

# 1 INTRODUÇÃO

É concebido que em um dos mais importantes mitos sobre a origem do homem, Adão e Eva, o casal criado por Deus, osso do seu osso, carne da sua carne, é expulso do paraíso por uma desobediência que foi um ato de comer um alimento proibido, ou seja, a maçã da árvore do conhecimento do bem e do mal. Com esse ato de comer, ato inaugural, é que eles encerram o tempo do Éden, o paraíso perdido do equilíbrio perfeito, e inauguram o tempo da terra, do homem e da mulher, casal de prazeres e desprazeres, tempo das diferenças, dos conflitos que impulsionam. Nesse sentido, o momento inaugural do sujeito, um ser de linguagem, também passa por um comer: o mamar, uma demanda de amor e de vida que pode ou não ser atendida. Fica em dúvida se esse mamar seria a maçã perdida para sempre de cada um de nós. O ato de Adão e Eva é também um ato de comer que não se relaciona com a fome, assim como o mamar humano que ultrapassa o registro biológico da fome, tal como o ato do obeso mórbido, um comer e uma fome que estão bem além desse registro.

Incontáveis vezes aqueles que se costuma chamar de “obesos mórbidos” ouviram: “emagreça!”, “pare de comer tanto!”. São apelos, contudo, que parecem não ter efeito, senão o de causar angústia e culpa. Na seara médica a obesidade mórbida é definida como uma doença caracterizada por uma alteração da composição corporal, principalmente o aumento excessivo de gordura no corpo e, em geral, pelas comorbidades associadas<sup>1</sup>. Quando o Índice de Massa Corpórea (IMC)<sup>2</sup> ultrapassa 40 é, então, diagnosticada a obesidade mórbida, e quando atinge ou ultrapassa 50 é chamado de super obeso, para estes dois casos se oferece hoje, entre outros, o tratamento cirúrgico. Contudo, o que envolve a obesidade mórbida para além de seu visível acúmulo de gordura? Além de uma genética desfavorável ou um ambiente que não ajuda, interroga-se como se dá a relação desses sujeitos com a comida, pois uma relação pode ser mortífera, mas, ainda assim, não é desprezada. Afinal, a fome é de quê? Sua sede é de quê? Diz-se ser a comida, mas o que o obeso devora com sofreguidão é bem mais do que pasto.

---

<sup>1</sup> Comorbidez é o estado patológico causado, agravado ou cujo tratamento/controlado é dificultado pela presença do excesso de peso ou que apresente cura/controlado com a perda ponderal. Para estas informações consultamos o site oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br/>>. Acesso em: 01 set. 2009.

É nesse contexto, quando definida como doença, que a medicina é convocada a curar a obesidade. É quando parece que a “doença obesidade” não tem mais nenhuma causalidade psíquica oriunda do inconsciente. Por um lado o discurso médico define a obesidade como uma doença multifatorial<sup>3</sup>, por outro parece que tem-se um sujeito mais preocupado em retirar de si a essência de todo conflito. O acometimento, pois, passa a ser uma ameaça advinda de um fator externo e independente do sujeito, tendo-se a tarefa moral de corrigir o problema. A doença, ou o sintoma, passa a ser algo que o sujeito tem, algo que o acomete e sobre o qual ele tem pouco a fazer senão seguir as prescrição de quem detém o saber, o médico.

A obesidade já é considerada um problema de saúde pública, atualmente tem caráter epidêmico, constituindo-se como um dos principais problemas na sociedade moderna, o que justifica este estudo. São quase 7 milhões de brasileiros adultos que pertencem ao grupo de obesos moderado a grave, esse percentual corresponde a 8% da população. Quando se inclui a faixa de obesidade leve, a taxa eleva-se para 32% (FunCor, 2001). Se assim se justifica este estudo, ao partir-se de uma obesidade que é questão de saúde pública de uma sociedade moderna, ele estaria incompleto sem uma análise cultural.

Desse modo, acredita-se na importância de contextualizar como, em diferentes épocas, se problematizou a aparência; como se considerou o que era beleza, até chegar-se à ideia da beleza fabricada e da obrigação da beleza que é sinônimo de magreza. No **capítulo dois** se trata desse assunto. Há alguns anos, os espartilhos eram tão apertados que podiam levar à morte, e era impossível ignorar uma vontade de emagrecimento, as dicas e regimes alimentares para emagrecer eram abundantes, porém ainda não era o emagrecimento sistemático que viria depois. Na década de 1930, o peso é critério fundamental na beleza e também na saúde. Assim, no último século passou-se por uma impressionante libertação de coerções sociais, e se estaria hoje adotando novas coerções justificadas por um corpo saudável e conforme os cânones da beleza atual. Aborda-se ainda a importante relação entre a beleza fabricada e a obesidade mórbida, denotando que a ideia dessa beleza ficou atrelada à questão da gordura, que se tornou, assim, um

---

<sup>2</sup> Cálculo feito pelo peso dividido pela altura ao quadrado.

<sup>3</sup> O discurso corrente é de que compreende fatores endócrinos, metabólicos, genéticos, psicológicos, entre outros.

contraponto fundamental nessa sociedade.

Ressalta-se que pensar o corpo, quando se pensa em obesidade mórbida, é claramente indispensável: desse fator falar-se-á no **terceiro capítulo**. Contudo, a separação entre o capítulo dois e o três é algumas vezes mais didática e difícil de sustentar, em certos pontos se confundem. Como, aliás, o terceiro e o quarto capítulo também se comunicam bastante, principalmente no que se refere às atuais manipulações corporais. Estes são fenômenos que merecem ser abordados em mais de um ângulo, essas comunicações entre os capítulos foram encaradas como uma costura ao longo de todo o texto final, eixos que perpassam e dão um perfil ao trabalho como um todo.

Assim, neste terceiro capítulo buscou-se abordar algumas vicissitudes pelas quais passou o corpo nos últimos tempos até chegar a esse corpo cuja plasticidade é testada pela tecnologia até os últimos recursos. Ao longo dos tempos, o homem experimentou diferentemente seu corpo, no entanto, como atualmente ele está construindo seu próprio corpo a partir das referências sociais que vivencia? Em nossa contemporaneidade, o corpo se apresenta no espaço visual com uma intensidade que não se previu nas produções científicas, midiáticas, vídeos caseiros tornados públicos, até nas câmeras de vídeos de segurança, apenas um vulto trêmulo e esverdeado, sempre presente em uma sociedade, por sua vez abundantemente imagética. Passou-se também por um curioso tema na história do corpo humano, um forte fascínio que se teve pelo corpo deformado, monstruoso: interroga-se, teria relação esses corpos com a obesidade mórbida. No corpo tomado pela ciência, pela medicina, pensou-se quais seriam as consequências desse corpo medicalizado para a obesidade mórbida.

Buscar compreender as referências sociais nas quais o sujeito construiu e constrói a noção de beleza, a vivência do seu corpo e da própria obesidade tornou-se imperativa. O homem está em crise por acreditar ser dono de si mesmo; além disso, ele está desiludido com a razão; e, mais, atualmente está de posse de uma tecnologia inimaginável que faz recuar seus limites, qualquer impossível pode se tornar possível a qualquer instante. A mentalidade moderna, que pressupõe o consumo ilimitado e uma filosofia hedonista, atinge diretamente a relação do homem com seu corpo, com sua aparência e, portanto, com a obesidade mórbida. Esse mosaico produziu uma individualidade que age por ela mesma e se modifica apoiada apenas em seus próprios recursos internos. Todavia, diante da

indeterminação e múltiplas referências, o que se encontra é um indivíduo perdido, emancipado, porém marcado pela insuficiência. A obesidade se encaixa nesse mosaico delicado, em que ainda se precisa colocar as consequências da sociedade imagética que já foi citada. Em uma sociedade em que o eixo é a capacidade de agir por si mesmo, a ação de entrar em pane é seu distúrbio por excelência, ver-se-á que nesse caso obesidade se torna paradigmática. Assim, é preciso observar-se como o sujeito tem feito frente a essa crise, isto é, soluções encontradas nesse sentido. Situação a ser vista no **quarto capítulo**.

Denota-se, o homem come para satisfazer a fome, para demonstrar relações, expressar amor, sentir-se parte de um grupo, reagir ao stress, ganhar recompensas ou ser castigado, exercer poder, tratar enfermidades, simbolizar experiências emocionais, representar segurança, entre outros. Quer-se saber sobre o comer do obeso? No **quinto capítulo**, e último, detém-se em investigar de que fome desmedida se trata na obesidade. Com o referencial teórico da psicanálise, alguns conceitos esclareceram a experiência que se teve escutando essas pessoas, forneceram algum contorno ao material que nos instigou desde o início; refletiu-se sobre o laço mortífero que liga o obeso mórbido à comida, e as implicações da imagem corporal na obesidade mórbida.

Diferentemente do saber médico, para a psicanálise a obesidade estaria mais próxima de ser um sintoma, no sentido em que remete menos a um estado doentio do que a um processo inconsciente. Com a descoberta deste, Freud descentra o homem racional e consciente, o homem é dotado de razão, mas uma razão que vacila no interior de si mesma: “o eu não é senhor nem mesmo em sua própria casa, devendo, porém, contentar-se com escassas informações acerca do que acontece inconscientemente em sua mente” (FREUD, 1916/1917/1996, p. 292). É com esse recorte que se construiu uma leitura da obesidade mórbida. Neste estudo, é preciso sublinhar que só referiu-se à obesidade mórbida, aos grandes obesos, mesmo quando, por acaso, não se tenha especificado. É a partir desse recorte que se olhou a música Comida como palavras que bem poderiam ser de um desses sujeitos; se a comida devorada não é só pasto, é necessário conhecer-se por onde transita esse devorar sempre insatisfeito. Diversão; arte; sexo; prazer? Nenhuma dessas situações se determinou como resposta, embora os obesos se queixem de que a vida estanca, que perdem os prazeres dela, desde os mais simples, por exemplo, um passeio no parque, um cinema, uma roupa nova, um

namorado. Esse laço mortífero com a comida passa por algo que está além da necessidade, além do próprio desejo: a gente quer inteiro, e não pela metade.

Os obesos relatam que comumente pouco importa o que estão comendo, desde que comam até sentirem-se completamente cheios. Interrogou-se que buraco é esse de que falam. Comendo cada vez mais, cada vez mais cheios — embora nunca cheios o suficiente — comem mais, buscam ficar sem espaço a ser preenchido, sem faltas. O obeso não suporta a falta e é fígado por uma dimensão de gozo. Mas, embora o corpo gordo a ser operado seja apenas a ponta do iceberg, vê-se que a dimensão visual desse corpo traz graves consequências a esses sujeitos.

Trata-se de um material que nos instigou desde o começo. Com isso está-se referindo a pouco mais de dois anos de experiência como psicóloga do Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, em São Luís (MA). Nesse experiência valiosa possibilitou-se, desde o início do Serviço, um espaço de escuta para os pacientes a partir da psicanálise. Nesse período, o serviço foi procurado até por pessoas de estados vizinhos, devido ao pouco tempo de espera (apenas dez meses, pouco comparado aos quase dez anos nos serviços mais antigos). Assim, há uma motivação pessoal para este estudo. Não se acredita em produção neutra, a própria escolha de um tema não se dá à revelia da pessoa do pesquisador. Com certeza há motivos pessoais, embora talvez não consiga expressá-los completa e adequadamente, em essência eles dizem respeito a essa experiência.

Se diante do discurso médico já é difícil o sujeito se implicar — uma vez que esse discurso aponta para uma causalidade externa — dir-se-ia que agora, diante da promessa de cura que é o tratamento cirúrgico, o sujeito não tem mais por que se pôr numa busca dos sentidos do seu padecimento. Alguns serviços com mais tempo de experiência relatam que não raro os pacientes, depois de um tempo de cirurgia, apresentam outros sintomas: dependência alcoólica, drogadição, comportamentos promíscuos ou compulsivos em comprar coisas, entre outros. Nesses “problemas de adaptação” algo resiste, insiste. Foi proposto, aqui, conhecer o significado do que se quer extirpar. Diante da realidade da cirurgia — que está instaurando-se aos poucos em todos os hospitais do país, inclusive os públicos — e diante das questões que essa realidade tem imposto aos profissionais, qual seja, as diversas dificuldades com os pacientes operados, é

necessário que se detenha com mais atenção sobre a obesidade mórbida, e que se conheça do que se trata e quais suas repercussões psíquicas.

Dessa forma, através da rica experiência adquirida com o acompanhamento psicológico dos pacientes do Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital Universitário, teve-se substrato para as questões levantadas desde o início, e o fornecimento das falas que orientaram na investigação realizada, vinhetas clínicas nortearam e, principalmente, confrontaram a teoria em busca de respostas. As vinhetas mais exemplares foram, então, reproduzidas, salvaguardando a identidade dos pacientes com o uso de nomes fictícios. Assim, se faz necessária a observação de que todas as falas trazem em comum o diagnóstico de obesidade mórbida e o fato de serem pacientes de um serviço médico que tem como principal opção o tratamento cirúrgico.

Buscou-se desenhar um estudo que abrangesse a complexidade de seu objeto sem perder a riqueza da subjetividade e dos discursos envolvidos. Algo que não tenha como pretensão reproduzir a realidade, mas que procure, gradativamente, uma maior aproximação desta, objetivando articular teoria e prática, já que qualquer conhecimento não é senão aproximado e construído. Não houve preocupação com um objetivo de generalização, o que se pensou não cabe a todos os obesos mórbidos, nem mesmo a todos aqueles que têm esse diagnóstico e passam por um serviço médico, todavia serve de guia para refletir questões que se encontram na experiência subjetiva de alguns deles. Preocupou-se com uma abordagem que “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2001, p. 22). Assim, as falas estão presentes desde o início, causando questionamentos e reflexões, convocado a aprofundar no tema; portanto são falas férteis, pois provocam desde o começo.

É importante frisar que a experiência no Serviço de Cirurgia da Obesidade compreendeu tanto o acompanhamento psicológico dos pacientes que se preparavam para a cirurgia bariátrica, quanto a participação nas reuniões mensais que o serviço oferece à comunidade, momento no qual se explica o que é a obesidade, quais as opções disponíveis de tratamento e, em especial, o que é a cirurgia bariátrica. Os que já operaram nesse serviço dão seu depoimento e todos que estão presentes podem fazer perguntas à equipe e aos que já operaram. É um momento rico para se ouvir o discurso envolvido no serviço, por parte da equipe,

e daqueles que já operaram ou que se preparam para tal. Mas as falas que se trouxe como vinhetas clínicas dizem respeito apenas ao momento individual de acompanhamento psicológico feito com eles.

Trabalhar com falas é uma tarefa extremamente delicada. Entendemo-las como palavras escolhidas, em que nada é banal e se objetiva o *inter legere*, ler entre as linhas. Em outras palavras, captar o “dizer” que se esconde atrás da série de “coisas ditas”, pois como recomenda Lacan, “se estamos bem situados para conhecer o poder das palavras, isso não é razão para valorizá-la no sentido do insolúvel” (1953/1998, p. 264). Está-se de acordo com Figueiredo, priorizando a fala enquanto “o elemento-surpresa que provoca a teoria em seu alcance explicativo e resolutivo” (1997, p. 33). Não se trata de comprovar a veracidade de cada dito,

mas de citar, o mais literalmente possível, segmentos de falas, de enunciados, considerando o contexto em que se dá a enunciação. (...) Não me limito a ser ouvinte, mas falo com eles, através deles e para além deles, querendo dizer mais do que foi dito. Sabedora de que ao citar repito e modifico os relatos orais e escritos a que tive acesso, dando-lhes um destino peculiar em um novo contexto... (FIGUEIREDO, 1997, p. 35).

Fez-se uma leitura transversal exaustiva e interrogativa atravessando todo o material, todas as falas disponíveis. Em uma primeira leitura apreendeu-se os pontos centrais de cada sujeito, então fez-se uma leitura a partir de um referencial teórico, e buscou-se respostas para as questões propostas. Trabalha-se, assim, acompanhado da ressalva de Figueiredo:

Trabalho com segmentos de enunciados, retirando-os dos contextos em que foram apresentados, transformando-os em citações para dar-lhes novos sentidos e extrair-lhes sua força exemplar. Ao exemplificar recorro à citação, e citar é recontextualizar... Logo, o uso que faço dos relatos orais e escritos separa-os da intenção e do contexto originais em que foram colhidos para relançá-los ao leitor. Este, por sua vez, deles se apropria numa nova interpretação que promove um novo hiato entre o que eu disse e o que quis dizer. É isso que interdita a saturação do contexto. (1997, p. 41).

Por fim, de posse dessa experiência e dessas falas, e posicionados com um percurso teórico sustentado neste trabalho, pôde-se lançar a algumas conclusões.