver, mas também em relação ao ex-marido.

[...] vai fazer só 60 dias, mas eu já estou me sentindo outra pessoa. Eu falo pra minha mãe, pra todo mundo que a cirurgia no meu caso foi um divisor de águas. Assim, antes da cirurgia e depois da cirurgia. Não sei se eu pus tanto isso na minha cabeça que eu me sinto assim, me sinto melhor, me sinto mais disposta, me sinto até mais bonita, assim tudo bem né? Mas meu estado de espírito já melhorou, eu acho e o que eu não conseguia suportar que era o final do meu casamento.

[...] não me casei pra separar, até antes da cirurgia eu queria muito voltar com meu marido, muito, muito mesmo, hoje eu não quero nem saber de voltar...e hoje eu nem sinto a falta que eu achava, que eu achava...assim se ele concordasse comigo em separar eu tinha um negócio, agora eu cheguei pra ele e falei: “Oh! já deu” e ele ficou assim, porque nunca tinha me visto falar daquele jeito, né, porque eu sempre fui muito submissa, acho que agora ele passou a estranhar.

Talvez Sebastiana esteja descobrindo novamente a vida e alterando aos poucos sua forma de viver. A entrevistada atrela a mudança de seus comportamentos e sentimentos à cirurgia realizada, entretanto, sua aparente transformação pode ter sido influenciada, principalmente, pelas expectativas que tinha acerca do período pós-cirúrgico: “Não sei se eu pus tanto isso na minha cabeça que eu me sinto assim, me sinto melhor”. Não se pode dizer que seu comportamento se manterá, uma vez que a entrevistada se encontra em fase de adaptação.

Selma, por sua vez, relatou:

Com a cirurgia eu só senti coisas boas. Eu fui de cabeça erguida, eu fui e fiz. Faria tudo de novo. Depois que eu sai do hospital, depois de tudo eu só senti coisas boas, porque se eu falar pra você que eu tive uma dor, um mal-estar assim, eu estou mentindo pra você, porque desde o internamento, que eu internei no sábado, até na terça-feira eu estava tranqüila, eu saí da cirurgia tranqüila, que ainda na hora que eu saí eu dei a mão para o meu marido e pra minha irmã que estavam na sala de espera, eu sai confiante naquilo que eu queria [...] se alguém vier pedir um conselho eu aprovo e se fosse pra mim fazer de novo eu faria porque pra mim mudou tudo, nem dor no joelho eu tenho mais eu sei que eu tenho o desgaste mas dor eu não tenho mais.

Parece que apoio familiar para a realização do procedimento não faltou a Selma. Durante a entrevista, não se lembrou em detalhes de como foi o período pós-operatório. Apenas falou que não teve dificuldades na adaptação à nova dieta. Atualmente, leva uma vida que considera normal, não tem problemas para frequentar restaurantes e lanchonetes, pois não se incomoda com a quantidade pequena de alimento que consegue ingerir em comparação com outros familiares. Entretanto, destaca que houve mudanças em seu relacionamento com o marido, após a realização do procedimento.

Relatou que o marido sempre teve o hábito de tomar bebida alcoólica antes do jantar, fato este que não a incomodava, contudo, após a cirurgia, disse não conseguir se aproximar dele, devido ao cheiro do álcool. Sente-se incomodada com a situação, uma vez que quando solicitada pelo marido para ter relações sexuais, não consegue. Mais adiante, ela considera que, na verdade, a cirurgia em si não poderia provocar tal sentimento. Poderia provocar mudanças no que diz respeito às relações antes estabelecidas com os alimentos, e tais mudanças, em seu caso, se estenderam até ao relacionamento com o marido.

Quanto a Salomão, num primeiro momento, disse que a cirurgia para ele “foi 10”, entretanto, à medida que foi refletindo sobre o procedimento, descreveu o processo como “desgastante”. Ao ser questionado sobre sua posição disse:

[...] porque eu sempre curti, não só eu, mas todos os outros gordos, é os outros gordos, nós queremos uma solução pra ontem.

Supõe-se que por “curtir”, o entrevistado esteja se referindo à forma como experienciava a vida. Assim, o processo de mudança dos hábitos atrelados à gastroplastia foi entendido como sendo desgastante. Também se refere a uma contraposição entre o que imaginava antes da cirurgia e o que sabe sobre ela neste momento.

[...] agora nós estamos vendo que é uma qualidade de vida, é uma coisa assim que tem dado uma estrutura de vida tanto emocional quanto muda totalmente...assim como eu te explico? é... as outras coisas vai acrescentando e como você vai administrando.

[...] a perda de peso, a sua irritabilidade emocional, as outras coisas que você vai acrescentando enquanto você vai se desenvolvendo, não é assim, você corta a minha barriga e a minha cabeça já não é mais de gordo e o meu corpo já não é mais de gordo e daí você vai se adaptando e você vai vendo que tem resultado

Acerca da adaptação à nova dieta alimentar, Salomão apresenta dificuldades para seguir o cardápio recomendado.

[...] mas você vê que na perda de peso você fica menos estressado, talvez nessa nova etapa aí que não é só a perda de peso, mas a adaptação da alimentação que você

acaba pulando a cerca. E quem fala que não pula é mentira, você acaba comendo um docinho ou uma coisa que não tá marcado e daí você passa mal ou não, mas você passa, chega aí e fala: “Eu não faço”, é mentira, caldinho é caldinho..mentira.

Interessante observar que *a priori*, o entrevistado associa a perda de peso a uma aparente diminuição do estresse sofrido pelo obeso, no entanto, logo em seguida, atrela o fato ao seu comportamento de burlar a dieta e comer um doce. Novamente, percebe-se que o entrevistado faz generalizações de um determinado comportamento ao dizer que, nesse caso, nenhum dos obesos segue a dieta da forma como são orientados.

Talvez a referida generalização tenha como objetivo minimizar o impacto de seu comportamento. Ao universalizar o comportamento, ele é colocado no âmbito da normalidade ou, dito de outra forma, no rol de comportamentos comuns e, conseqüentemente, aceitáveis. Outro exemplo de comportamento desviante segue abaixo:

[...] você acaba fazendo, mas fazendo dentro de um patamar que cabe que você sabe..o meu novo nome aqui “Big Mac” porque eu comi um “Big Mac” e eles ficaram sabendo e tão comentando, mas eu sei, eu fiquei com medo sei do risco que eu passei, da preocupação que eu passei e posso até voltar a comer outro, mas vai demorar um bom tempo porque..

[...] Fazia 62 dias (que havia ingerido o sanduíche) e não aconteceu nada, mas poderia ter acontecido, mas nós que trabalhamos, e eu sinto que não ia acontecer nada. Não é isso? Em todos os relacionamentos...em tudo, eu sinto que não ia acontecer nada. É quando você tem um novo paquera e tem um relacionamento, uma coisa escondida e você pensa que ninguém vai descobrir, você pensa que ninguém vai saber, a gente sempre trabalha que nada vai acontecer e às vezes acontece, acontece um negócio desse e como poderia ter acontecido com o lanche e eu tivesse passado mal e aí outras pessoas iam falar: “Eu sabia” ou então: “Você passou mal, tá vendo?” e faz aquela cara de quem não gostou ou gostou, mas é isso e eu acho que é mais ou menos dessa maneira as coisas. E nós gostamos de correr risco, né?

G- Você gosta de correr risco?

S- Eu gosto de correr risco, eu acho que não só eu, mas todo mundo, mas eu gosto de correr risco..(silêncio) mas senão nós trabalhamos em cima de adrenalina, adrenalina...(silêncio) o risco é bom (silêncio), tem vezes que não, mas mesmo assim você acaba correndo o risco.

Vários são os elementos que podem ser destacados no trecho acima. Dentre eles está o fato de que Salomão pensa em “um patamar”, talvez uma margem de segurança, na qual ele se encontra a salvo dos riscos decorrentes de suas atitudes; ao mesmo tempo, há a afirmativa de um prazer pelo risco, pelo perigo. Sentimentos ambíguos presentes em uma mesma situação.

Outro dado é o paralelo que o entrevistado estabelece entre comer algo proibido e paquerar alguém escondido. A associação entre o comer e uma prática ligada à sexualidade, o paquerar, pode ser entendida em sua significação mais primitiva, na qual a ingestão de

alimentos estava atrelada não somente à nutrição, mas também à satisfação sexual. Há ainda uma preocupação com o olhar do outro no que se refere à visibilidade de sua ação. Em outros aspectos, Salomão percebe algumas mudanças:

[...] eu tô tendo mais flexibilidade, mais desenvoltura pessoalmente, quer dizer...e uma série de coisas, então, muita coisa me acrescentou de novo?
Flexibilidade, assim de coisas que eu não tinha, porque eu era muito pesado que eu tinha mais dificuldade pras coisas e hoje eu vejo por um outro ângulo, tinha os 45° e andei os 45 pra frente. É, os 45 que eu cheguei eu pus mais 45 pra frente, então hoje eu tô vendo com 90° e amanhã eu vou tá chutando bola ou eu vou tá pulando de um ultra-leve, então que tô vendo um outro horizonte com a cirurgia.

[...] hoje eu já perdi, ainda não subi na balança hoje, mais eu tenho certeza que ..há cinco dias atrás eu tava com 29,5 Kg de perca, de eliminação e eu acho que nos 30 eu cheguei e com 30kg a menos eu senti o andar o ... eu olho no espelho e ainda tô gordo mas os outros vêem e falam: “Ah! você afinou o rosto, tá mais magro”, mas assim no andar sim, ninguém comenta que você tá roncando...

As mudanças elencadas por Salomão versam sobre sua forma física, sobre sua melhora na qualidade de vida e sua desenvoltura pessoal.

Percebe-se que para cada participante o caminho percorrido entre a obesidade grau III e a gastroplastia foi distinto, entretanto, pode-se dizer que existem semelhanças entre seus relatos: a percepção da cirurgia enquanto necessidade de mudança, por exemplo.

Pensa-se que a compreensão do modo pelo qual o processo de obesidade foi vivenciado por cada indivíduo → pré-operatório → cirurgia → pós-operatório, é importante na medida em que revela seus afetos e pensamentos. Assim tem-se uma idéia de como os entrevistados se apresentam diante de uma situação que pode causar certo desequilíbrio emocional e relacional, ao mesmo tempo em que é possível entrever as participações do grupo familiar.

4. O indivíduo, a família e a obesidade.

Ao nascer, o bebê encontra-se indefeso. A família, primeiro grupo de relações, tende a proporcionar a ele um ambiente protetor contra os perigos do mundo, pelo menos até que, minimamente, tenha condições de sobreviver sozinho.

Por família, entende-se um grupo de pessoas ligadas por laços múltiplos, os quais fazem seus membros permanecerem juntos por uma vida e mesmo por gerações. É nesse grupo social que o sujeito se constituirá. A família é o seu quadro de referência para a

apreensão de comportamentos, formas de interação e de demonstração de afeto, que provavelmente reproduzirá em seus relacionamentos futuros.

Na relação indivíduo/família, pode-se dizer que muitos serão os acontecimentos que poderão levar a transformações tanto no sujeito quanto na família, uma vez que essa relação é entendida como se produzindo de forma dinâmica.

A família e suas relações são compreendidas de forma especular, ou seja, cada membro, ao influenciar o grupo com suas características peculiares de personalidade, também será influenciado pelas características do grupo. De tal modo, ao ocorrer uma mudança na forma subjetiva do indivíduo se posicionar perante sua família, conseqüentemente, levará a uma alteração no panorama familiar, afetando todos os membros, visto que cada membro assume determinada função, de acordo com as relações que são estabelecidas naquela família em específico.

Ao longo da construção desse trabalho, foi possível observar que o funcionamento individual, embora distinto do grupal, guarda certa reciprocidade e interdependência com ele; os indivíduos constituem e são constituídos pelo grupo. Dessa forma, as identidades individual e grupal estão interligadas; o mundo interno ou intrapsíquico complementa-se ao mundo externo.

A partir da combinação e entrelaçamento dos objetos internos e externos presentes no grupo familiar o sujeito vai se compondo e se formando. No processo de adaptação à realidade, há um trabalho que envolve atrito, identificação e fusão entre a interioridade e os objetos a serem apreendidos do exterior. Sobre estes últimos, sabe-se que o primeiro objeto de identificação para o bebê é a figura da mãe ou da pessoa que cuida dele. Freud lembra que com a mãe é estabelecido o primeiro vínculo do bebê com o mundo. Ela é seu primeiro objeto de prazer.

[...] os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção: isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua. Lado a lado, contudo, com esse tipo e fonte de escolha objetal, que pode ser denominado o tipo 'anaclítico', ou de 'ligação', (FREUD, 1914, p. 94).

Tal ligação será decisiva para sua vida futura, uma vez que todos os relacionamentos posteriores terão como herdeiros o relacionamento com a mãe. Assim pode-se dizer do relacionamento com o pai e, futuramente, com o marido ou esposa, bem como de todas as outras relações a serem estabelecidas com o mundo. Não se pode dizer, entretanto, que o sujeito, ao longo da vida, não sofrerá alterações em seu modo de relacionamento, uma vez que

estará em contato direto com outros sujeitos, ao mesmo tempo em que o desenvolvimento orgânico lhe será fonte de múltiplas transformações.

Entende-se que cada indivíduo detém características peculiares que são o resultado da interação entre interior e exterior, intrapsíquico e interpssíquico; interação entre suas primeiras vivências afetivas e o ambiente no qual se encontrava. Assim, o indivíduo que desenvolveu a obesidade e optou por realizar a cirurgia como forma de combatê-la, também apresenta características que lhe são singulares, fruto de suas vivências e interações.

Nesse momento, pretende-se traçar minimamente uma linha geral de compreensão acerca das experiências relatadas por cada entrevistado da pesquisa. Dessa forma, objetiva-se alcançar um entendimento relativamente à dinâmica estabelecida ao longo de suas vidas, entre as representações psíquicas de suas famílias e os posteriores acontecimentos como, por exemplo, a passagem pelas diversas etapas do ciclo vital (infância, adolescência, casamentos, mortes), e o próprio desenvolvimento da obesidade.

Supõe-se que tal compreensão seja possível pelo fato de considerar não somente o indivíduo isolado ou mesmo a família isolada, mas sim o processo recíproco de construção das subjetividades e inconscientes tanto individual quanto do grupo familiar.

De tal modo, cada participante terá sua trajetória pensada em separado dos demais, de acordo com suas particularidades.

Helena

Aparentemente tem a representação de uma família que lhe é estranha, composta por uma mãe incapaz de expressar afetos positivos em relação a ela; um pai que permanece à margem e alheio às decisões, aos filhos e à esposa; e por irmãos ilegítimos detentores de características desprezíveis (promiscuidade, mentiras, bagunças). Entretanto, há um movimento por parte da família e, principalmente, dos pais no sentido de mascarar, esconder a qualidade dos vínculos existentes, de forma que há demonstração de afeto para os outros de modo geral.

Quanto ao sentimento de estranheza diante da família, sempre presente no discurso de Helena, Eiger (1985) aponta que as famílias com pacientes gravemente perturbados apresentam um sentimento de pertença, extremamente frágil ou mecânico, possível de ser sentido através da rejeição ou impressão de frieza transmitida pelos indivíduos. Tal sentimento expressa o retorno do recalado dos fantasmas de despedaçamento, os quais levam a uma sensação de ruptura do grupo familiar, no que se refere à continuidade têmoro-espacial.

Isso faz sentido quando se pensa que houve muitas dúvidas da entrevistada com relação à origem de seus irmãos, de sua família e, mesmo através de projeções, houve um questionamento acerca de si própria. De modo que o fantasma organizador de sua origem, através de um pai genitor, esteve ausente e, como consequência, pode ter havido o sentimento de estar “separada de seu passado ancestral, um elo sem corrente, fora de sua historicidade” (EIGUER, 1985, p 39).

O não pertencimento à família promoveu a busca por um novo lar, novas vinculações, diferentes das anteriores. A escolha da instituição religiosa como lar e de um determinado homem para ser seu marido se deu de forma reativa às vivências familiares, ou seja, aparentemente, Helena escolheu de acordo com o que lhe pareceu ser exatamente o contrário da representação que tinha a respeito da família. A atitude religiosa implica em disciplina, uma certa castidade, valorização da moral, amor e cuidado ao próximo, ênfase nos aspectos interiores das pessoas, etc. Assim, seguindo a religião, seu marido seria exatamente o contrário da mãe: afetuoso, cuidadoso, fiel ao casamento, e a valorizaria e amaria por suas qualidades morais. Desse modo, pode-se dizer que Helena procurava tudo o que sentia falta, tudo que pudesse lhe amparar.

Não se pode deixar de pensar na função que a religião e os valores que ela preconiza adquirem junto ao sentimento de desamparo humano. A necessidade da religião constitui a necessidade de um pai protetor, uma defesa contra o desamparo. Deus é o representante da figura do pai, só que de maneira exaltada. A respeito dessa ligação, Freud faz o percurso do desamparo desde a primeira vinculação com a mãe, passando pelo pai e culminando no pensamento religioso. Em suas palavras:

Consistem na relação do desamparo da criança com o desamparo do adulto, que a continua, de maneira que, como era de esperar, os motivos para a formação da religião que a psicanálise revela agora, mostram ser os mesmos que a contribuição infantil aos motivos *manifestos*. Transportemo-nos para a vida mental de uma criança. Você se recorda da escolha de objeto de acordo com o tipo anaclítico [ligação], de que fala a psicanálise? A libido segue aí os caminhos das necessidades narcísicas e liga-se aos objetos que asseguram a satisfação dessas necessidades. Desta maneira, a mãe, que satisfaz a fome da criança, torna-se seu primeiro objeto amoroso e, certamente, também sua primeira proteção contra todos os perigos indefinidos que a ameaçam no mundo externo — sua primeira proteção contra a ansiedade, podemos dizer. Nessa função [de proteção] a mãe é logo substituída pelo pai mais forte, que retém essa posição pelo resto da infância. [...]. Assim, seu anseio por um pai constitui um motivo idêntico à sua necessidade de proteção contra as consequências de sua debilidade humana. É a defesa contra o desamparo infantil que empresta suas feições características à reação do adulto ao desamparo que ele tem de reconhecer — reação que é, exatamente, a formação da religião (grifos do autor) (FREUD, 1927, p.35-36).

Pensando na questão da obesidade, esta também aparece na vida de Helena como algo reacional, relacionado ao casamento, com as gestações; talvez esses acontecimentos referentes ao ciclo vital tenham sido somente os fatores desencadeantes desse sintoma. Com a obesidade, há uma identificação concreta com a figura paterna e antepassados, um elo de ligação com a família de origem e, dessa forma, uma maneira de poder, a partir desta, simbolicamente, construir uma outra família. De tal modo, as famílias estariam conectadas numa perspectiva de tempo e espaço, e o fantasma de despedaçamento poderia se transformar num outro fantasma, partilhado por todos, de ligação.

O sintoma de obesidade desencadeou, juntamente com a identificação pela família de origem, um desequilíbrio no relacionamento conjugal. Este se mostrou muito parecido com o relacionamento mantido anteriormente com a mãe. Dessa forma, sua escolha aconteceu no plano consciente de acordo com a vontade de separar-se da mãe e de suas características. Contudo, no plano inconsciente, ela se deu em conformidade com o desejo de estabelecer novamente uma relação satisfatória no âmbito afetivo-sexual, porém repleta de ambivalência e hostilidade. Acerca desse tipo de escolha, Freud afirma:

[...] observamos que muitas mulheres que escolheram o marido conforme o modelo do pai, ou o colocaram em lugar do pai, não obstante repetem para ele, em sua vida conjugal, seus maus relacionamentos com as mães. O marido de tal mulher destinava-se a ser o herdeiro de seu relacionamento com o pai, mas, na realidade, tornou-se o herdeiro do relacionamento dela com a mãe (FREUD, 1931, p.261)

Na relação conjugal, Helena parece ter assumido postura semelhante à do pai no relacionamento com a mãe, acontecendo o que se pode chamar de regressão. Tal fato é exemplificado pela fala do filho de Helena.

Esses dias meu filho falou: “Mamãe, parece que vocês estão junto por obrigação, cuida da sua vida, você fica humilhando, mendigando o amor do papai e ele não está nem aí com você”. Sabe, meu filho percebeu isso sem eu comentar [...].

A família de origem faz um movimento de manter as aparências perante a sociedade, entretanto, o marido não corresponde às suas expectativas. Em nome de resgatar o casamento e ser uma pessoa que o marido possa apresentar em sociedade, é que Helena optou por fazer a cirurgia bariátrica. Tal expectativa parece estar sendo atendida, uma vez que após a cirurgia eles já viajaram juntos, tiraram fotos e foram à igreja, fatos que não aconteciam.

Nesse sentido, a cirurgia acontece *a priori* para uma mudança, uma ruptura em relação à família de origem e aos antepassados, mas em relação ao contexto familiar atual, ela

acontece a fim de manter o movimento abalado pela postura do marido, pois o mesmo não admitiu a apresentação/representação do casal perante a sociedade. Assim, diferentemente do primeiro motivo, supõe-se que a cirurgia foi feita sob outra perspectiva, ou seja, com o objetivo de restabelecer a estabilidade, de preservar os papéis.

Sebastiana

Poucas são as recordações anteriores à morte do pai. Tem a idéia de uma família feliz, um pai que não era carinhoso, entretanto era o provedor da casa e demonstrava seu afeto através das preocupações como a escola e os amigos. Uma mãe presente e afetiva, aberta a seus carinhos e identificação; um irmão que não demonstra ciúmes ou apresenta brigas e discussões. Sente-se amada e protegida. Assim, para Sebastiana, a família de origem responde às suas expectativas e proporciona-lhe um investimento narcísico adequado ao grupo, o que acarreta um sentimento pleno de pertencimento a essa família e uma plena representação simbólica de cada membro do grupo (alianças, papéis, etc).

A idéia de uma família feliz acaba quando o pai morre e Sebastiana precisa, além de elaborar sua perda, trabalhar para ajudar em casa. Estava no período da adolescência, o que pode ter contribuído para uma fixação ao objeto perdido, uma vez que, nessa etapa, há por parte do adolescente uma revivescência de aspectos infantis do desenvolvimento psicosssexual, na qual os anseios em relação aos pais ganham novamente relevância, depois de um período de latência. Segundo Freud:

[...] a vida sexual do jovem em processo de amadurecimento não dispõe de outro espaço que não o das fantasias, ou seja, o das representações não destinadas a concretizar-se. Nessas fantasias, as inclinações infantis voltam a emergir em todos os seres humanos, agora reforçadas pela premência somática, e entre elas, com frequência uniforme e em primeiro lugar, o impulso sexual da criança em direção aos pais, quase sempre já diferenciado através da atração pelo sexo oposto: a do filho pela mãe e a da filha pelo pai (FREUD, 1905b, p. 213-4).

Na adolescência, a filha tende a estar mais ligada ao pai. Esse relacionamento, herdeiro da ligação anterior com a mãe, carrega em si a característica de ser ambivalente, de forma que, ao acontecer a perda desse objeto de amor (o pai), pode ocorrer o que Freud denominou de melancolia. Nesta, a libido destinada ao objeto que se foi é investida no ego de forma a estabelecer uma identificação com o que foi perdido.

Parece que no caso de Sebastiana, paralelamente ao estado de melancolia instalado (por alguns anos), houve a retirada da libido do pai e a regressão desta para a figura da mãe - primeiro objeto de amor imerso numa relação intensa e ambivalente. Freud comenta rapidamente a possibilidade de tal fato acontecer: “[...] uma criança, em resultado de um

desapontamento com o pai, retorna à ligação com a mãe que abandonara” (FREUD,1931, p. 276).

A permanência ao lado da mãe demonstra um caráter de funcionamento mental em consonância com os processos primários. De tal forma, a obesidade desencadeada pela perda do genitor pode ser considerada a conseqüência de uma resposta defensiva às suas angústias e ansiedades, a saber: a obtenção de satisfação e alívio por meio da ingestão excessiva de alimentos.

Parece que não houve a mesma reação por parte do irmão, em relação à morte do pai; isso pode ter sido possível em função de suas características singulares e por estar em outra fase do desenvolvimento psicosexual.

A família conseguiu sobreviver e se reorganizar a partir da morte de um de seus membros, logicamente, conservando marcas. Aparentemente, Sebastiana foi o membro da família que mais expressou e conservou seu sofrimento frente à perda. Sobre isso, pode-se citar dois episódios nos quais a entrevistada demonstrou seu sofrimento e sua fixação aos moldes primários de funcionamento psíquico. O primeiro se refere ao casamento do irmão, como já foi mencionado; aparentemente, nessa época surgiu o que se pode chamar de angústia de desmembramento, ocasionada pelo medo frente ao desinvestimento de um dos membros em relação ao grupo familiar. Talvez essa angústia tenha também existido no momento da perda da figura paterna, fundadora e co-criadora da família.

O segundo episódio se refere ao casamento de Sebastiana; neste, a participante, ao escolher uma relação afetivo-sexual, utilizou-se de mecanismos defensivos como a idealização, para conseguir atingir seu objetivo e se casar. Diante da vida conjugal, houve o confronto com a realidade, resultando na decepção em função das expectativas não correspondidas. O filho do casal aparece na vida familiar talvez como forma de substituir um vazio objetal existente, e não como enriquecimento funcional. Tal hipótese pode ser confrontada com o discurso da entrevistada quando disse que enquanto o filho estava na barriga era perfeito, a partir do nascimento, novamente surge “uma sensação ruim, um vazio”. Concretamente, o filho preencheu um vazio na barriga, ao nascer, o vazio permaneceu e o casamento acabou.

Desse modo, os episódios descritos sugerem que Sebastiana continuou ligada aos aspectos mais primitivos do desenvolvimento; aqueles em que a única forma de ligação plenamente estabelecida é com os pais, ou ainda, com a mãe. Sobre tal persistência na primeira relação objetal, Freud diz:

Em cada uma das etapas do curso de desenvolvimento por que todos os indivíduos são obrigados a passar, um certo número deles fica retido, de modo que há pessoas que nunca superam a autoridade dos pais e não retiram deles sua ternura, ou só o fazem de maneira muito incompleta. Em sua maioria, são moças que, para a alegria dos pais, persistem em seu amor infantil muito além da puberdade, e é muito instrutivo constatar que é a essas moças que falta, em seu posterior casamento, a capacidade de dar ao marido o que é devido a ele (FREUD, 1905b, p.214)

Levanta-se a hipótese de que a mãe da entrevistada sempre a acolheu, entretanto, talvez tenha sido um afeto excessivo que não deu brechas para os cortes e afastamentos necessários ao amadurecimento do indivíduo. Nesse contexto, a obesidade não se caracteriza por um fenômeno alheio à dinâmica de Sebastiana e do grupo. A obesidade faz sentido, na medida em que um recurso primário de obtenção de satisfação (comer) é utilizado enquanto defesa contra os sentimentos de angústia, hostilidade e ansiedade.

A cirurgia pode ser encarada como o corte (concreto e simbólico) que talvez influenciará um possível amadurecimento e, conseqüentemente, uma mudança na forma de se relacionar com a mãe, com o irmão e com o mundo de um modo geral.

Sua vivência no pós-operatório demonstra o quanto se faz difícil a retirada libidinal de um objeto de amor. Contudo, caso isso aconteça, haverá a percepção de muitas novas possibilidades de investimento. Talvez essas percepções já estejam acontecendo

[...] e eu falo: “Mãe eu tô trocando um prazer por outro”. Eu troquei o prazer na minha vida e comer por outras coisas que eu não me permitia o direito de viver... sair, me arrumar, e sair na rua e me sentir bem...e me sentir bem comigo de outra pessoa me olhar ou de entrar numa loja, quer coisa mais simples que entrar numa loja experimentar uma blusinha e falar olha eu gostei, ficou bem no meu corpo, eu vou levar; então, eu não tinha isso, eu ainda não tenho mais eu vou ter.

Na época da entrevista fazia aproximadamente dois meses que Sebastiana havia realizado a cirurgia, logo, é um período extremamente curto de tempo para que se possa afirmar algo a respeito de sua adaptação à nova forma de viver. Contudo, levando-se em consideração seu discurso final acerca dos benefícios trazidos pela cirurgia, pode-se ter a expectativa de que sua adaptação aconteça dentro do esperado.

Selma

Sua representação de família parece remeter a uma mãe carinhosa, um pai amoroso e preocupado com o bem-estar da família e irmãs que nutriam muito carinho umas pelas outras. A realidade do mundo foi sentida como difícil, mas sempre minimizada pelo amor que existia entre os pais e transbordava para os filhos. Sua representação de família está em consonância

com o que Freud (1909[1908]) diz acerca das fantasias das crianças em relação aos pais; para elas, a primeira fantasia está ligada à onipotência, à idealização e à perfeição dos pais, uma vez que se sentem amadas e protegidas por eles.

Enfim, Selma vivia em uma família feliz, capaz de formar outras famílias felizes através das filhas: “o mesmo que eu faço para os meus filhos, meu pai e minha mãe fazia pra gente, então o que eu tive do meu pai e da minha mãe eu passo para os meus filhos e a perda do meu pai mexeu muito comigo”. Só não foram felizes para sempre porque o pai morreu e as irmãs se tornaram mesquinhas e passaram brigar por tudo. A partir disso, as fantasias de perfeição da participante foram abaladas em sua estrutura e, conseqüentemente, sua representação de família sofreu alterações.

Quanto à família constituída, Selma teceu alguns comentários no sentido de destacar pontos em comum entre o pai e o marido (ambos são muito carinhosos, ambos não lhe fazem cobrança, ambos bebem um pouco antes do jantar); assim, pensa-se que talvez sua escolha amorosa tenha tomado a figura paterna enquanto modelo e estabelecido com ela a mesma relação que tinha com a mãe. Freud (1905b) afirma que muitas são as mulheres que escolheram o marido conforme o modelo do pai ou o colocaram em lugar do pai. Dessa forma, a escolha de Selma foi, além de um alívio econômico, também uma escolha defensiva em relação à figura materna.

Talvez em decorrência da recente morte do pai, a entrevistada esteja confrontando suas recordações do período infantil (mais ligado a fantasias entrelaçadas com a realidade) com suas percepções do que ocorre nas relações familiares atuais. Parece que Selma fez uma seleção de lembranças boas e doía-lhe pensar nas ruins. De acordo com Freud:

[...] cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas (FREUD, 1917-1915, p.251-2).

Diante da perda do objeto, o mundo adquire uma outra conotação, na qual o sujeito se liga através das recordações que remetem ao objeto. O sucesso do processo de luto, com a liberdade e desinibição do ego, acontece à medida que cada lembrança é lentamente desinvestida de libido.

Quanto à obesidade e à cirurgia bariátrica, aparecem um tanto quanto desconectadas de suas vivências. Uma possibilidade é o fato de Selma ter passado pelo procedimento há alguns meses, mais precisamente nove, e estar num momento em que a vida ganha novamente a condição de normalidade. Pensa-se que, no entanto, a correlação entre o sintoma e suas

vivências existam, apenas não está acessível à consciência da entrevistada.

Chama atenção o fato de duas de suas três irmãs já terem passado pelo procedimento cirúrgico, sendo que sua filha também está esperando para realizar a cirurgia. Os pais são magros e não existem casos de obesidade na família paterna e/ou materna. Nenhuma das irmãs ou filhas apresentam doenças orgânicas como desencadeantes da obesidade. De tal modo, supõe-se que a obesidade pode se relacionar com as formas eleitas por esse grupo de irmãs para interagir e responder às frustrações decorrentes do viver; conseqüentemente, há a transmissão para as próximas gerações, como Selma mesma afirmou que vai acontecer.

De modo geral, é possível afirmar que, até o momento da entrevista, Selma apresentava uma adaptação dentro do esperado, no que se refere ao pós-cirúrgico.

Salomão

Apesar das descrições de brigas que aconteciam em sua casa, Salomão pensa que família representa “união”; talvez tenha essa concepção justamente em função das discussões. Assim, considera-se que a partir da necessidade de fantasiar uma família boa e unida, ele se utilize de mecanismos reativos para nutrir a idéia de que família significa união.

A família com a qual foi morar em outra cidade era quase uma família de fantasia concretizada na realidade. Não se sabe se essa família existiu apenas em seus pensamentos ou se, de fato o acolheu, uma vez que foram pouquíssimos os detalhes dados pelo entrevistado. Quando questionado, tomou uma postura de esquiva e mudou de assunto, não permitindo uma investigação mais minuciosa do tema. Contudo, imagina que as famílias em geral devam ser unidas.

Sua família de origem foi percebida como confusa: a mãe que era mãe e também pai, que batia e não o deixava escapar, que fazia mamão verde para comer, enquanto o filho queria outras guloseimas; o pai, que estava ausente, mas presente ao mesmo tempo, não se sentia no direito de definir regras para a casa; irmãos que não tiveram convivência de irmãos, pois eram casados, tinham suas vidas em separado e, por fim, apenas uma irmã lembrada como algo positivo em sua infância. Uma família misturada: mistura de papéis, pai/mãe/irmã, família cigana, instável.

Como já foi dito, de acordo com Eiguer (1985), o sentimento de confusão dos papéis desempenhados pelos membros da família, juntamente com a instabilidade dos laços, caracterizam um grupo no qual prevalecem as vinculações de cunho narcisista. Estas são fundamentadas na ilusão, no vazio, em fantasmas que remetem ao aniquilamento, à devoração e ao cerceamento do grupo e dos membros.

Supõe-se que Salomão, ao sair de casa durante a adolescência, fez uma tentativa de organizar-se enquanto sujeito, de se libertar da autoridade dos pais. Freud aponta a puberdade como o período no qual acontece o rompimento da forte ligação existente entre o jovem e os pais; essa ruptura é o que impulsiona o progresso da cultura.

Contemporaneamente à subjugação e ao repúdio dessas fantasias claramente incestuosas consuma-se uma das realizações psíquicas mais significativas, porém também mais dolorosas, do período da puberdade: o desligamento da autoridade dos pais, unicamente através do qual se cria a oposição, tão importante para o progresso da cultura, entre a nova e a velha geração (FREUD, 1905b, p. 214).

Salomão foi experimentar a vida do modo como pensava ser o mais prazeroso; talvez por isso, a fantasia de uma família distante que pôde acolhê-lo. Depois de dois anos, houve a reconciliação com os pais, e novamente a instabilidade presentificou-se em sua vida, a partir dos aspectos profissionais, pois devido ao emprego, não permanecia um ano no mesmo local. Tal dinâmica dificultava o estabelecimento de vínculos interpessoais. Talvez o não estabelecimento de vínculos ou ainda, a ligação superficial com outras pessoas seja a forma usual de relacionamento do participante; dessa maneira, o trabalho apenas expressa e possibilita seu modo de interação.

A escolha amorosa aconteceu sem muito planejamento. A namorada ficou grávida e por isso decidiu casar. Sua atitude pode ter sido uma resposta aos valores recebidos da família, uma vez que para eles, havia a necessidade de sempre assumir as responsabilidades. Salomão interpretou que assumir a responsabilidade seria efetivar a união através do casamento.

Em sua nova família, sente que a esposa é um tanto quanto dependente de suas atitudes, de forma que se percebe ressentido diante das “obrigações de marido” que pesam sobre ele. O entrevistado observa que apresenta muitas características da mãe, dentre as quais, destaca-se a falta de paciência com o filho. Supõe-se que Salomão identifica-se com a mãe e assume perante o filho a postura que foi adotada para com ele. Assim, passa de uma posição passiva para uma ativa. Acerca dessa mudança de posição, Freud afirma:

Pode-se facilmente observar que em todo campo de experiência mental, não simplesmente no da sexualidade, quando uma criança recebe uma impressão passiva, ela tende a produzir uma reação ativa. Tenta fazer ela própria o que acabou de ser feito a ela. Isso faz parte do trabalho que lhe é imposto de dominar o mundo externo e pode mesmo levar a que se esforce por repetir uma impressão que teria toda razão para evitar, por causa de seu conteúdo aflitivo (FREUD, 1931, p. 271).

Estando ainda ligado às experiências infantis e representando, na nova família, cenas vividas quando era criança, considera-se que seja dificultoso assumir o papel de marido perante a esposa; logo, o que Salomão chama de “obrigações de marido”, realmente pesam sobre ele.

No que tange à obesidade, num primeiro momento, esta não faz sentido para o entrevistado, entretanto, se for resgatado partes do seu discurso, percebe-se que ele tinha um comportamento de busca pelo prazer imediato, não admitia esperar.

Porque eu sou um cara assim, você não pode falar que vai me dar uma coisa amanhã e comentar sobre ela hoje. Você tem que falar já amanhã porque eu não durmo, e não durmo mesmo “Oh! eu tenho um presente pra te dar amanhã”. Pronto! Me matou. É melhor me dar só amanhã, eu lembro a primeira moto que eu comprei eu dormi do lado dela.

De tal modo, entende-se que o alimento é o recurso utilizado para satisfazer as necessidades. Sob outro aspecto, pode-se pensar no fato de Salomão ter se fixado no período da infância, no qual desejava comer, mas por questões financeiras, não era possível determinados tipos de alimento. Seu comportamento atual seria uma restituição daquele período.

Com o advento da cirurgia, Salomão encontra-se tendo que abandonar seu objeto de prazer. Pensa-se que este período tem características de sofrimento, uma vez que ele tenta a todo instante burlar as regras de alimentação. Seu comportamento de comer alimentos que não lhe são permitidos denota um funcionamento psíquico mais primitivo, já que não reconhece os limites impostos pela cirurgia; tem o pensamento “mágico” de que nada de mal pode lhe acontecer; a satisfação ainda é encontrada na primeira forma de prazer do ser humano: a nutrição; através da estimulação da zona erógena oral, a identificação com um único objeto (alimento) em detrimento da multiplicidade de outros que poderiam lhe ser satisfatório, enfim, um funcionamento de acordo com os processos primários de pensamento nos quais prevalece a busca pelo prazer sem levar em consideração a realidade externa.

A partir do entendimento acerca do indivíduo, da representação psíquica de sua família e da obesidade procurou-se delinear a trajetória de cada participante em separado, a fim de compreender como suas vidas se estruturaram. Percebeu-se que cada sujeito carrega consigo resquícios de vivências infantis, de heranças antepassadas, as quais, de algum modo, influenciam suas formas de existir.

SÍNTESE CONCLUSIVA

Neste trabalho procurou-se compreender como os participantes da pesquisa representavam psicologicamente suas famílias. Buscou-se ainda um entendimento acerca de seu psiquismo, principalmente no que diz respeito a alguns temas como a obesidade e a gastroplastia.

Por meio das lembranças infantis no que se refere à percepção da relação conjugal dos pais e a relação estabelecida com os irmãos, foi possível delinear qual a representação que cada participante tinha de suas famílias de origem, assim como a dinâmica existente entre os membros do grupo.

Esse dado possibilitou um esboço da trajetória de vida dos entrevistados a partir de suas vivências familiares, porém, como objeto desse estudo, de tais vivências privilegiou-se a obesidade e o recurso escolhido para combatê-la.

As informações coletadas denotam a complexidade com que é expresso o psiquismo. Cabe dizer que muitos poderiam ser os olhares lançados sobre os dados, entretanto, optou-se pelas perspectivas da psicanálise e da teoria psicanalítica de família.

A análise das entrevistas realizadas permitiu identificar que dois dos quatro indivíduos que escolheram participar do estudo carregavam consigo, de alguma forma, uma representação confusa de suas famílias de origem. Quanto às outras duas participantes, tinham, de certo modo, uma imagem idealizada do grupo familiar que, em alguns momentos, foi confrontada com a realidade, lhes trazendo grande impacto e sofrimento.

Apesar de as representações familiares serem confusas e idealizadas, não se pode afirmar que se constituíram da mesma forma em todos os indivíduos, uma vez que estes tiveram vivências diferentes ao longo da vida e, conseqüentemente, modos de funcionamento

psíquico distintos, ainda que apresentassem alguma semelhanças nos relatos.

A confusão expressa por Salomão se refere às representações da figura de pai e de mãe. Para ele, a mãe era também pai e este, por sua vez, raramente se fazia presente, apesar de despertar respeito e certa admiração: “o meu pai sempre foi um cara muito legal, não queria briga”. Quanto à relação conjugal dos pais, propriamente dita, Salomão sabia ser o casamento conflituoso e parece que isso lhe causa algum desconforto, uma vez que, em seu discurso repete a concepção de que família é sinônimo de união. Tal pensamento é idealizado, na medida em que parece não ter feito parte de sua experiência real, mas somente no plano das fantasias.

Helena demonstrou uma confusão atrelada às origens tanto da família enquanto unidade conjugal, quanto da família enquanto lugar de procriar a vida. Para ela, o casamento dos pais é obscuro, não sabe qual motivo os uniu, não sabe em quais bases está fundamentada a relação dos pais, não sabe quais sentimentos permeiam o relacionamento, ou melhor dizendo, não sabe qual sentimento tem maior preponderância nessa união, não tem idéia do porquê permanecem juntos, e se continuam juntos, qual seria a razão para os desentendimentos?

Quanto à família ser o lugar de procriar a vida, não sabe se todos os filhos são legítimos, se todos são ilegítimos, quantos pertencem realmente à família e quantos são estranhos, não sabe a origem das crianças que, eventualmente, são fruto de outros relacionamentos, não sabe se os pais são capazes de ter filhos legítimos. Enfim, a família interna de Helena é, de certo modo, incerta, duvidosa; ela não pode confiar nos vínculos familiares, pois eles podem não ser verdadeiros.

Tanto Selma quanto Sebastiana tinham uma representação idealizada de suas famílias, entretanto, a primeira conseguiu fazer um contraponto com a realidade, ao passo que a segunda permaneceu com a concepção de perfeição até a morte do pai; após esse período, para ela, a família se desfez.

A idealização de Selma se refere àquela do período infantil, na qual, para as crianças de um modo geral, os pais são a personificação de tudo que lhes satisfaz, logo, são totalmente bons. Da mesma forma que Salomão pensou, essa concepção é concernente aos pais em relação com a entrevistada enquanto filha. Já no relacionamento conjugal, para ela há a comparação com a realidade percebida na época da infância e a de quando já era adulta. Obviamente, Selma procura minimizar os atritos existentes entre os pais, mas parece saber o que acontece em seu casamento.

Sebastiana, por sua vez, até a morte paterna, afirma não presenciar nenhum

desentendimento entre os pais, logo, ela conclui que não existiam conflitos. Desse modo, a relação conjugal era extremamente boa e feliz. A morte do pai foi uma situação que, aparentemente, trouxe para sua vida as experiências ruins, as quais, até aquele instante, ainda não tinha vivenciado. Sua família era perfeita e tornou-se despedaçada. Fragmentou-se ainda mais com o seu casamento e com o do irmão.

Quanto às relações fraternas dentro do grupo familiar, estiveram permeadas por sentimentos intensos. Novamente destaca-se a idealização em confronto com a imperfeição da realidade, assim como os sentimentos incestuosos, agressivos e competitivos para com os irmãos. As relações com os irmãos foram abordadas com a finalidade de conhecer e entender melhor os pontos possíveis de vinculação dentro das famílias. Assim como foi possível ter uma idéia da família no que tange aos vínculos de aliança (entre os pais), aos vínculos de filiação (a forma como foi percebida a relação dos pais para com os filhos) também seria relevante identificar de que maneira se constituíram os vínculos fraternais (relação entre os irmãos).

No que se refere à dinâmica dos grupos familiares internos dos entrevistados, percebeu-se que esta acontece de modo a proporcionar em alguns sentimento de estranheza em relação ao grupo familiar; sentimento de imprecisão quanto ao investimento narcísico depositado no grupo e sentimentos de completude/incompletude (sentimentos ambivalentes).

Pensando na trajetória dos participantes, pode-se dizer que os acontecimentos foram entrelaçados ao que cada um esperava, buscava para suas vidas, principalmente no que concerne às escolhas de parceiro, à constituição de uma nova família, ao nascimento dos filhos, ao aparecimento da obesidade, à escolha pela gastroplastia, às vivências do pós-cirúrgico e ainda ao início de uma nova fase.

Helena, carregando consigo a representação de uma família estranha, buscava algo diferente, uma família com a qual pudesse se identificar de uma forma mais positiva, ao mesmo tempo que buscava o elo perdido que a ligaria à família de origem. Desse modo, encontrou um homem religioso com o qual parecia poder desenvolver uma relação distinta da primeira (com a família), no entanto, suas expectativas conscientes não foram atendidas.

Talvez a escolha tenha acontecido em consonância com o inconsciente. Sua escolha a levou diretamente para um confronto com o passado, uma vez que o marido assumiu características muito parecidas com as da mãe, durante a infância da entrevistada. Talvez o elo perdido entre ela e a família de origem tenha sido encontrado, expressando-se pela obesidade. A realização da cirurgia foi então uma tentativa de romper com os vínculos do passado familiar e preservar o vínculo conjugal. A recuperação pós-cirúrgica parece estar

acontecendo dentro do esperado pela equipe médica e pela entrevistada.

Sebastiana, ao trazer consigo a imagem idealizada de um objeto/grupo familiar que se desfaz em função da morte paterna, apresentou dificuldades para desinvestir libidinalmente tal grupo. Logo, suas tentativas de investimento em uma nova família fracassaram, na medida em que ela permaneceu, do mesmo modo, em um plano idealizado, sem contato com a realidade.

Mediante a concretização do casamento, como era de sua vontade, a entrevistada percebeu que não conseguia se desligar de seu antigo modo de vida, assim como das figuras da mãe, do irmão e ainda do pai. O filho surge com o objetivo de aplacar uma falta, sua presença foi esperada e planejada. Novamente, diante da concretização dos “sonhos” acontece a decepção proveniente da falta de correspondência com a realidade.

Dessa forma, a obesidade, sendo o resultado de um comportamento alimentar inadequado, no caso de Sebastiana, mantido com a finalidade de preencher um espaço vazio dentro de si, corrobora o percurso feito durante sua vida. Implicitamente, tal percurso denota um modo de funcionamento psíquico primário, ou seja, as defesas utilizadas para combater a ansiedade, angústias e frustrações são provenientes das primeiras fases do desenvolvimento psicosssexual. O comer demasiadamente estaria de acordo com o período no qual o ato da nutrição está ligado à obtenção de satisfação e de prazer.

A gastroplastia aconteceu como um desejo de mudança diante da percepção de que a vida poderia lhe trazer mais sofrimento. Assim como diante de todos os planos concretizados houve um choque com a realidade, diante da cirurgia aconteceu o mesmo. Sebastiana passou por um período difícil frente a adaptação à nova dieta alimentar; contudo, afirmou estar melhorando a cada dia e descobrindo novas formas de prazer que não seja o comer.

Selma trazia consigo a representação de duas famílias, a de sua infância e a família da vida adulta. Dois grupos diferentes que encontravam certa dificuldade para conviver juntos, para se integrar, uma vez que a entrevistada supunha-os contraditórios. O primeiro era constituído por pessoas boníssimas, sem defeitos, que se relacionavam o tempo todo de forma amorosa, e no qual não havia espaço para sentimentos considerados por ela como negativos. O segundo grupo, entretanto, é composto por pessoas que têm defeitos, que brigam e não respeitam o momento de dor e sofrimento umas das outras.

A obesidade surge, para Selma, como conseqüência de um não policiamento, uma não vigilância do marido em relação a si própria, pois ele nunca exigiu que ela fosse magra. Percebe-se uma relação na qual ela, aparentemente, deve seguir ou corresponder ao desejo de um outro. Assim como na infância ela correspondia aos desejos dos pais (ser uma boa filha,

não brigar com as irmãs, trabalhar), no casamento, suas expectativas foram na mesma direção.

A cirurgia aconteceu em função dos problemas de saúde acarretados em decorrência da obesidade; houve muito apoio por parte da família de origem e do marido. Pode-se dizer que a entrevistada apresentou uma boa adaptação à nova forma de se alimentar, dentro do que era esperado por todos: equipe de saúde, família de origem, marido e filhos. Parece que ela correspondeu às expectativas.

Salomão apresentava a idéia de uma família na qual os membros têm dificuldades para se diferenciar uns dos outros. Uma família misturada e confusa. De certo modo, a não convivência com irmãos da mesma faixa etária pode ter-lhe remetido ao sentimento de estar sozinho. Sair de casa na adolescência pode ter representado – juntamente com o desejo de se libertar da autoridade dos pais – a busca por diferenciação, por uma nova idéia de família.

O casamento aconteceu sem planejamento, baseado na gravidez da namorada e no pressuposto de que não poderia abandoná-la, concepção transmitida pelos pais. Logo, ao casar-se, o colaborador afirma suas origens, aceita os valores familiares e dá continuidade à vida do grupo por meio de um filho. A obesidade surge como resultado da forma pela qual passa a enfrentar as frustrações e as ansiedades diárias. Para ele, relacionar-se maritalmente com a esposa parece ser um grande esforço que exige grande quantidade de energia psíquica, deixando-o exaurido, sem forças. Talvez estas lhe pareçam ser recarregáveis por meio da alimentação.

A cirurgia para combater a obesidade foi realizada no intuito de preservar a vida, pois Salomão apresentava um grande aumento do peso (197kg) e algumas co-morbidades associadas, como pressão arterial elevada e diabetes. Aparentemente, sua adaptação à nova dieta não está acontecendo dentro daquilo que a equipe de saúde espera, pois há ingestão de doces, sanduíches hipercalóricos e carnes, em um momento no qual seria necessário uma maior escolha dos alimentos de acordo com a consistência e com o valor nutritivo.

Pode-se dizer que dos quatro participantes da pesquisa, no que se refere à cirurgia, apenas um não está conseguindo seguir o planejamento adotado pela equipe do serviço de saúde. Entretanto, sabe-se que os demais apresentaram, com maior ou menor expressão, sofrimentos diante do processo de preparação para a cirurgia, frente ao procedimento em si e com relação à adaptação dos novos hábitos de vida.

Tendo em vista que a partir dos dados da entrevista foi possível vislumbrar uma certa coerência entre os fatos da vida de cada participante, pode-se afirmar que a cirurgia e a forma como cada um atravessou esse processo não esteve desconectada do restante.

Ao iniciar o trabalho de pesquisa, pensou-se que, de certo modo, haveria algum

impacto na vida psíquica dos sujeitos e uma mudança na configuração de suas famílias internalizadas, em função da realização da cirurgia de obesidade. Pensou-se ainda que tais alterações poderiam relacionar-se ao fato de a cirurgia pressupor uma transformação nos hábitos de vida e no comportamento alimentar de cada sujeito, exigindo o desligamento de antigas maneiras de interagir com os alimentos e com a vida de um modo geral.

Entendeu-se que os participantes, de um modo geral, buscavam mudanças e transformações em suas vidas, entretanto, para eles, tais mudanças não necessariamente estariam atreladas a transformações em sua forma de viver a vida, mas somente relacionavam-se ao seu emagrecimento. A cirurgia foi o instrumento através do qual imaginava-se ser possível atingir esses objetivos.

Desse modo, foi possível perceber que as considerações realizadas no início do trabalho, segundo as quais as perdas demonstrariam ser significativas no pós-cirúrgico, haja visto as transformações ocorridas na vida diária (nova dieta alimentar restrita em quantidades e qualidades de alimentos; hábitos diferenciados de vida com ênfase na prática de atividades físicas; em consequência do emagrecimento, a adaptação a um novo corpo, redescoberto a cada dia, etc) mostram-se importantes, contudo, acredita-se que outras perdas também foram relevantes para os participantes, principalmente aquelas ocorridas anteriormente à cirurgia.

Assim, ao invés de a ênfase recair sobre a perda da antiga forma de viver, e dessa maneira ligar-se ao suposto fim da obesidade e suas co-morbidades, ela se relaciona mais fortemente ao início do quadro.

Três dos quatro participantes da pesquisa começaram a desenvolver a obesidade no momento da constituição de uma nova família, imediatamente após o enlace matrimonial ou assim que houve o anúncio de um filho. Somente uma das entrevistadas iniciou o quadro de obesidade ao perder o pai, ainda na adolescência.

Percebe-se que frente a uma nova etapa da vida, todos os indivíduos demonstraram um comportamento mais regressivo, no qual a satisfação foi buscada por meio de uma maior ingestão alimentar.

O casamento, o nascimento de um filho e a morte de um membro do grupo familiar implica em uma crise, ou seja, é um acontecimento que introduz mudanças. Tais mudanças podem ser expressas de diversas formas por um ou mais membros do grupo.

Percebe-se que com a morte do pai, Sebastiana claramente expressa a crise vivida pelo grupo; ela fica em estado de apatia, não sai de casa, corta relações com os antigos amigos e com a escola e volta a dormir na cama da mãe. Investe toda sua energia no grupo familiar, não são admitidos por ela contatos com pessoas exteriores à família. Permanece neste estado por

aproximadamente quatro anos.

Em situações posteriores, vai demonstrar que o luto pelo pai morto, pela família reconfigurada, pelo casamento do irmão, pela perda de sua condição de filha para a condição de esposa e mãe, aparentemente não foi elaborado. Dessa forma, Sebastiana não consegue permanecer longe da casa da família de origem; ela termina o casamento e retorna ao lar para estar mais próxima da mãe. Fica a pergunta: Como será a elaboração da cirurgia de obesidade? Sabe-se que houve grande sofrimento no período inicial, entretanto, há relatos de boa adaptação posterior. E daqui a alguns anos, ou pelo menos alguns meses, quando a vida voltar à rotina anterior à cirurgia? Como será o processo de luto pela antiga forma de viver?

Quanto aos outros entrevistados, notou-se que o aparecimento da obesidade esteve ligado a uma etapa do ciclo da vida familiar, ao mesmo tempo em que mostrou ser uma forma singular da dinâmica psíquica individual.

O casamento (instalação do casal sob o mesmo teto), que inicia a vida em comum e o nascimento do primeiro filho, constitui-se, segundo Eguier (1985), em dois dos estádios ou fases da vida familiar. O termo estádio ou fases, em sua concepção, não tem a conotação de progresso ou evolução, mas sim de um grau elevado de complexidade nas funções a serem consideradas. Tais fases sempre desencadeiam uma crise, pois são momentos vividos como uma descontinuidade e, necessariamente, provocam mudanças no grupo familiar.

O casamento implica em uma mudança de posição frente às famílias de origem. Adquire-se mais autonomia, assume-se responsabilidades para com a nova família, o investimento libidinal refere-se a uma nova soma grupal; assim estão envolvidos nesse processo algumas perdas e, conseqüentemente, um trabalho de luto deve ser feito a fim de haver um desligamento da família anterior, desatando os laços primitivos para a construção de novos. O mesmo pode-se dizer do nascimento do primeiro filho. Nesse acontecimento em específico, deve haver na nova família a aquisição de um novo estatuto, um novo papel para cada pai. Trata-se de uma ruptura entre o passado e o presente e faz-se necessário pensar se essa ruptura é capaz de quebrar os espelhos narcísicos e tornar impossível o reconhecimento dos membros do grupo.

Salomão, Sebastiana, Selma e Helena são indivíduos que diante de uma crise demonstraram sua afetação através de mecanismos psíquicos particulares, mas que podem mostrar algo do grupo no qual se encontram. Os fantasmas partilhados, as heranças transgeracionais fazem-se presentes na vida de todos e, de alguma maneira, contribuem para nortear suas escolhas.

Quando o fim se aproxima, começa-se a pensar no começo. Assim, ao vislumbrar o

fim dessa pesquisa o começo se faz presente. Muitas foram as dúvidas acerca do tema, das técnicas e da compreensão teórica até que se chegasse ao resultado final.

E diante do fim, ainda muitas possibilidades de compreensão acerca do tema se mostram passíveis de serem verificadas. Como, por exemplo, a questão levantada por uma das participantes acerca das heranças (psíquicas) transmitidas pelos pais, as quais ela transmitiu aos filhos e espera que estes, por sua vez, passem aos netos.

A transmissão psíquica entre gerações foi abordada em mais de uma entrevista e seria relevante um estudo mais aprofundado a fim de se desvendar com mais detalhes a formação do aparelho psíquico individual e familiar, principalmente no que se refere à problemática da obesidade.

Outro ponto importante diz respeito à vivência das crises familiares a partir de diversos olhares. Seria interessante compreender como cada membro do grupo, de acordo com a posição que ocupa na constelação familiar, percebe os momentos de rupturas e mudanças causados por um membro.

Se esse membro fosse obeso e optasse por fazer a cirurgia de obesidade, tal evento seria encarado como uma crise não-cíclica (próprios da existência pessoal ou familiar, como doenças, mudanças de residência, perda do emprego, etc) pelos demais membros da família?

Essas são indagações que exigem uma outra pesquisa a fim de serem estudadas e clarificadas.

Frente a novas questões e a muitos possíveis olhares a serem lançados sobre o tema da família e da obesidade, é importante dizer que a presente pesquisa não pretende por um ponto final na discussão, mas ao contrário, abrir os caminhos para que novos pensamentos possam enriquecer o conhecimento.

Também vale lembrar que muitas outras contribuições poderão ser feitas a fim de possibilitar uma análise mais abrangente dos resultados, uma vez que a descrita nessa dissertação foi a possível neste momento.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, N. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Tradução Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- ALGAZI LP. *Transactions in a support group meeting: a case study*. *Obesity Surgery*. 2000;10:186-91.
- ANZIEU, D. *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. Tradução Anette Fuks e Hélio Gurovitz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Tradução Dora Flaksman. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1981.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (Brasil). *Escola Saudável. São Paulo. 2004*. Disponível em http://www.endocrino.org.br/util_search.php. Acesso em: 15/7/2009.
- BARNETT S. J, et al. Long-term follow-up and the role of surgery in adolescents with morbid obesity. *Surg. Ob. Rel Dis*. 1:394-8 . 2005.
- BION, W.R. *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Tradução Walderedo Ismael de Oliveira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1975.
- BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: _____ *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. Tradução Rita Maria M. de Moraes. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- BROMBERG, M.H.P.F. et al. Luto: a morte do outro em si. In: _____. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- CAMBI, M. P; MARCHESINI, J. B. Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: GARRIDO JR, A.B.(Coord.) *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1766/05*. Disponível em www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php. Acesso em: 20/10/2009.
- COTTA-PEREIRA, R.; BENCHIMOL, A. K. Cirurgia Bariátrica: aspectos cirúrgicos. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabologia*. 43:21-67, 1999.
- COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da obesidade. In: NUNES, M. A. et al, *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- COUTINHO, W, BENCHIMOL, A.K. Obesidade Mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JR, A.B.(Coord.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo. Ed. Atheneu, 2003.

DARE, C.; PINCUS, L. *Psicodinâmica da família*. Tradução Clara Rotenberg e Shirley Kleinke. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. Aspectos psiquiátricos da obesidade. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.24, supl.3. Dez. 2002.

EIGUER, A. *Um divã para a família*. Tradução Leda Maria Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

_____. *O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. Tradução Monique Aron Chiarella. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

FANDIÑO, J. N.; APPOLINÁRIO, J. C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In: NUNES, M. A. et al, *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre; Artmed, 2006.

FRANQUES, A. R. M. Participação do Psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: B-participação do psicólogo. In: GARRIDO JR, A.B. (Coord). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo. Ed. Atheneu, 2003.

FREUD, S. (1900) Sonhos sobre a morte de pessoas queridas. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. IV.

_____. (1905[1904]) Sobre a psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. VII.

_____. (1905a) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. VII.

_____. (1905b) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. VII.

_____. (1908a) Escritores criativos e devaneios. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. IX.

_____. (1908b) Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. IX.

_____. (1909[1908]) Romances familiares. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução. Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. IX.

_____. (1909) Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2 ed. Rio de Janeiro:

Imago, 1988, Vol. X.

_____. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XII.

_____. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XIV.

_____. (1918[1914]) História de uma neurose infantil. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XVII.

_____. (1915) O instinto e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XIV.

_____. (1915-1916) Aspectos arcaicos e infantilismo nos sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XV.

_____. (1917[1915]) Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XIV.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XXIII.

_____. (1921) Psicologia de grupo e análise do ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XVIII.

_____. (1923 [1922]) Dois verbetes de enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XVIII.

_____. (1923) O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XIX.

_____. (1925) O ego e o superego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XIX.

_____. (1927) O futuro de uma ilusão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Vol. XXI.

_____. (1931) Sexualidade feminina. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol XXI.

_____. (1933[1932]) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XXII.

_____. (1940 [1938]a) Esboço de Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XXIII.

_____. (1940 [1938]b) O aparelho psíquico e o mundo externo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XXIII.

_____. (1940 [1938]c) O mundo interno. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução Jayme Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 1988, Vol. XXIII.

GRANDO, L. H.; ROLIM, M.A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*; vol. 13(6); p. 989-995, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira, 2002.

HABER, B. P. *A família da fantasia, a fantasia da família: a produção da criança como expressão da fantasia familiar*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, USP. São Paulo, 1989.

HALPERN, A. Obesidade. In: WATYCHENBERG, B. L. *Tratado e endocrinologia clínica*. São Paulo: Roca, 1992.

HALPERN, Z. RODRIGUES, M. DEL. B. Obesidade infantil. In: NUNES, M. A. et col. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HERMAMM, F.; LOWENKRON, T. S. (org.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). *Comunicação Social de 16 de dezembro de 2004. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003 Excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos*. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=278. Acesso em: 17/07/2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). *Sobre o divórcio no Brasil*. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/divorcio. Acesso em: 18/11/2008.

KÄES, R. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. Tradução José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo:

Casa do Psicólogo, 2005. Coleção Psicologia Social Inconsciente e Cultura.

KATHALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: FILHO, J. M. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1926-1945)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: _____. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. A morte em vida. In: BROMBERG, M.H.P.F. et al. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário de Psicanálise / Laplanche e Pontalis*. Tradução Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2001

LEAL, C.W; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. In: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. V.29 n.3. Porto Alegre. Set/dez. 2007.

LOLI, M. S. A. *A obesidade como sintoma psíquico: uma pesquisa com a técnica psicoterápica psicanalítica em pacientes ambulatoriais*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.

MALHEIROS, C. A., FREITAS JUNIOR, W. R. Obesidade no Brasil e no mundo. In: GARRIDO JR, A.B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo. Ed. Atheneu, 2003.

MENEZES, J. E. X. Irrupções da família no pensamento freudiano. In: PETRINI, J.C.; CAVALCANTI, V. R. S. (org.). *Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude. Acesso em: 03/09/2007.

MINUCHIN, S. *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MOREIRA, R; BENCHIMOL, A. K. Princípios gerais do tratamento da obesidade. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MORGAN, C. M; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. In: *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. Dez 2002, vol.24, suppl .3, p.18-23.

- NUNES, M. A; et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- OLIVEIRA, V; LINARDI, R; AZEVEDO, A. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. V.31 n.4. São Paulo, 2004.
- PETRIBU, K; et al. Transtorno de compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. In: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. V.50 n.5. São Paulo, out. 2006.
- PINZON, V; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. V. 31(4); 158-160, 2004.
- PUGET, J; BERENSTEIN, I. *Psicanálise do casal*. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- REPETTO, G; RIZZOLLI, J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, M. A; et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- RODRIGUES, A. As novas formas de organização familiar: um olhar histórico e psicanalítico. In: *Revista de Estudos Feministas*, vol 13, n 2. Florianópolis, maio/ago 2005.
- ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- VASCONCELOS, N. A.; SUDO, N; SUDO, I. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. In: *Rev. Mal-estar e subjetividade*. Fortaleza. Março de 2004. Vol IV, nº 1. p.65-99.
- WATERS, G; PORIES, W; SWANSON, M, et al. Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *American Journal Surgery* 1991;161:154-7.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 –CNS-MS)

Eu, _____
concordo em participar da pesquisa “A família e a obesidade mórbida: um estudo da dinâmica familiar a partir do discurso de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica”.

Essa pesquisa está sendo realizada junto a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), com pacientes obesos mórbidos que fizeram a cirurgia de redução do estômago.

Foi-me explicado que esta pesquisa pretende conhecer um pouco mais sobre as relações estabelecidas com os alimentos e com a família no período pós-cirúrgico.

Autorizo que as entrevistas sejam gravadas para que não passe despercebido nada do que será dito e que possa ser importante para a pesquisa.

Declaro estar informado que este estudo possui uma finalidade de pesquisa, sendo assim, os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações científicas sem, entretanto, deixar que as pessoas participantes sejam identificadas e ficando garantido o total sigilo acerca das identidades verdadeiras.

Declaro que aceitei voluntariamente a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso, sendo que poderei desistir de participar das entrevistas em qualquer fase, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência pessoal ou quebra de privacidade e do anonimato. Sei que não receberei nenhuma compensação financeira pela minha participação, bem como não terei nenhuma despesa em relação aos procedimentos envolvidos com a pesquisa.

Declaro que recebi cópia idêntica a este documento, ficando assim uma cópia sob o meu poder e outra sob os cuidados da pesquisadora.

DATA: ____/____/____

assinatura do participante

assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida entrar em contato com:
Pesquisadora: Giselha Aparecida Golfetti
e-mail: giselhagolfetti@yahoo.com.br
tel: 19-93044893

Anexo 2

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1- PERCURSO CRONOLÓGICO

- a) lembranças infantis
- b) lembranças da adolescência
- c) lembranças da vida adulta

2- FAMÍLIA

- a) relacionamento conjugal dos pais
- b) relacionamento entre a fratria
- c) relação participante/grupo familiar

3- OBESIDADE

- a) período anterior à cirurgia
- b) a escolha pelo método cirúrgico
- c) período pós-operatório

Anexo 3
Aprovação do Comitê de Ética

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](#)