



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

O MOVIMENTO DA PULSÃO ORAL EM MULHERES  
QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA

BIBIANA DA GAMA POGGI

RECIFE  
2007

BIBIANA DA GAMA POGGI

**O MOVIMENTO DA PULSÃO ORAL EM MULHERES  
QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Doutora Edilene Freire de Queiroz.

RECIFE  
2007

P746m

Poggi, Bibiana da Gama

O movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica / Bibiana da Gama Poggi ; orientadora Edilene Freire de Queiroz, 2007.

147 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, 2007.

1. Análise clínica. 2. Energia psíquica (Psicanálise). 3. Obesidade nas mulheres. 4. Obesidade - Cirurgia - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.964.2

## COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edilene Freire Queiroz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Vilar de Melo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Wanderley Correia de Andrade

## DEDICATÓRIA

Muitas vezes basta ser:  
Colo que acolhe,  
Braço que envolve,  
Palavra que conforta,  
Silêncio que respeita,  
Alegria que contagia,  
Lágrima que corre,  
Olhar que acaricia,  
Desejo que sacia,  
Amor que promove.

Dedico a você, André Felipe.

## AGRADECIMENTOS

"O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher".  
Cora Coralina

Agradeço as pacientes do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco por me instigarem a elaborar questões e a buscar respostas - ponto de partida da caminhada. E, principalmente, pela pronta disponibilidade em participar dessa pesquisa - fruto colhido de uma caminhada. Obrigada, igualmente, à equipe de cirurgia bariátrica.

Durante o caminhar do mestrado semeamos relações, às quais agradeço intensamente:

- à professora e orientadora Edilene Queiroz, pela sua disponibilidade e atenção durante todo o caminho do mestrado;
- à professora Fátima Vilar que, excedendo a função de ensinante, esteve sempre disponível para contribuir no avanço da nossa pesquisa.
- à professora Fernanda Andrade que, ao aceitar ao convite de pertencer à banca examinadora, enriqueceu o "por vir" do nosso estudo.

Laços afetivos foram estabelecidos durante a caminhada, especialmente com Karina Veras e com Karla Daniele. Obrigada pelo que juntas vivemos, compartilhamos e crescemos.

Alguns frutos foram colhidos, resultados de um aquém da caminhada do mestrado. Resta-me agradecer:

- aos meus pais Nelson e Isabel pela formação sólida;
  - ao meu esposo, André Felipe, pela parceria na maior de todas as caminhadas: a vida;
  - à minha filha, Maria Clara, pelo tempo que dela retirei em prol de uma produção;
  - às minhas irmãs-amigas, Bettina Poggi, Brenda Poggi, Rosa Virgínia Feitosa e Roberta Gusmão, pelo apoio ofertado.
- Por fim, a Deus, responsável por nossa existência e guardião dos nossos caminhos.

## RESUMO

A obesidade apresenta-se como uma patologia que acomete um número crescente de pessoas, recebendo a denominação de doença do milênio. Mobiliza a atenção de programas de saúde pública, que investem continuamente em pesquisas procurando debelá-la. A cirurgia bariátrica apresenta-se como um eficiente método de controle da obesidade, implicando a atuação de uma equipe multiprofissional, composta por cirurgião, psicólogo, nutricionista e enfermeiro, que acompanha o paciente na fase pré-operatória e, igualmente, após a cirurgia. O objetivo da nossa pesquisa consistiu em investigar o movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. Buscamos contemplar os aspectos subjetivos implicados no processo de emagrecimento quando se faz necessária modificação na forma de satisfação oral, pesquisando assim o efeito de uma intervenção física no corpo pulsional. Para tanto, delimitamos nosso estudo nas mulheres uma vez que, no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco, local onde realizamos a pesquisa, foram elas que demandaram em maior número à cirurgia e, da mesma forma, apresentaram mais dificuldades durante o período pós-cirúrgico. Trata-se de uma pesquisa que articula a teoria com a clínica, cujo referencial é o psicanalítico, na qual apresentaremos os relatos de três pacientes acompanhadas pela pesquisadora antes e após a cirurgia, para em seguida expormos a análise do material colhido. Nos casos acompanhados tornou-se evidente que a intervenção física, embora necessária ao controle de peso das pacientes, não foi suficiente para promover modificações no corpo pulsional. Foi possível constatar a importância do processo psicoterápico para que tais alterações possam ocorrer no corpo pulsional de cada paciente.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, corpo pulsional, mulher, pulsão oral.

## ABSTRACT

Obesity is considered nowadays a pathology that affects a growing number of people, reason for which it's called the millennium disease. It mobilizes the attention of public healthy services, which invest continuously in research to control it. The bariatric surgery presents as an efficient method to control obesity through the intervention of a multi-professional team, composed by a surgeon, a psychologist, a nutritionist and a nurse, that take care of the patient during the pre-chirurgical phase and, afterwards, during the post-chirurgical one. The aim of our research was to investigate the movement of the oral compulsion in women that were submitted to the bariatric surgery. We searched the subjective aspects that always appear in the losing weight process in which it's necessary a change in the ways of the oral satisfaction. We observed, therefore, the effects of the physical intervention in a compulsional body. In so doing, we restricted our analysis among the women for the reason that, in the Hospital da Polícia Militar de Pernambuco, place where the study was conducted, it was them that claimed more for the surgery and also because the women presented more difficulties after the surgery than the men. It's a research that focuses on the interaction between the theory and the clinics, which referential is the psychoanalytic one. Henceforth, we described the cases of three patients accompanied by the researcher before and after the surgery. Afterwards, we analyzed all the material collected. In all the cases it was verified that the physical intervention, although necessary to the patients' weight control, was not sufficient to promote changes in the compulsional body. We concluded proving the importance of the psychotherapeutic process, which enabled the changes in the compulsional body of each patient.

Key words: obesity, bariatric surgery, compulsional body, woman, oral compulsion

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>1 O CORPO</b> .....	23
1.1 O CORPO PARA A MEDICINA.....	25
1.2 DE QUE CORPO FALA A PSICANÁLISE.....	31
1.3 <i>TRIEB</i> : ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PULSÃO EM FREUD..	36
1.4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PULSÃO EM LACAN.....	44
1.4.1 O objeto e a falta.....	46
1.4.2 A demanda e o desejo.....	49
1.4.3 Como se satisfaz a pulsão.....	52
<b>2 CORPO, PULSÃO E ORALIDADE</b> .....	54
2.1 O CORPO PULSIONAL.....	55
2.2 O SUJEITO E O EU.....	59
2.3 O NARCISISMO.....	63
2.4 ALIENAÇÃO E SEPARAÇÃO: OPERAÇÕES DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO.....	65
2.5 A OPERAÇÃO DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NA OBESIDADE.....	67
2.6 A CONSTITUIÇÃO DO CORPO PULSIONAL NAS MULHERES.....	74
2.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O GOZO.....	78
<b>3 O MOVIMENTO DA PULSÃO ORAL EM MULHERES QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA</b> .....	82
3.1 PIRRA.....	87
3.1.1 História do sintoma.....	89
3.1.2 Do ingresso no programa de emagrecimento.....	91
3.1.3 Da cirurgia.....	92
3.1.4 Emagrecimento após a cirurgia.....	92
3.2 FEDORA.....	95
3.2.1 História de vida.....	95
3.2.2 História do sintoma.....	98
3.2.3 Ingresso no programa de emagrecimento.....	99
3.3 TAMARA.....	101

3.3.1 História de vida.....	102
3.3.2 História do sintoma.....	104
3.3.3 Ingresso no programa de emagrecimento.....	104
3.4 COSTURANDO AS SEMELHANÇAS.....	107
3.4.1 Compulsão alimentar.....	111
3.4.2 Quando a obesidade se instalou.....	116
3.4.3 Comer como laço social.....	120
3.4.4 Dano à imagem narcísica.....	122
3.4.5 Relação com o casal parental.....	124
3.4.6 Como se movimentou a pulsão oral após a cirurgia.....	127
3.5 REFLETINDO SOBRE SINGULARIDADES.....	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	144

## INTRODUÇÃO

A obesidade é um fenômeno mundial que tomou proporções epidêmicas a ponto de ser considerada a "doença do milênio" (COHEN; CUNHA, 2004, p.10), desafiando as políticas públicas de saúde, que lutam para estabelecer meios de tratamento eficazes para controlá-la, nem sempre com êxito.

Malgrado a destinação de recursos orçamentários crescentes para se debelar esse mal, os índices de gordura populacional aumentam em ritmo acelerado, segundo a Organização Mundial de Saúde (LE GUEN, 2005).

Estaríamos então perdendo a guerra contra a obesidade?

Em 2001, constatou-se que, nos EUA, a obesidade ocupava o segundo lugar de morte evitável, perdendo apenas para os óbitos provocados por traumatismos, resultantes de acidentes de trânsito. Entretanto, em 2004, a obesidade passou a ser reconhecida como a primeira causa de morte evitável no mundo.

Cerca da metade dos americanos apresenta sobrepeso, enquanto que um terço é obeso. Conforme destacou Newman (2004, p.46), o número de obesos nos EUA dobrou em relação às últimas três décadas enquanto que 15% das crianças e adolescentes sofrem de sobrepeso. A Europa apresenta números mais modestos, ainda que preocupantes: na França, por exemplo, o número de obesos praticamente duplicou entre 1990 e 2000 (LE GUEN, 2005, p. 51).

A obesidade não é uma patologia exclusiva dos países desenvolvidos, apresentando um crescimento alarmante nos países pobres e em desenvolvimento (NEWMAN, 2004, p. 46). Le Guen (2005, p. 51-52), observou que em determinadas ilhas do Pacífico, na Micronésia e na Polinésia, a obesidade afeta cerca de dois terços da população, alcançando a impressionante cifra de 75% das mulheres adultas e 60% dos homens nas zonas urbanas de Samoa. No Caribe, cerca de 50% das mulheres estão afetadas pela obesidade; na Argentina, 21% da população sofre do mesmo mal; no Egito, um terço dos adultos é obeso.

Newman (2004, p. 46) ressalta o caso do México que, entre 1988 e 1999, triplicou os casos de obesidade, saindo dos 9% para atingir a cifra de 24% da população.

A obesidade tornou-se um problema de saúde pública, cuja dimensão preocupa, por vezes, muito mais que a desnutrição. Revelador é um estudo de 2002, publicado no jornal La Nación de Buenos Aires (CASTRO, 2004), que tinha por objetivo mensurar o grau de desnutrição infantil após a grave crise econômica que afligiu a Argentina. Surpreendentemente, constatou-se que, em cada dez crianças com idade entre seis e treze anos (28,9%), três tinham sobrepeso ou eram obesas. Tal índice superou o número de desnutridos.

No Brasil, a situação é similar, pois consoante o Ministério da Saúde, a obesidade preocupa, atualmente, muito mais que a desnutrição:

Com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o levantamento mostra que enquanto a desnutrição caiu de 9,5% para 4% da população, o número de brasileiros gordos aumentou de 1975 a 2003. Atualmente, 40% dos adultos no país estão acima do peso considerado ideal [...]. Ao se levar em conta o total de obesos, o percentual é de 8,8% para os homens e 12,7% para as mulheres (OBESIDADE..., 2006).

Constata-se, então, o crescimento mundial de uma doença que pode ser definida como "um acúmulo excessivo de gordura corpórea numa magnitude tal que comprometa a saúde" (LOLI, 2000, p.18), ou seja, tal quadro provoca o desencadeamento de problemas cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, determinadas complicações respiratórias e articulares, alguns tipos de câncer, entre outras patologias que reduzem a longevidade e limitam a qualidade de vida (HALPERN, 1992 *apud* LOLI, 2000, p.18).

No Brasil, diante do elevado número de doentes, e, igualmente, do alto índice de insucesso com os tratamentos da obesidade, que envolvem dietas alimentares, medicações e atividades físicas, o Sistema Único de Saúde - SUS, foi autorizado a implantar a cirurgia bariátrica como uma alternativa para o controle do peso.

A cirurgia bariátrica consiste numa alternativa para a redução e o controle do peso por meio da diminuição da capacidade do estômago e da absorção do alimento pelo aparelho digestivo, favorecendo o emagrecimento.

O resultado obtido pelo método cirúrgico garante uma perda de peso satisfatória e duradoura (COHEN; CUNHA, 2004, p. 67).

No entanto, também a cirurgia apresenta-se limitada, quando para alguns casos, constata-se o reganho de peso. Isso tem preocupado os profissionais implicados, que reconhecem o fato de que a cirurgia contempla apenas a dimensão orgânica de uma patologia que envolve aspectos subjetivos. Para minimizar tais efeitos, o Ministério da Saúde baixou a Portaria de número 628/GM de 2001, que determina a criação de uma equipe multidisciplinar a fim de trabalhar com essa patologia.

Atentos à questão do reganho de peso, cirurgiões reunidos no VIII Congresso Brasileiro de Cirurgia da Obesidade, realizado no ano de 2006, apresentaram os resultados de uma pesquisa comprovando que, embora o resultado bruto seja satisfatório, numa amostra de cinquenta pacientes operados, um percentual de 15% recuperou mais de 10% do peso perdido (THEODORO, 2006, p.66).

Existem, portanto, fatores extrínsecos aos procedimentos técnicos e cirúrgicos, que escapam do domínio médico e do querer emagrecer do paciente. Sabemos que toda ação do ser humano está determinada, sobretudo, por fatores emocionais inconscientes. Considerando tais evidências podemos supor que conteúdos emocionais e inconscientes estão implicados na dinâmica da constituição da obesidade e do seu controle. Não é sem razão que a obesidade apresenta-se como uma doença crônica.

A literatura psicanalítica apresenta algumas publicações a esse respeito, que evidencia ser essa uma

patologia cuja constituição ocorre na infância e que perdura pela adolescência, podendo chegar à fase adulta.

Entretanto, no que se refere ao efeito que a cirurgia bariátrica provoca no sujeito, não encontramos muitas publicações, o que mostra a relevância da nossa pesquisa que tem como objetivo geral estudar o movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. De maneira mais específica buscamos refletir acerca da formação do corpo pulsional na mulher, investigar os destinos da pulsão oral, suas compulsões e mecanismos compensatórios no acompanhamento das mulheres operadas, ademais de analisar quais os mecanismos psíquicos implicados no processo de deslocamento pulsional quando se fazem necessárias mudanças no modo de satisfação oral.

Sendo assim, nossa pesquisa contemplará as dimensões teórica e prática, pois concordamos com o que escreve Safra (1993), ao afirmar que a articulação entre a teoria e a clínica é o modelo da pesquisa em psicanálise. Uma não deve existir sem a outra, uma vez que a teoria sem a clínica arrisca-se a se aproximar das manifestações delirantes e, a clínica, quando subtraída da conceitualização teórica, pode perder-se por falta de rigor metodológico.

O nosso campo de pesquisa será o Hospital da Polícia Militar de Pernambuco, local em que a pesquisadora ocupa o cargo de psicóloga, e onde recebe para atendimento clínico os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.

Num levantamento de dados realizado naquele Hospital, em julho de 2004, haviam sido registradas setenta e quatro cirurgias, sendo cinquenta e cinco em mulheres e dezenove em homens. Dentre as mulheres, dezesseis queixaram-se das seguintes dificuldades: vômitos, fraqueza, vontade de mastigar durante o período da dieta líquida (os primeiros quinze dias seguintes à cirurgia); quatro não seguiram as orientações nutricionais, colocando em risco a própria saúde; três apresentaram-se anêmicas durante o primeiro ano após a cirurgia; uma faleceu por desnutrição e depressão e uma voltou a engordar. Dentre os homens, dois lamentaram-se dos vômitos causados por falta de mastigação adequada; um não seguiu as orientações da nutricionista, passando a comer mais do que devia, e um voltou a engordar.

Os dados coletados despertaram algumas questões:

- O número de mulheres que buscou a cirurgia foi superior à procura dos homens, por quê?
- Foi maior o número de dificuldades apresentadas por elas, seja na adaptação ou aceitação do "novo estômago", seja no seguimento das orientações da equipe e, ainda, em se manterem saudáveis do ponto de vista nutricional.

Com lastro nas constatações apresentadas pelo Guia Nutrición Saludable y Prevención de los Transtornos Alimentares, do Ministerio de Sanidad Y Consumo da Espanha (2004), de que as mulheres são mais vulneráveis a

desenvolverem transtornos do comportamento alimentar, principalmente quando se encontram na adolescência, optamos por pesquisar tais transtornos nos pacientes do sexo feminino. Nosso propósito é empreender uma discussão sobre o movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica, considerando que a relação do sujeito com sua oralidade está na base dessa patologia.

Essa pesquisa pertence a um Projeto Guarda-Chuva do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP - intitulado "Por uma metapsicologia do corpo". Como segmento desse projeto o nosso estudo contemplou a dimensão do corpo pulsional. O presente estudo será estruturado em três capítulos. Como a nossa problemática remete à dimensão do corpo, enfocaremos, no primeiro capítulo, a concepção que a psicanálise possui do corpo, diferenciando-a da noção proposta pela medicina. Determinamos na noção de pulsão, construção freudiana que, conforme destacou Lacan (1985), compõe um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Seguidamente, no segundo capítulo, investigaremos como se constitui o corpo pulsional na mulher, o que nos reportará à relação existente entre a mãe e a filha. Abordaremos algumas concepções relevantes para a compreensão do corpo pulsional, tais como: o sujeito, o narcisismo e as operações de constituição do sujeito, e, por fim apresentaremos algumas considerações sobre o gozo.

No terceiro capítulo, descreveremos o contexto da pesquisa indicando o serviço e os procedimentos adotados para o ingresso, preparação e acompanhamento das pacientes obesas que realizaram a cirurgia bariátrica. Prosseguiremos com os relatos individuais de três pacientes pesquisadas para, finalmente, analisarmos o movimento da pulsão oral em tais mulheres.

Antes de ingressarmos no primeiro capítulo, apresentaremos, de maneira breve, algumas considerações sobre a obesidade e a cirurgia bariátrica. Discorreremos acerca dos critérios necessários para o estabelecimento do diagnóstico de obesidade e de obesidade mórbida, tanto quanto o método cirúrgico que foi realizado nas pacientes pesquisadas.

A obesidade constitui uma doença grave que, conforme Benedetti (2003, p. 25) destacou, possui origem multifatorial, ou seja, sua causa está associada a um grupo de fatores que, em conjunto, propiciam o surgimento e o desenvolvimento da patologia. Pode ser definida como um "estado físico em que a pessoa tem peso acima do que se espera para sua constituição musculoesquelética e seu sexo" (COHEN; CUNHA, 2004, p. 8).

Associados ao desequilíbrio destacado na definição, existem outros fatores que contribuem para a formação da obesidade, tais como: regulação metabólica do gasto energético; tamanho e número dos adipócitos<sup>1</sup> aumentados;

---

<sup>1</sup> Os adipócitos são as células da gordura, que na obesidade são aumentadas, tanto no tamanho quanto no número.

alterações endócrinas; suscetibilidade genética; contexto sociocultural; consumo alimentar e aspectos psicológicos (BENEDETTI, 2003, p.26).

Uma vez que a nossa pesquisa tem como objetivo estudar o movimento da pulsão oral em mulheres que já foram submetidas à cirurgia, ou seja, o efeito de uma terapêutica para extinguir e evitar a obesidade, mister se faz a compreensão de tal procedimento no quadro dessa patologia.

O diagnóstico de obesidade pode ser obtido por meio de técnicas classificatórias, em que são retiradas medidas do indivíduo, e comparadas aos padrões de normalidade e anormalidade.

Atualmente, utiliza-se do índice de massa corporal, o IMC, para se diagnosticar a obesidade. Tal índice é obtido pela divisão do peso da pessoa, (em quilos), por sua altura (em metros), elevada ao quadrado. O resultado desse cálculo, quando situado entre 19 e 25, é considerado normal. Entre 26 e 30, é indicativo de sobrepeso, e, acima de 30, obesidade. Já quando ultrapassa 39, trata-se de obesidade mórbida (COHEN; CUNHA, 2004, p. 09). Segundo esses autores, quando o IMC encontra-se acima de 30, há um aumento da probabilidade de ocorrência de distúrbios como a diabetes, a hipertensão, o infarto, entre outras doenças sistêmicas.

A obesidade pode ser ainda classificada como andróide ou ginecóide que, conforme Benedetti (2003, p. 24), funciona como indicadores de riscos associados à patologia. A forma

andróide é aquela na qual se observa o depósito de gordura predominantemente na parte superior do corpo. Está mais relacionada ao sexo masculino e, nessa forma, há uma maior incidência de distúrbios metabólicos. Na forma ginecóide, a gordura se localiza, em sua maior parte, na área inferior do corpo. Apresenta-se mais nas mulheres e não acarreta muitos danos à saúde.

Existem os critérios que indicam a cirurgia como tratamento da obesidade e os que são considerados excludentes.

Os critérios indicativos são:

a) Índice de massa corporal acima de 40%;

b) Índice de massa corporal acima de 35% associado a comorbidades;

Os excludentes são:

a) Alcoolismo crônico importante;

b) Doenças mentais intratáveis ou não-tratadas;

c) Indisciplina, falta de cooperação do paciente ou de aderência ao protocolo de trabalho;

d) Doenças associadas que oferecem risco proibitivo a qualquer técnica.

Toda equipe multidisciplinar está implicada em investigar o perfil de cada paciente, atestando ou não se ele apresenta as condições propícias para submeter-se à cirurgia. De observar que a verificação dos três primeiros critérios de exclusão são, predominantemente, da competência do psicólogo.

As técnicas cirúrgicas foram criadas com o objetivo de tratar tanto a obesidade mórbida como aquela obesidade que põe em risco a vida do paciente, as quais requerem uma ação mais imediata.

Segundo Cohen e Cunha (2004, p.69) para um paciente ser indicado à cirurgia, além do cálculo do IMC, deve constar, no seu histórico, a realização de tentativas para o controle do peso utilizando outros recursos como dietas, atividades físicas e medicamentos.

Logo, o objetivo do tratamento de controle do peso por meio cirúrgico é "equilibrar o balanço energético, ou seja, reduzir o aporte ou absorção dos alimentos, aumentando a atividade física, ou mesmo disciplinando o indivíduo a ingerir menos calorias do que gasta" (COHEN; CUNHA, 2004, p. 69). Nessa proposta, evidencia-se a implicação do sujeito no processo de controle de peso, pela necessidade de mudar hábitos de vida.

Portanto, a cirurgia é indicada como método para o controle da obesidade daquele que padece com o excesso de peso e com doenças a ele associadas; entretanto, se não ocorrer uma modificação dos hábitos e do modo de vida do paciente, podem surgir dificuldades na redução e manutenção do peso.

Assim, podemos afirmar, com base na experiência de trabalhar num serviço de acompanhamento psicológico com tais características, que a cirurgia é apenas um dos procedimentos no tratamento do controle de peso.

Existem diferentes técnicas para a cirurgia, que estão reunidas em três grupos: as restritivas, as disabsortivas e as mistas (MARCHESINI, 2001, p.47).

Conforme expõe Marchesini (2001, p. 47), as primeiras objetivam a redução do volume dos alimentos ingeridos, as segundas visam a alterar a forma da absorção dos alimentos no intestino, e, as terceiras, associam a restrição mecânica ao bolo alimentar, com um determinado grau de má absorção.

Dentre os três grupos de técnicas, destacaremos as mistas, por serem consideradas o "padrão ouro" (MARCHESINI, 2001, p.47) entre as técnicas cirúrgicas pelos centros de referência tanto no Brasil, como no exterior, e, também por ser essa a forma de intervenção adotada pela equipe médica do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco, onde realizamos nossa pesquisa.

Das técnicas mistas, a mais utilizada é a que explora mais a restrição do que a disabsorção do alimento (MARCHESINI, 2001, p.57), destacando-se a técnica denominada Capella, a qual foi empregada nas cirurgias das mulheres pesquisadas.

Nessa técnica, o estômago é dividido verticalmente em dois segmentos. O menor segmento é ligado tanto ao esôfago, por onde chega o alimento, como ao intestino delgado, para onde deve seguir o bolo alimentar (MARCHESINI, 2001, p. 58). A parte maior do estômago que foi dividido não recebe mais alimentos, entretanto, permanece com o duodeno, não sendo retirada do corpo.

Acentua Marchesini (2001, p. 58) que este tipo de cirurgia apresenta um bom resultado, promovendo uma redução do peso de em média 40% do peso inicial do paciente.

A cirurgia descrita pode ser executada tanto pela forma aberta - com incisões no abdômen - como por via da videolaparoscopia, que requer apenas pequenos cortes para a realização de todo o procedimento.

Uma vez realizada a cirurgia, inicia-se uma nova etapa a fim de se obter a perda de peso e seu controle. Passa-se ao controle dietético, acompanhado por toda a equipe multidisciplinar, e, mais especificamente, por um profissional de nutrição.

De acordo com Rolim (2003, p.18), a alimentação deve ser iniciada com 30ml de água a cada duas horas. Caso haja uma boa aceitação, a dieta evolui para líquidos sem resíduos, num volume de 50ml, agora com intervalos de uma hora, compondo um total de 250 kcal/dia. No dia seguinte, a dieta passa para 700 Kcal/dia, sendo distribuída em porções de 50ml, em intervalos de quinze minutos. Essa dieta líquida é mantida por um período de quinze dias.

Durante os quinze dias que se seguem, o paciente inicia uma dieta de consistência pastosa, distribuída em três refeições principais e três lanches. O volume de cada refeição pode atingir 150ml e a quantidade de calorias deve ser em torno de 800 Kcal/dia.

Depois do trigésimo dia, após a cirurgia, muda-se para uma dieta branda, ou seja, uma dieta de fácil digestão e absorção. Ela deve ser realizada em três refeições principais e três lanches. O volume fica em torno dos 150ml a 200ml, por refeição, e a quantidade calórica deve ser em torno de 1000 Kcal/dia.

A dieta de cada paciente deve ser acompanhada mensalmente pelo profissional de nutrição, conforme esclarece Rolim (2003, p. 18), durante todo o primeiro ano após a cirurgia. A partir do segundo ano, as visitas ao nutricionista serão espaçadas.

A atuação do psicólogo durante todo o processo, desde a época pré-cirúrgica, prosseguindo durante todo o período de perda e estabilização do peso, é fundamental. A participação desse profissional é uma exigência da Portaria do Ministério da Saúde de número 628/GM/2001<sup>2</sup> (BRASIL, 2001).

No que concerne ao acompanhamento psicológico, cabe a cada paciente a decisão pela continuidade ou não do tratamento. No entanto, à medida que o número de cirurgias cresce no Brasil, mais se enfatiza a importância do acompanhamento nessa esfera<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup>Nessa portaria, o Ministro do Estado da Saúde estabeleceu normas que foram implantadas no Serviço Único de Saúde, SUS, para serem seguidas no tratamento da obesidade.

<sup>3</sup>Revista de grande circulação nacional, Veja, tratou, recentemente, dos mecanismos compensatórios e substitutivos utilizados pelos pacientes submetidos à redução do estômago. Ao destacar, em alguns casos, a substituição da compulsão alimentar pela compulsão ao consumo, apontou para a importância, nessa área, do tratamento psicológico. A ênfase dada aponta para o fato de que tanto os profissionais quanto o público leigo já conhecem a relevância do tratamento psicológico (BERGAMO, 2005).

## 1 O CORPO

Investigar o movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica exige, primeiramente, que nos debrucemos sobre a noção de corpo.

O corpo humano sempre despertou o interesse do próprio homem que, motivado em conhecê-lo e controlá-lo, vem investindo no aperfeiçoamento de técnicas para investigá-lo, colocando-o no centro de pesquisas científicas. Mas, como pontua Sant'Anna (1995, p.12), na tentativa de entender o corpo, o homem percebe que a totalidade da sua compreensão lhe escapa, apontando para a impossibilidade de ser apreendido de uma única vez.

Isso ocorre porque o conhecimento do corpo é inesgotável, o que possibilita que ele seja investigado por diferentes ópticas ou conforme escreve Sant'Anna (1995, p. 12): "seu conhecimento é interminável tanto quanto são diversificadas as bases culturais que, da medicina à religião, passando pela filosofia e pela antropologia, o constituem e o transformam".

Concordamos com a impossibilidade de apreensão do corpo por apenas uma concepção, pois, quanto mais se avança numa direção, mais nos deparamos com outras concepções que se mostram instigantes, aguardando para serem reveladas.

Apoiando-nos novamente em Sant'Anna (1995, p.12), podemos pensar no corpo como um produto marcado pelos costumes e pelas leis de cada época, assim como pelo conhecimento que a ciência dele detém a cada momento.

Nesse contexto, o corpo obeso atesta a dificuldade de viver numa cultura em que o consumo constante é estimulado e, paradoxalmente, tem como padrão de saúde e de beleza a magreza.

Assim, o corpo obeso torna-se alvo da preocupação da medicina, por exceder os limites da saúde e da estética e por ferir os padrões de medidas concebidos socialmente na contemporaneidade. Ao requerer cuidado, ele convoca não só o olhar das ciências médicas, mas também o olhar da psicanálise, como aquela que analisa as manifestações inconscientes expressas nos hábitos alimentares e nos modos de satisfação oral. Portanto, são saberes complementares, pois para se ter uma compreensão a respeito do corpo obeso é preciso ter clareza não só do seu funcionamento enquanto organismo, mas também do funcionamento do corpo enquanto reservatório e objeto da energia psíquica.

Para efeito desta pesquisa, enfocaremos o corpo tal qual é concebido pela psicanálise, uma vez que nosso propósito, como já tivemos oportunidade de expor, é discutir sobre o movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. Entretanto, convém, primeiro, fazermos uma breve explanação da compreensão que a medicina tem do

corpo para, então, discorrermos sobre sua concepção para a psicanálise.

### 1.1 O CORPO PARA A MEDICINA

Na tradição ocidental, o corpo é o objeto, por excelência, da medicina, herança do dualismo cartesiano, como teremos oportunidade de verificar mais adiante. A medicina propõe-se a conhecer o seu funcionamento normal e anormal, em condições de saúde ou de doença, e tratá-lo quando ele padece de alguma enfermidade.

Inúmeras técnicas foram criadas e aperfeiçoadas com o fim de fornecer uma melhor qualidade de vida e manutenção ou restauração da saúde corporal. Isso não quer dizer, contudo, que novas alternativas e recursos metodológicos não tenham gerado dificuldades. Como exemplo, temos o fato de que o uso de equipamentos de alta precisão afastou o médico da compreensão clínica do corpo do paciente. Igualmente, as especialidades, se por um lado aprofundaram o saber específico de cada parte do corpo, por outro, quebraram a sua visão holista: o paciente deixou de ser visto como um sujeito e passou a ser visto como um coração, um estômago, etc.

A visão do homem e do seu corpo foi sendo construída gradativamente, influenciada pelos paradigmas científicos de cada época. Creemos que, para se compreender as concepções de corpo, que contribuíram para formar a visão que a medicina possui hoje, seria preciso mergulhar nos tratados de

fisiologia e anatomia médicas. Entretanto, como já esclarecemos acima, nossa inserção na medicina tem como propósito facilitar a distinção da visão que esta detém do corpo daquela proposta pela psicanálise e, por esta razão, optamos por nos fazermos acompanhar por autores que possuam formação médica e/ou psicanalítica. Começaremos, então, expondo a compreensão de Volich, um estudioso da psicossomática.

Na antiguidade, segundo o referido autor (VOLICH, 2000, p.19-38), tanto as doenças que afligiam o corpo como suas curas eram consideradas um efeito da atuação de forças sobrenaturais. Paulatinamente, a visão mística da doença foi cedendo lugar para o surgimento da medicina enquanto ciência. Hipócrates defendia que os fenômenos da natureza não tinham relação com a idéia do sobrenatural das doenças. Ademais, ele pensava o ser humano como uma unidade. Ao adoecer, tal unidade se desorganizava (Ibid, p.25). Para cuidar do doente, Hipócrates valorizava a dimensão histórica do mesmo, assim como sua observação clínica. Cada paciente possuiria uma história única e inédita.

Foi a partir de Descartes, com o seu método baseado na "dúvida sistêmica", que a compreensão do homem foi modificada. Para a medicina, o método cartesiano evidenciou o substrato material do homem, uma vez que o que deveria prevalecer era, como escreveu Volich (2000, p. 58): "a clareza e a distinção

do corpo e das suas funções". Já o que era da ordem da subjetividade foi para segundo plano.

A possibilidade de conhecimento do corpo humano aperfeiçoou-se com o passar do tempo. Novas técnicas foram criadas e aprimoradas sempre com o objetivo de se conhecer sua forma e seu funcionamento.

Seguindo esse avanço, temos os estudos da anatomia. Ainda no século XVI (Ibid, p. 33), o corpo humano era desconhecido e, igualmente, não existia nenhuma noção de fisiologia.

No Renascimento, foi possível abandonar as idéias abstratas sobre o homem e se aprofundar na sua materialidade. Nesse momento, a anatomia tornou-se relevante para o conhecimento do corpo, do seu adoecer e da sua terapêutica.

Nos dias atuais, segundo Gray (1998, p. 1-5) e Rocha (2005), o corpo é compreendido como um conjunto de composições de sistemas cujas partes relacionam-se mutuamente por meio de considerações fisiológicas e anatômicas. Cada sistema é formado por partes ou tecidos semelhantes e realiza funções bastante particulares.

Cabe à anatomia e à fisiologia estudar as estruturas e funções do corpo humano. Anatomia deriva da palavra "anatome", que significa cortar em partes. À anatomia interessa tudo o que se refere à estrutura ou à morfologia. É na anatomia sistêmica que encontramos uma possível definição para o corpo. Seus ensinamentos devem ser compreendidos a partir das

relações entre si, assim como em correspondência com a superfície corporal, uma vez que a finalidade de tal estudo é integrá-las ao ser vivo.

Já a fisiologia se propõe a estudar a maneira como as funções das partes do corpo trabalham, ou seja, estuda o organismo a partir do seu funcionamento. As duas ciências são estudadas conjuntamente, pois não se pode separar a função da estrutura.

Na constituição do corpo existem vários níveis de organização estrutural, que se associam entre si. Têm-se os níveis químicos, celulares, teciduais, orgânicos, sistêmicos, e o nível de organismo, considerado o mais alto. O indivíduo vivo é composto por esses sistemas, que devem funcionar como um todo.

No entanto, a forma e o funcionamento do corpo não fornecem sua totalidade na sua dimensão de ser vivo. Volich (2000, p.37) destacou que, ao se debruçar nas entranhas do corpo, o médico acreditava encontrar soluções a respeito da vida, dos pensamentos, dos afetos e das vontades do homem. Como não encontrou as soluções esperadas, os enigmas da vida permaneceram, e parecem ser perseguidos até hoje. Se, num primeiro momento, eram a anatomia e a fisiologia quem mediavam tais pesquisas, nos dias atuais, os estudos da genética parecem ter também a finalidade de identificar "todas as predisposições e características do ser que está por vir"

(VOLICH, 2000, p.37), suas características físicas e emocionais, dentre outros aspectos.

Clavreul (1978, *passim*) apresenta relevantes idéias acerca do discurso da medicina que nos permite compreender algumas questões sobre sua prática, assim como acerca dos seus limites. O autor parte do princípio de que a medicina estipulou uma ordem discursiva sustentada na objetividade, tendo, como referência, o método experimental no qual estão excluídas as subjetividades do médico e do doente.

Nesse contexto, o homem é visto como o terreno onde a doença se instala e evolui. Já o doente, objeto de cuidado médico, representa a conjunção do homem com a doença. O homem ideal é aquele subtraído da doença. Como as subjetividades do médico e do doente não são consideradas, não existe relação entre médico e paciente. O que ocorre é uma relação entre a instituição médica e a doença.

Dessarte, o que é prescrito como tratamento é da ordem de um imperativo, a ser seguido por quem sofre. O discurso médico, ao excluir o discurso do doente, ignora o fato de que aquele que padece é sujeito do seu corpo e ele pode permitir que uma doença se instale e evolua até a morte. De mais a mais, uma doença possui diferentes significações para aquele que dela sofre, podendo adquirir um *status* dentro da família e do seu meio social que, sem ela, não possuiria.

Na prática clínica é possível observarmos a existência de dois corpos: um, estruturado segundo seus sistemas

distintos, e que, diante de uma lesão ou de um desfuncionamento, encontrará alívio e cura nos saberes produzidos pela medicina; o outro seria o corpo habitado pelo desejo, que demanda falar, ser escutado e respeitado no seu desejo.

Por conseguinte, convém tratar a doença, escutar o doente, pois o desejo de curar é elemento ativo no processo de cura. A psicanálise surgiu justamente da inquietação do médico Freud quanto à interação entre o somático e o psíquico, quando se deparou com os corpos adoecidos das histéricas, cuja lógica da doença furtava-se à compreensão da medicina da época.

Vale, então, a reflexão: será que é possível pensar que apenas o orgânico ou o psíquico são afetados pela doença distintamente? Não seria prudente refletirmos que o adoecer afeta a ambos ao mesmo tempo?

Passemos, então, à concepção psicanalítica do corpo. Nesse fulcro, tomaremos como textos referenciais os de Freud e os de Lacan, assim como as concepções que Assoun (1998) apresenta acerca das distintas significações do corpo.

## 1.2 DE QUE CORPO FALA A PSICANÁLISE

Apoiado no biológico, o corpo da psicanálise excede o limite imposto pela necessidade ou pelo impulso de autoconservação. Situa-se, então, num outro campo que, permeado pela linguagem e constituído no simbólico, é falado mesmo antes de existir.

Temos, então, um corpo que se origina a partir do efeito que a palavra possui sobre ele, ou seja, é um corpo submetido às leis da linguagem. Esse foi o corpo o qual instigou Freud a pesquisar e a delimitar a diferença existente entre a medicina e a psicanálise, já que os corpos das histéricas encenavam conflitos que podiam ser verbalizados, mas que não correspondiam à fisiologia e à anatomia médica.

Foi trilhando esse caminho que Freud se deparou com o inconsciente e construiu sua teoria psicanalítica, buscando sempre esclarecer as relações existentes entre o orgânico e o psíquico.

Na sua obra, Freud expôs duas definições para o corpo, apoiando-se em dois vernáculos da língua alemã: o primeiro deles - *Körper* -, cuja definição privilegia o aspecto anatômico, seria o corpo que pode ser olhado, que pode ser atingido por uma lesão ou por qualquer coisa que venha a ferir sua integridade. O outro vernáculo, *Leib*, diz respeito a algo

que se contrapõe à alma. Quando utilizado em seu sentido figurado, aponta para o interior do corpo, para uma parte corporal ou para suas entranhas. As duas possibilidades de significação enfatizam ainda outra dimensão: *Körper* refere-se à vida animal e *Leib*, à vida orgânica. Temos definições que dizem respeito à superfície e à profundidade, ao corpo vivo e ao corpo morto.

A psicanálise acrescentou a essas noções a do inconsciente, instância detentora de um saber capaz de influenciar os processos somáticos. O inconsciente exerce uma ação plástica sobre tais processos, que a consciência não é capaz de dar conta.

Interessante a distinção que Assoun (1998, p. 15) apresenta acerca da semiologia do corporal e das possibilidades de compreensão do corpo. O autor adota como ponto de partida o registro semântico do corporal, o qual remete a três dimensões: a do somático, a do orgânico e a do físico.

O físico, derivado do grego *physis*, indica algo da natureza do corpo, ou, como escreve o autor, algo da "maneira de ser" (Ibid, p.16). Ao físico estão relacionadas as conotações do ativar, do engendrar e do crescer. É nessa dimensão que se pode identificar o que pertence ao natural da espécie.

O orgânico, do grego *organikos*, determina o sentido maquinal, ou ao que cabe ao órgão do corpo. "O orgânico é o

que concerne aos instrumentos ou o que é apto para servir e atuar como instrumento" (Ibid, p.16).

O somático, derivado de *soma*, diz respeito ao tangível, ou seja, a algo que pode ser tocado, a algo morto ou vivo, algo que é determinado e fechado, completo. Segundo o mesmo autor, o corpo assim situado distingue-se da psique.

O corpo, em seu sentido mais imediato, e como é visto na realidade, é o corpo orgânico. Consiste num corpo abstrato, numa montagem de órgãos, cujo funcionamento é complexo. Esse é o corpo do saber médico, e é nele que incide a prática médica. O que escapa ao saber médico, por não se constituir seu objeto de estudo, será estudado pela psicanálise. Nesse caso, um corpo onde o desejo pulsa.

Novamente nos encontramos com os corpos adoecidos das histéricas, que constituem o paradigma do corpo investigado pela psicanálise. Corpos erógenos, em que aparecem o que não pode ser dito por palavras. O corpo é erógeno por ser submetido à linguagem, ou seja, por meio da ação da linguagem, o que pertencia à natureza animal no homem é suprimido em um corpo tecido pelos significantes. Tem-se, então, um corpo falado e que fala. Esse corpo quando padece demanda falar, ou seja, utiliza-se do significante para expressar sua dor, do mesmo modo que expressa seu gozo.

Lacan (1998, p.695), ao abordar a função do significante e seus efeitos no homem, escreveu que:

[...] sua natureza torna-se tecida por efeitos onde se encontra a estrutura da linguagem em cuja matéria ele se transforma, e em que por isso ressoa nele, para-além de tudo o que a psicologia das idéias pôde conceber, a relação da palavra.

O organismo sofre dos efeitos do significante, capaz de modificá-lo, de alterar seu funcionamento, de causar impactos e enigmas. Ao adoecer, o corpo aponta para uma falência das estratégias inconscientes ou, mais precisamente, do significante. Algo escapará e produzirá a doença no real do corpo. Isso porque na psicanálise lacaniana concebem-se três dimensões do corpo: o simbólico, o imaginário e o real (NASIO, 1993, p.12).

O simbólico é aquele atravessado pelo significante, ou como escreve Nasio (1993, p.149) é um corpo que "comporta significantes que falam entre si". Corpo capaz de encenar fantasias e de tecer histórias.

Conforme o mesmo autor, o corpo imaginário é o identificado com uma imagem, cuja referência está sempre no outro semelhante. Trata-se de uma imagem percebida fora do corpo e que retorna para dar forma e consistência ao corpo do gozo, terceira concepção do corpo (NASIO, 1993, p.148).

O corpo real é o corpo do gozo, corpo sexual, pois o gozo consiste no "impulso da energia do inconsciente, quando é gerada pelos orifícios erógenos do corpo" (Ibid, p. 148). Essa energia se expressa diretamente pela ação.

Quando os sintomas que atingem o corpo não se valem dos recursos do simbólico, podemos pensar no corpo do transbordamento, conforme o denominou Fernandes (2003, p.111).

São sintomas que devem ser pensados, como "uma descarga, um excesso, que atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação" (Ibid, p. 111). Esse tipo de expressão sintomática aponta para a presença da pulsão de morte, pulsão silenciosa, que não se manifesta pela simbolização.

Lacan, tomando o conceito freudiano da pulsão de morte, precisamente quando Freud [1909 (1974, p. 171)] aponta para a satisfação existente na dor, fez dos fenômenos aí vivenciados o campo para o gozo. Gozo este que se refere ao que não pode ser dito, o que nos mostra que a linguagem não pode expressar tudo, escapando das leis do princípio do prazer.

O gozo relaciona-se a tudo aquilo que se coloca como excesso para o princípio do prazer e ultrapassa as suas barreiras, provocando sensações dolorosas ao sujeito, que delas não pode se destacar (VALAS, 2001, p.25). Observamos, assim, fenômenos vividos no corpo, em que o sujeito nada pode falar sobre eles.

Um outro aspecto indispensável da pulsão de morte é a sua relação com a repetição, ou seja, com aquilo que não pode ser verbalizado, mas que persiste em se mostrar. Repete-se no ato o que não pode ser dito, mesmo que isso possa produzir dor e desprazer. Pode mostrar-se, igualmente, como algo inscrito no corpo sob a forma de patologias, apontando para a existência de algo que, ligado a um conflito psíquico, não pode ser traduzido pelo discurso.

O conceito de corpo, na psicanálise, está intimamente relacionado ao conceito de pulsão, conceito metapsicológico, elaborado por Freud, e utilizado pela primeira vez em 1905, no seu artigo "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (CHEMAMA, 1995, p.178).

Convém, então, que nos debrucemos, um pouco, sobre essa noção, uma vez que ela representa o elo do somático ao psíquico e vice-versa. Discorreremos sobre o que Freud escreveu a respeito da pulsão, acrescido das contribuições elaboradas por Assoun (1993), Hanns (1997) e Garcia-Roza (1995).

### 1.3 *TRIEB*: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PULSÃO EM FREUD

*Trieb*, traduzido como pulsão, consiste numa energia ou numa força que impele o sujeito ao movimento.

Freud [1915 (1974, p. 142)] escreveu que a pulsão é:

[...] um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação ao corpo.

Ao definir a pulsão, Freud estabeleceu uma relação de intrincamento entre o corpo e a mente. Haveria uma estrutura de enodamento entre o somático e o psíquico.

O conceito proposto por Freud sobre a pulsão demarca a ruptura existente entre o pulsional e o instinto. A pulsão é o que há de menos programado, o que implica uma pluralidade de

possibilidades de satisfação. A pulsão, como bem pontuou Freud, brota de uma fonte corporal, e segue num circuito até encontrar sua satisfação, que é sempre parcial. Já o instinto refere-se a uma aptidão inata, a algo herdado, ou seja, a algo que não está sujeito a variações.

Hanns (1999, p.81) escreve que o circuito da pulsão se inicia por meio do brotar da produção glandular das "cargas de estímulos hormonais e nervosos, e culmina no acúmulo e sobrecarga de estímulos e desemboca na ação neuromotora de descarga". Esse circuito poderá ir de encontro aos interesses biológicos, ao bem-estar e à saúde orgânica de uma pessoa. O que importa é que a pulsão segue constante, acumulando cargas e descargas.

Tem-se, então, uma energia que é vivida no corpo como uma pressão e, no campo do psiquismo, de uma maneira sensorial, afetiva e cognitiva. A pulsão, brotando do corpo, num órgão ou numa glândula, chega ao psiquismo, onde é percebida como imagens e afetos. Depois, retorna ao corpo. Este é o modelo da fisiologia pulsional descrito por Hanns (Ibid, p. 58-70). Entretanto, é importante ressaltarmos que a pulsão dirige-se ao Outro e é por via dessa relação com o Outro que o corpo pulsional pode ser concebido.

Para que a pulsão seja impelida ao movimento de busca pela satisfação, é necessário que haja um estímulo, ou *Reiz*.

*Reiz* refere-se a algo irritativo, que, de alguma maneira agride o organismo, podendo ser a percepção da chegada

de um estímulo, ou os efeitos provocados por ele (Ibid, p. 54). Para Freud (*passim*, 1915, 1920), o acúmulo de estímulos gera o desprazer que, ao atingir um patamar extremo, conduz o sujeito a uma vivência de desamparo. O sujeito será, então, impelido a buscar meios de descargas para o acúmulo das excitações originárias do interior do seu corpo e que tanto o incomoda.

Nesse contexto, Freud [1915 (1974, p.142)] determinou quatro características para a pulsão. Abordaremos cada uma delas.

a) *Quelle* ou fonte

A fonte é entendida como um processo somático que ocorre num órgão ou em alguma parte do corpo. Tal processo é representado, no psiquismo, pela pulsão.

Assoun (1993, p. 181), abordando a fonte pulsional, escreve que, em se tratando da pulsão, tudo se inicia com "esse fluxo que vem de dentro e do qual o sujeito não pode escapar". Além disso, complementa o autor, esse fluxo faz com que a mente trabalhe.

b) *Drang* ou pressão

*Drang* possui diversos sentidos. Hanns (1997, p.71) destacou que, de um modo geral, eles estão associados a algo que incomoda, pois "o acúmulo de *Reize* (estímulo) provoca um

tipo de pressão que tende a ser percebido como *Drang*, isto é, provoca uma necessidade/urgência”.

*Drang* é a própria essência da pulsão, uma vez que ela comporta-se como uma força constante. Tal característica indica que a pulsão não pode estar a serviço de nenhuma função biológica. Isto porque essa última pode ser satisfeita.

c) *Ziel* ou meta

A satisfação é a meta da pulsão. Entretanto, ela sempre será parcial, e consiste na eliminação do estímulo na própria fonte. Logo, a satisfação não está relacionada ao objeto, e sim à fonte. A meta é igual para qualquer pulsão e são vários os caminhos que conduzem à satisfação. Por ser parcial, a pulsão nunca cessará a busca pela satisfação, reiniciando seu circuito incansavelmente.

d) *Objekt* ou objeto

Consiste no meio pelo qual a pulsão alcança sua meta, ou seja, a satisfação. Por esse motivo, qualquer objeto pode ocupar esse lugar, basta que se preste à descarga. O que liga um objeto à pulsão é a possibilidade dele trazer a satisfação, mesmo que parcial.

Garcia-Roza (1995, p. 92) esclarece que “a pulsão pede um objeto, o que ela não implica é um objeto específico”. Afirma, então, que o objeto responsável pela satisfação pulsional detém uma peculiar aptidão que possibilita a

satisfação e estaria, por essa via, ligado à história do sujeito, ao seu desejo e às suas fantasias.

Uma vez caracterizada a pulsão, Freud [1915 (1974, p.147)], então, passa a descrever suas vicissitudes. Elas são, igualmente, formas de satisfação pulsional e modos de defesas contra a própria pulsão. Ele propôs quatro vicissitudes para as pulsões sexuais, são elas: a reversão a seu oposto ou transformação em seu contrário, o retorno em direção do eu, o recalque e a sublimação.

Na reversão a seu oposto ou transformação em seu contrário, a pulsão sofre uma transformação quando passa da atividade para a passividade, por meio da modificação do objetivo. Acontece também quando há a transformação do seu conteúdo. O primeiro caso pode ser observado nos pares sadismo-masoquismo e escopofilia-exibicionismo.

Já a modificação do conteúdo é encontrada na transformação do amor em ódio. No retorno em direção ao próprio eu, há uma mudança do objeto, no qual aquele que exercia atividade assume o lugar do passivo. Freud exemplifica mostrando que o masoquismo consiste no sadismo que retorna ao próprio eu.

O recalque, conceito de grande importância para a psicanálise, é uma forma de resistência, que procura tornar inoperante o impulso pulsional. Isso se dá uma vez que a satisfação pode causar mais desprazer do que prazer. Para que isso ocorra, a condição fundamental é que o nível do desprazer

seja mais intenso que o do prazer. Mesmo nesse caso do recalçamento, uma parte da pulsão é satisfeita porque o quantum afetivo se separa do conteúdo ideativo original e se liga a um novo conteúdo ou idéia, distinta daquela que causou desprazer.

Por último, na sublimação, evidencia-se o caráter de plasticidade da pulsão, em que, por meio de substituições, a satisfação pulsional pode ser alcançada. Tal processo se dá quando a pulsão desvia-se da meta, inicialmente sexual, e dirige-se a uma outra, agora não-sexual. Também o objeto é substituído, devendo ser um não-sexual. Dessa forma, obtém-se a satisfação pulsional. A substituição do sexual pelo não-sexual ocorre quando há intervenção do narcísico, que retira a libido do objeto sexual e a faz retornar para si mesmo. Posteriormente, a libido será dirigida para um objeto não-sexual, e valorizado socialmente.

O que garante o sucesso da sublimação é o fato de que a atividade sublimada seja valorizada socialmente. Numa produção artística, o êxito da sublimação está no elevado grau de sucesso da obra. O verdadeiro artista modela suas fantasias de tal forma que lhes confere um valor universal, capaz de proporcionar no outro o alívio das cargas das suas próprias fantasias (KAUFFMANN, 1996, p. 500).

Conforme destacou Nasio (1993, p.77-94), o processo da sublimação é essencialmente a troca de um objeto pelo outro, o que evidencia a passagem de uma satisfação à outra. O que move

a sublimação é sempre da ordem do sexual, pois sua fonte permanece inalterada. Logo, pode-se afirmar que a origem e a natureza da pulsão sempre será sexual, mas o objeto e o tipo de satisfação obtida pode ser não-sexual. O autor esclarece, que na sublimação distinguem-se duas possibilidades: a primeira seria o meio de transformar e elevar a energia das forças sexuais, tornando-as uma força criadora e positiva; a segunda possibilidade seria um modo de atenuar a intensidade excessiva de tais forças. Sendo considerada, nesse caso, como uma defesa do eu contra a irrupção violenta do sexual.

Os destinos pulsionais elaborados por Freud evidenciam o movimentar-se da pulsão em sua busca pela satisfação, mesmo que seja parcial.

No entanto, Freud [1905 (1974, p.224)] também destacou que a pulsão pode se fixar nos objetos, indicando a possibilidade dela permanecer estagnada numa forma de satisfação, como por exemplo, a oral. O conceito freudiano de fixação, elucidada-nos Cabas (1982, p.53), explica de que forma um sujeito não pode simbolizar e transcender o que de concreto existe em determinadas experiências sensoriais.

Em 1920, Freud (1974, p.17) fez aportes importantes aos estudos das pulsões quando elaborou o conceito de pulsão de morte. Se antes o campo analítico era ocupado pela ordem, como descreve Garcia-Roza (1995, p.162), após a pulsão de morte ele passou também a ser ocupado pelo caos. A pulsão de vida teria como objetivo a manutenção da vida e, em conjunto com ela,

haveria a pulsão de morte, que é silenciosa e busca a destruição. Garcia-Roza (Ibid, p.159), esclarece que, por ser silenciosa, a pulsão de morte é considerada como indizível e invisível, o que a coloca para além do simbólico e para além do princípio do prazer.

Mas o grande salto efetuado por Freud deve-se à importância que ele atribuiu ao fenômeno da repetição, que denominou de compulsão à repetição. Os fenômenos observados por ele dizem respeito à repetição de sonhos traumáticos, repetições do brincar infantil e repetições na transferência.

A compulsão à repetição refere-se a um caráter conservador relacionado a uma tendência que toda pulsão possui de retornar a um estado anterior, que seria um estado inorgânico.

Abordaremos a seguir algumas das idéias acrescentadas por Lacan ao conceito de pulsão, visto que, tal teórico, apoiando-se nos estudos freudianos, promoveu importantes avanços na teoria que nos serão de grande valor.

#### 1.4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PULSÃO EM LACAN

Lacan (1985, p. 155), em consonância com Freud, parte do princípio de que a pulsão não é o instinto; também não é o *Drang*, a força que a move. Ela é composta por quatro elementos, como postulou Freud: fonte, pressão, objeto e meta, mas, esses elementos mantêm entre si uma relação de disjunção,

significando que, ao solicitar um deles, os outros não vêm juntos como um efeito em cadeia.

Harari (1990, p.196), um dos comentadores de Lacan, aponta que, por serem independentes entre si, tais elementos podem se combinar de diferentes formas, ressaltando o que há de singular em cada sujeito. Além disso, ele dá uma idéia da ausência de sentido vivida pelo sujeito ao ser tomado pela pulsão, algo semelhante a uma obra surrealista<sup>4</sup>. Evidencia-se assim a não relação entre a pulsão e o instinto, já que este último remete a uma montagem fixa, onde não há espaço para diferentes articulações, a partir de cada componente da espécie.

Lacan (1985, p. 177-189), acrescentou duas outras pulsões, a escópica e a invocante, às duas primeiras elaboradas por Freud: a oral e a anal. Para cada uma, há um objeto correspondente: o olhar, a voz, o seio e as fezes. Relacionou a fonte e o objeto da pulsão à linguagem. Se em Freud, a fonte pulsional estava localizada nas zonas erógenas, em Lacan essas zonas estariam determinadas pela ação da linguagem sobre determinadas partes do corpo, concebidas como bordas. Assim, tais estruturas de bordas tornam-se zonas erógenas por serem tocadas pela linguagem. As zonas não se restringem apenas a algumas partes do corpo, ao contrário,

---

<sup>4</sup>Tal afirmação refere-se ao movimento literário e artístico, o Surrealismo, lançado em 1924, pelo escritor francês André Breton, caracterizado pela expressão espontânea e automática do pensamento, ditada apenas pelo inconsciente.

alcançam a totalidade corporal do sujeito<sup>5</sup>, constituindo, assim, o corpo pulsional.

As estruturas de borda ou zonas erógenas detêm a especificidade de estabelecer uma troca com o Outro. Elas possuem a estrutura de hiância, ou seja, aberturas que promovem o contato com o Outro. Ao demandar algo à mãe, esta responde com um objeto apaziguador ou com a mediação da ausência de objeto pela palavra (DOLTO, 2002, p.49). É por meio da troca entre o Outro materno e as zonas erógenas da criança que o sujeito constituir-se-á.

No seu circuito, a pulsão brota de uma fonte, contorna um objeto e retorna à fonte, para mais uma vez reiniciar seu circuito. Esse "vaivém" pulsional, como escreveu Lacan (1985, p. 168) é o que há de fundamental para cada pulsão. A pulsão, em relação à função biológica, cujo fim seria a reprodução, deve ser pensada como parcial e não total. Por isso, seu alvo é apenas o retorno em circuito. Não há uma relação de continuidade que faça com que a pulsão evolua de uma etapa para outra, seguindo um caminho pré-determinado organicamente. Como se trata de uma relação com a linguagem, será por meio da demanda do Outro materno que tudo ocorrerá.

Lacan (Ibid, p. 171) destaca que:

A passagem da pulsão oral à anal não se produz por um processo de maturação, mas pela intervenção de algo que

---

<sup>5</sup> O sujeito a que nos referimos é aquele compreendido pela psicanálise, ou seja, o sujeito do desejo, o qual se manifesta nas formações de inconsciente. Teremos oportunidade de tornar mais claro o que consiste o sujeito no capítulo 2, item 2.2.

não é do campo da pulsão - pela intervenção, o reviramento da demanda do Outro.

Ele elaborou uma teoria do objeto afirmando que a noção da falta de objeto é uma noção central na teoria psicanalítica (1995, p. 35). A relação que o sujeito estabelece com o objeto é de fundamental importância para a nossa pesquisa. Desse modo, abordaremos o que o teórico postulou sobre esse tema.

#### **1.4.1 O objeto e a falta**

O objeto é apresentado por Lacan (1985, p.21) como um instrumento que mascara "o fundo fundamental de angústia que caracteriza, nas diferentes etapas do desenvolvimento do sujeito, sua relação com o mundo".

Desde a origem do sujeito, cada objeto pertencente a etapas distintas do desenvolvimento, como por exemplo, o objeto oral ou o anal, já são objetos trabalhados pelo significante.

O instinto possui um objeto que o satisfaz, já a pulsão não. Dito de outro modo, a fome é satisfeita pelo alimento, mas a pulsão oral não possui objeto capaz de satisfazê-la. Porém, o que ocorre para que o objeto da necessidade adquira o estatuto de objeto pulsional?

Lacan (1995, p.66) escreveu que é por via da frustração que se pode compreender a forma pela qual o objeto real adquire o estatuto de faltoso. Se num momento dito primeiro, a criança não distingue o que é da sua alucinação do que é da

realidade, será por meio do Outro materno que ela aprenderá gradativamente a suportar as frustrações. A mãe, transitando entre a presença e a ausência, introduz a falta na criança, como agente da frustração, e a criança começa a perceber a diferença entre alucinação e realidade. Tudo se instala pela via da desilusão, pois a realidade não coincide, pelo menos esporadicamente, com a alucinação do desejo.

Sendo assim, a frustração, conforme apontou Lacan (Ibid, p. 62) está associada às experiências pré-edípicas, com seus traumas, fixações e impressões. Tudo aquilo que é do domínio da reivindicação, das exigências desenfreadas está relacionado à frustração. Ela não se produz pela falta do objeto da necessidade. Devendo ser concebida como uma recusa do dom. Dom enquanto símbolo de amor.

"O amor é dar o que não se tem", escreveu Lacan (1998, p. 624). Logo, a demanda de amor não é uma demanda por objetos, como o alimento. Trata-se da demanda pela presença do Outro, mas não uma presença completa, visto que o Outro é faltoso, o que implica a presença da falta. É isso que o Outro tem a oferecer enquanto dom do seu amor: uma presença incompleta (RECALCATI, 2004, p.100).

O dom pressupõe que o sujeito participe do ciclo da troca, ou como escreveu Lacan (1995, p. 66): "só existe dom porque existe uma imensa circulação de dons que recobre todo o conjunto intersubjetivo". O dom, ainda, remete a um mais-além

da relação do objeto, pois a criança já se encontra no universo simbólico.

Nessa dialética, o dom se manifestará ou não a partir do apelo. E tudo o que vem da mãe como resposta ao apelo é da ordem do dom, algo que está além do objeto. Entretanto, conforme destacou Lacan (1998, p.634) o Outro tem idéias sobre as necessidades do seu filho, e muitas vezes, no lugar daquilo que lhe falta, ele oferece o alimento, ou seja, o que possui, confundindo seus cuidados com o dom do seu amor.

Evidencia-se, então, um jogo simbólico, onde, diante da ausência do objeto, sobrevém o apelo. O objeto é apresentado, mas ele valerá enquanto signo de dom e não como o objeto da satisfação. Lacan (1995, p.186) enfatiza: "toda satisfação posta em causa na frustração advém sobre o fundo do caráter fundamentalmente decepcionante da ordem simbólica". A decepção existe por ser o objeto, na verdade, um nada.

A satisfação da necessidade, por sua vez, torna-se uma compensação. A criança anula o que é decepcionante no jogo simbólico, capturando o objeto oral, ou objeto da necessidade. Segundo Lacan (1995, p. 186):

[...] a criança aniquila, na satisfação, a insaciedade fundamental dessa relação. Ela adormece o jogo na captação oral. Sufoca aquilo que se origina da relação fundamentalmente simbólica.

A maneira como o objeto é apreendido é o que dá a ele sua dimensão simbólica. A oralidade passa a ser libidinizada a partir do instante em que ingressou na dialética da substituição da exigência do amor pela satisfação. O objeto é

indiferente, o importante é a erotização da atividade, no plano do desejo, que faz parte do simbólico.

Não apenas de alimentos a criança se alimenta, asseverou Lacan (Ibid, p.192). Ela também se alimenta de palavras. Quando o objeto real substitui a exigência simbólica, levando a criança a anular sua decepção incorporando o objeto, pode-se dizer que ocorreu uma regressão. A regressão antecede a frustração simbólica.

Diante do exposto, é possível pensar que o sujeito obeso tenta anular a frustração simbólica, ingerindo alimentos incansavelmente. Porém, há nessa compensação um engodo, já que o alimento, uma vez ingerido, apenas reafirma a falta do objeto.

Perpassando por toda a dialética da relação do objeto está a linguagem. Lacan, partindo de Freud, sempre destacou o papel fundamental da mesma para o humano. Ele articulou a pulsão com a demanda, situando a primeira numa lógica do discurso por meio do apelo ao Outro pelo dom do amor. Tais conceitos são relevantes à nossa pesquisa, sendo assim é importante a eles nos atermos, ainda que de maneira breve.

#### **1.4.2 A demanda e o desejo**

A demanda e o desejo estão relacionados à falta do sujeito e sua relação com o objeto.

Quinet (2000, p.87) elaborou importantes reflexões sobre esses dois conceitos, que constituem contribuições relevantes ao nosso trabalho. Deter-nos-emos nesse tema, ainda que de maneira sucinta, a fim de melhor compreender suas articulações.

O sujeito se constitui a partir da falta que é correlata ao conceito de objeto perdido, ou seja, o sujeito é desejante porque o objeto capaz de lhe proporcionar satisfação foi para sempre perdido. A origem da relação entre o sujeito e o objeto ocorre, segundo Freud, a partir da primeira experiência de satisfação, vinculada à satisfação da necessidade.

O bebê diante de uma necessidade, a fome, por exemplo, depara-se com o objeto capaz de satisfazê-lo, o seio. A partir daí, a percepção do objeto deixará uma marca, ou um traço no sujeito, que reaparecerá sempre que a necessidade surgir.

Tal mecanismo consiste num investimento na imagem mnêmica do traço objeto, capaz de produzir uma "alucinação satisfatória de desejo", como Quinet (Ibid, p. 88) observou, "reconstituindo a situação da primeira satisfação". Esse movimento recebeu o nome de desejo. Entre o significante ( $S^1$ ), cuja representação é o traço da excitação da necessidade de comer e o significante ( $S^2$ ), que é representado pelo traço do objeto de satisfação, está o desejo.

A mãe, Outro provedor, participa dessa relação como aquela que dá uma significação ao grito do bebê que necessita

comer. O grito é entendido pela mãe como um apelo, um pedido para cessar algum incômodo, que poderá ser algo da necessidade, como a fome, por exemplo. Nessa demanda, é importante ressaltar, movimenta-se o desejo.

Vejamos o que escreve Lacan (1998, p.634) a esse respeito: "o desejo efetivamente está no sujeito pela condição, que lhe é imposta pela exigência do discurso, de que ele faça sua necessidade passar pelos desfilamentos do significante".

O que o sujeito enuncia no seu discurso constitui a demanda, a qual se dirige ao Outro e não a um objeto. Toda fala é uma demanda. O desejo, por sua vez, não faz parte do significante, uma vez que o sujeito, ao ser dividido pelo significante, tem seu desejo instalado na metonímia da cadeia simbólica, tornando-se impossível de ser dito (VALAS, 2001, p.27).

#### **1.4.3 Como se satisfaz a pulsão**

A pulsão e sua satisfação é uma questão paradoxal, uma vez que não está ligada, exclusivamente, ao princípio do prazer, pois a pulsão se satisfaz mesmo quando encontra desprazer e sofrimento.

Isso se dá porque a pulsão de vida e a pulsão de morte são dois aspectos de uma só pulsão. Para melhor elucidar essa

questão, Lacan utilizou a fita de Möebius<sup>6</sup>, esclarece Harari (1990, p.181), a fim de ilustrar a impossibilidade de se determinar qual o campo de cada uma. Logo, nas queixas de sofrimento, o alvo da pulsão é alcançado.

A sublimação, um dos destinos da pulsão, também é uma forma de satisfação, sendo que seu alvo está inibido. Nasio (1993, p. 86), retomando o que Lacan discute no seminário sobre "A ética da psicanálise", ou seja, "[...] a sublimação eleva o objeto à dignidade da Coisa", esclarece que tal afirmação é decorrente do efeito provocado pela obra de arte, que é um produto da sublimação do artista naquele que a observa.

As obras que resultam da sublimação consistem em objetos que não possuem qualquer finalidade prática, e que são correspondentes aos ideais sociais elevados "subjetivamente internalizados sob a forma do ideal do eu do criador" (NASIO, 1993, p.87). Elas são a expressão da imagem inconsciente do nosso corpo, ou do eu inconsciente narcísico e produzem naquele que a admira tanto o deslumbramento, como o mesmo estado de paixão e desejo que foram responsáveis pela produção da obra de arte.

De todo o exposto, sobressaem alguns pontos essenciais, tendo em vista os casos clínicos que serão abordados no terceiro capítulo dessa dissertação:

---

<sup>6</sup>A fita de *Möebius* pode ser ilustrada como uma tira semitorcida e com as duas extremidades unidas. Assim sendo, o lado interno está preso ao lado externo, mostrando que os dois lados possuem estreita relação um com o outro (CHEMAMA, 1995, p.212).

a) o corpo pulsional, constituído como erógeno por estar submetido à linguagem;

b) as representações sintomáticas que não utilizam os recursos significantes e produzem uma outra dimensão do corpo, denominado como corpo do transbordamento;

c) o conceito de zona erógena e sua relevância no que se refere à relação com o Outro;

d) a relação de objeto;

e) a dialética do dom;

f) os conceitos de demanda e de desejo.

Esses pontos serão retomados mais adiante quando da análise dos depoimentos das mulheres obesas que se submeteram à cirurgia bariátrica.

## 2 CORPO, PULSÃO E ORALIDADE

Creemos ter deixado claro que a noção de corpo para a psicanálise está intrinsecamente relacionada à noção de pulsão. Neste capítulo, continuaremos a discorrer sobre a pulsão, agora investigando a dinâmica da pulsão oral na relação vivida entre mãe e filha, durante os primeiros anos de vida.

Freud [1933 (1976, p. 139-165)], ao indagar como uma mulher se forma, aponta para a importância de se pesquisar essa relação mãe-filha. Ele indicou direções a serem tomadas ao investigar acerca da feminilidade. Para o nosso estudo, colheremos algumas das suas indicações.

Freud realçou que esse estágio preliminar de vinculação com a mãe deixa na menina possibilidades diversas para fixações e disposições (Ibid, p.148). Tais possibilidades são singulares a cada relação, o que denota a unicidade de cada sujeito. Ademais, o que aí se estabelece persistirá pelas outras fases da sexualidade infantil.

A mãe, ao cuidar da sua filha, inscreve marcas no seu corpo que perdurarão por toda a vida, podendo ser compreendida como um terreno fértil tanto para a saúde como para a doença.

Seguindo tais passos, investigaremos como se constitui o corpo pulsional na mulher desde as primeiras relações com o Outro materno. Nesse percurso, passaremos por conceitos fundamentais para a nossa pesquisa, como o do sujeito da

psicanálise e as operações que o constitui: a alienação e a separação. A pulsão oral se apresenta como cenário por onde tudo se desenvolve.

## 2.1 O CORPO PULSIONAL

A clínica nos mostra que é na relação corpo-a-corpo que tudo se inicia. Se, durante a gestação, o feto "pertencia" ao corpo materno, ao nascer, apesar de uma primeira separação ocorrer no corpo, mediante a secção do cordão umbilical, o pertencimento permanece, por mais paradoxal que pareça. Para a psicanálise, a separação não ocorre pelo corte do cordão umbilical, muito menos pelo bebê estar fora do corpo materno. Ele está fora, mas necessita ser posto próximo ao corpo da mãe, uma vez que é lá que busca seu alimento e encontra segurança, o que contempla os aspectos orgânicos e emocionais do mesmo.

Durante os primeiros dias de vida, essa ligação afetiva, que garante a sobrevivência do bebê, é intensa. Depois, de maneira gradativa, vai sendo redimensionada, possibilitando tanto ao pequeno ser, como à sua mãe, a conquista da autonomia.

As pesquisas do campo médico nos mostram o quanto o feto relaciona-se com os estímulos do mundo externo por via do corpo materno. A psicanálise realça a importância das primeiras relações estabelecidas entre o bebê e sua mãe. Pode-

se afirmar que, dessa primeira relação, várias possibilidades são estabelecidas tanto em relação à saúde como à doença.

Destarte, justifica-se a importância de pesquisarmos as primeiras relações estabelecidas pelo bebê, especialmente com sua mãe. Para isso, tomaremos como referências principais Freud, Lacan e Dolto (2002), acrescidas das contribuições elaboradas por Queiroz (2005).

Sabe-se que, apesar da completude vivida no útero materno, o bebê percebe o que ocorre no mundo externo. Logo nas primeiras semanas posteriores à concepção, já é possível ao feto perceber os movimentos maternos e estes estabelecem um ritmo na sua vida.

Conforme Dolto (2002, p.74), durante o dia, o feto percebe o ritmo do seu coração e o do coração materno, os movimentos da marcha do corpo que o carrega, os ruídos das vozes que o cercam, sobretudo as graves. À noite, durante o repouso, o feto percebe diferenças na mobilidade, como também o ressoar do sono materno. A esses se acrescentam os movimentos viscerais da própria mãe. O feto recebe, então, estímulos de maneira passiva, não possuindo a opção de fugir de tais estímulos. Também sua alimentação e respiração ocorrem passivamente por via do cordão umbilical.

Com o nascimento e o corte do cordão umbilical, o corpo se torna independente no que se refere ao funcionamento fisiológico. Mas, dada a imaturidade do recém-nascido, este

demanda cuidados constantes, atestando sua completa dependência daquele que o cuida.

Mediante a separação dos corpos, o recém-nascido perde a placenta, o líquido amniótico e o cordão umbilical. Sai de uma condição passiva para outra em que precisa demandar o alimento, respirar, além do corpo passar a vivenciar sensações novas, como fome, frio, calor, etc. À secção do cordão umbilical Dolto (2002, p.73) nomeia de castração umbilical, a qual produz uma marca única em cada sujeito.

Segundo a mesma autora (Ibid, p. 73), "ela é concomitante ao nascimento e é fundadora, nas modalidades de alegria ou de angústia que acompanharam o nascimento da criança em sua relação com o desejo dos outros". Tal castração precisa ser simbolizada e isso se dá pela linguagem.

À castração umbilical, Dolto associa uma outra, que é aquela provocada pelo "impacto afetivo que a viabilidade da criança traz com mais ou menos narcisismo, a cada um dos genitores" (Ibid, p. 76). Disso decorre o modo como a criança será introduzida na vida como "portadora do sentido que ela teve para eles" no momento do nascimento (Ibid).

É a partir da castração umbilical e do modo como ela é vivenciada pelas crianças e pelos pais que "a vitalidade dinâmica do inconsciente marca de maneira simbolígena ou não o psiquismo de um ser humano, qualquer que seja sua organicidade" (Ibid, p. 77).

A esse respeito, Queiroz (2005, p.148) escreve que, ao nascer, o bebê vivenciaria um estado de tensão originária decorrente da interrupção da vida uterina. Tal tensão surgiria nas zonas erógenas, nos orifícios, fazendo com que o "essencial do investimento se dirija para a relação oral, ou seja, para a relação com o seio". Daí tem-se que a primeira experiência de satisfação ocorre no seio.

As primeiras percepções vão sendo impressas e se relacionam umas com as outras, constituindo-se naquilo que Hans (1999, p.84) descreve como uma malha, ou seja, tem-se uma matriz que "é o campo do psíquico pelo qual as pulsões, ou melhor, as manifestações dos estímulos pulsionais se movimentarão".

Em um momento primeiro, a pulsão seria auto-erótica, ou seja, a pulsão encontraria sua satisfação sem recorrer a nenhum objeto externo. Não há relação com a necessidade da alimentação. Ao contrário, nesse momento o que a criança procura é vivenciar uma satisfação já experimentada anteriormente, no momento da primeira mamada. Um exemplo seria o chupar o próprio dedo.

Mas é por meio de um jogo de trocas entre o bebê e o mundo que o cerca, especialmente a mãe, que a evolução pulsional será almejada. Relacionando-se com o mundo, o bebê se depara com regras impostas, que promoverão o recalque e as transformações das pulsões, na qual uma forma de satisfação deverá substituir outra quando necessário.

Para que o sujeito ultrapasse o auto-erotismo, um outro elemento deve se juntar a ele. Esse novo elemento é o eu, o que impulsiona o sujeito em direção ao narcisismo.

É importante esclarecermos, mesmo que de maneira breve, que o eu não é o sujeito.

## 2.2 O SUJEITO E O EU

O sujeito, para a psicanálise, é o sujeito do desejo. Sua gênese está associada à ação do simbólico. Sabemos que, mesmo antes de nascer, o bebê já se encontra submerso no simbólico, pelo que seus pais falam sobre ele, pela maneira como é esperado. Entretanto, para que ele se torne sujeito desejante é imprescindível que ocorra a divisão subjetiva.

Lacan designa o "S" barrado para identificar o sujeito e, segundo Quinet (2000, p.28), o "S" barrado "equivale a um significante riscado, pulado na cadeia de significantes do inconsciente, apontando que não existe significação que designe o sujeito".

Chemama (1995, p. 208) pontua que, para Lacan, o sujeito pode ser definido como aquilo que é representado de um significante para outro significante.

O sujeito não deve ser confundido com o eu. Este consiste numa sensação de unidade corporal, que se desdobra na dimensão do imaginário.

Antes de se perceber enquanto uma unidade, o "infans" - aquele que ainda não fala - vê-se fragmentado, não se diferencia do corpo materno, assim como não percebe a diferença entre ele e o mundo externo. A partir do momento em que, sustentada pela mãe, reconhece sua própria imagem, a criança dá uma forma ao seu corpo. Tal conquista é adquirida durante o estágio do espelho.

O referido estágio confere à criança, com idade entre os seis e dezoito meses, uma identificação com sua própria imagem, refletida no espelho. A criança participa da formação da sua própria imagem, juntamente com a mãe, que possui um papel fundamental, uma vez que é ela quem confirma à criança a sua descoberta. É ela quem ratifica: "sou eu, é você".

São o olhar e a voz da mãe que carregados de libido asseguram à criança a unidade do seu corpo. Mas, adverte-nos Lacan (1987, p. 166), que nenhuma regulação imaginária pode se estabelecer sem a intervenção de uma outra dimensão: a simbólica. O guia simbólico que regula a estrutura imaginária do eu, assim como sua relação conflituosa ou não com seus semelhantes é o ideal do eu<sup>7</sup>.

Lacan (1987, p.197) afirma que o declínio do estágio do espelho pode ser comparado com outros momentos do desenvolvimento do psiquismo. Há um movimento de bascula, ou

---

<sup>7</sup>Para Freud, o ideal do eu é, inicialmente o substituto do eu ideal. Posteriormente, Freud apresenta-o como uma instância cuja função é a de auto-observação, julgamento e censura. Para Lacan, o ideal do eu é uma instância da personalidade, que detém a função, no plano simbólico, de regular a estrutura imaginária do eu (CHEMAMA, 1995, p. 99).

seja, movimento que pressupõe a passagem de uma posição para outra. Segundo o autor, "é num movimento de balança, de troca com o outro que o homem se apreende como corpo, forma vazia do corpo" (Lacan, 1987, p. 197).

Trata-se de uma superfície que se apresenta como refletida numa forma. Mas esta forma é assumida pelo sujeito a partir da forma do outro e será por ela que o sujeito conquistará a relação com o externo e com o interno do que considera o seu próprio corpo. Do estágio do espelho deriva o narcisismo, próximo item a ser estudado. Entretanto, antes de passarmos ao narcisismo, apresentaremos algumas considerações apresentadas por Miele (2002, p. 11) acerca do seu estudo sobre as manipulações irreversíveis do corpo, por considerarmos relevantes a nossa pesquisa, e que toca a dimensão da imagem.

Como vimos anteriormente, a imagem de cada um é tomada de fora, do outro. No entanto, essa imagem não é fixa e imutável, oscilando em diversos momentos da vida, independente do desejo do sujeito, quando o real do corpo sofre uma transformação, que remete o sujeito a uma confirmação da sua própria forma. Sua instabilidade, ameaçadora do sentimento de si-mesmo, é amenizada apoiando-se sobre uma borda de uma fronteira entre o eu e o outro. Tal fronteira apenas é possível pela inscrição de um traço, que é da ordem do signo, e não do significante. O traço esclarece a autora (Ibid, p.13) é interiorizado, por meio do signo, o qual se relaciona ao

olhar materno, olhar de aprovação, de concordância e de testemunho durante o estágio do espelho.

Conforme Miele (Ibid, p.14), quando ocorre uma manipulação sobre o corpo o que se procura é integrar ou excluir um traço físico particular percebido como um excesso ou uma deficiência.

O corte estabelecido pela intervenção cirúrgica remete a busca de um corte simbólico, o qual define o contorno flutuante e o estabiliza. O corte pode ainda indicar uma mudança decisiva na vida do indivíduo: "eles podem se fazer representantes de uma inscrição simbólica que solidifica a identificação narcísica, que celebra um acabamento da imagem subjetiva" (Ibid, p.23).

Além disso, muitas das motivações que levam o sujeito a manipulações irreversíveis do corpo, estão associadas a ausência de um traço capaz de estabilizar o eu ideal e o ideal do eu. Passemos agora a noção do narcisismo.

### 2.3 O NARCISISMO

Nasio (1993, p.56) apresenta três períodos do estudo do narcisismo feito por Lacan, sempre relacionando narcisismo à imagem, ao estágio do espelho e, conseqüentemente, à constituição do eu.

Já vimos que, pela percepção da sua imagem no espelho, a criança, por via de uma antecipação, adquire o domínio do

seu corpo. Antes, vivenciava-se como fragmentada, agora, como um corpo unificado. Entretanto, a imagem com a qual se identifica é uma imagem ideal dela mesma, e jamais será possível a união com essa imagem. É o que Lacan denomina de "identificação primordial com uma imagem ideal de si mesmo" (Ibid, p.57).

O eu, constituído pela identificação, reduz-se ao narcisismo, ou seja, "o eu não é outra coisa senão a captação imaginária que caracteriza o narcisismo" (Ibid, p. 59).

Há uma identificação narcísica com o outro, e é mediante essa identificação que se pode afirmar que o desejo é o desejo do outro. Isso porque a criança se vê, assim como vê o seu desejo no outro.

Lacan (1987, p. 205) pontua que o ser humano sabe o que é corpo, mas não se percebe enquanto corpo completo. A imagem é considerada por ele "o anel, o gargalo", por onde transita o "feixe do desejo e da necessidade", para ascender ao imaginário.

Todavia, para encontrar um lugar para si, é necessária a intervenção do simbólico. O sujeito precisa introjetar o conjunto de traços, que corresponde ao ideal do eu, relacionados à linguagem e às leis, para que estes exerçam o papel de mediador na relação dual prevalente do imaginário.

Tais pontuações são de grande importância quando tratamos do corpo em psicanálise uma vez que, segundo Lacan,

anterior à relação do sujeito com o objeto, é necessária uma relação narcísica entre o eu e o outro.

Nasio (1993, p.61) destaca que a imagem do corpo seria o quadro onde se inscreveriam os significantes do desejo do Outro, inicialmente os maternos. A partir daí haveria uma sucessão de inscrições que determinariam o modo de flutuação libidinal de cada sujeito.

Posteriormente, Lacan, retomando o estágio do espelho, no momento em que se dedicava ao estudo do real, apontou que durante a constituição do eu, quando a criança se volta para a mãe, no instante de pedir o reconhecimento simbólico, ela percebe que a mãe também é desejante. Isso demarca o encontro com a mãe pulsional, a mãe faltosa. Percebe-se, então, que o eu possui um furo.

Tal furo remete a uma parcela da libido que não será nunca recoberta pela imagem. Logo, o real está sempre presente na imagem por meio do furo e os objetos pulsionais colocam-se nesse lugar. É necessário, ao objeto, ser envolvido por imagens.

A alienação e a separação são duas operações lógicas, propostas por Lacan (1985, p.193-204) para a constituição do sujeito, as quais ocorrem no campo do Outro. Vejamos, então, como isso se dá.

## 2.4 ALIENAÇÃO E SEPARAÇÃO: OPERAÇÕES DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

O advento do sujeito depende do significante e este se encontra primeiro no campo do Outro. Todo processo da sua constituição ocorre de maneira circular "do sujeito chamado ao Outro, ao sujeito pelo que viu de si mesmo aparecer no campo do Outro, do Outro que lá retorna" (LACAN, 1985, p.196). No caminho de ida ocorre a alienação e no de volta o que se produz é a separação.

O Outro é o lugar onde se localiza a cadeia significante, a qual conduz o que poderá se tornar presente do sujeito.

Para que o sujeito exista na cultura, é necessária a ação do significante, que, se por um lado concede ao falante a única vida possível, por outro, torna presente à morte de maneira simultânea, visto que o sujeito apenas aparece ao custo de um desaparecimento.

Primeiro ocorre à alienação, pela identificação do sujeito com o significante, fazendo surgir o significante unário,  $S^1$ , que o representará para outro significante,  $S^2$ . Nesse momento inicial de identificação, o sujeito se petrifica, desaparece, sob efeito de uma afânise<sup>8</sup>. Petrificado a um significante, o sujeito perde algo do seu ser, e torna-se

---

<sup>8</sup>A afânise diz respeito ao "desaparecimento do sujeito, em virtude e função daquilo que o constitui como tal" (HARARI, 1990, p.239).

dividido. A partir daí, quando aparece como sentido num lugar, apresenta-se num outro lugar como desaparecimento.

Da alienação, a única saída possível ao sujeito é a separação, segunda operação, a qual conclui a circularidade do sujeito. A separação ocorre a partir do momento em que o sujeito encontra uma falta no discurso do Outro, que remeterá ao desejo. "O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro e todos os por quês? da criança", precisou Lacan (Ibid, p. 203).

Percebendo que o desejo do Outro está para além ou para aquém do que é dito, e que aponta para a existência de uma falta, o desejo do sujeito pode se constituir.

Harari (1990, p. 251-259), apresenta as duas operações: a alienação e a separação, a partir das elaborações lacanianas, esclarecendo importantes pontos dessa teoria. Discorreremos sobre eles.

Na alienação, o efeito é o de dividir o sujeito, o que inclui a afânise. A relação da alienação com a cadeia significante consiste no fato de que quando o  $S^1$  se articula ao  $S^2$ , o sujeito cai como resultado da própria articulação. A operação lógica na qual Lacan se baseia para fundamentar a alienação é a reunião e, por fim, a modalidade de falta aqui instalada é a do "vel"<sup>9</sup>, onde não há possibilidade de escolha, visto que qualquer eleição haverá a perda.

---

<sup>9</sup> "Vel" é um termo extraído do latim e significa, na língua portuguesa, uma conjunção alternativa de inclusão ou de exclusão. Lacan acrescenta uma

Já a separação provoca no sujeito um engendrar-se, cujo efeito é o de liberdade. A liberdade aqui exposta é limitada, restrita, apenas podendo ser trabalhada a partir da falta. A cadeia significativa é então atacada, no intervalo existente entre  $S^1$  e  $S^2$ , para que o sujeito produza um lugar na própria cadeia. Isso ocorre sobre a rubrica da operação lógica da interseção, e a modalidade de falta é o enigma acerca do desejo do Outro.

## 2.5 A OPERAÇÃO DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NA OBESIDADE

A obesidade é uma patologia da infância, escreve Recalcati (2003, p.282), que pode perdurar até a vida adulta do sujeito.

Na civilização contemporânea, onde os objetos são oferecidos de uma maneira constante a fim de saturar a falta do sujeito, vê-se na obesidade a ilustração do efeito dessa demanda, nos corpos que são depositários de objetos. A falta do obeso parece se identificar à falta do estômago.

No obeso, a dificuldade está em barrar a pulsão oral. Trata-se, segundo Recalcati (Ibid, p. 280), da "dificuldade de acesso à virtude positiva do não". Diferentemente da anorexia, onde a recusa predomina, na obesidade encontramos a impossibilidade de se recusar. O constante sim do obeso mostra

---

terceira possibilidade que é a da alienação, cuja equivalência é "nem um, nem outro". Qualquer que seja a escolha do sujeito, sempre haverá uma perda.

em que posição encontra-se o sujeito quanto à demanda do Outro. O sujeito obeso situa-se, predominantemente, do lado da alienação. Ele parece encontrar-se aprisionado à demanda do Outro, tendo seu desejo "reduzido a um gozo autístico desconectado do desejo do Outro" (RECALCATI, 2003, p. 281).

Evidenciam-se a devoração, a incorporação sem fim, à impossibilidade de recusar o alimento como objeto, e a aquiescência pelo sim. A obesidade, com sua fome sem medida, remete para um resto da animalidade primordial que, segundo o autor, equivale a uma recusa em consentir a ação do significante que mortifica o corpo.

Por meio da fome, parece que a demanda primitiva permanece ativa no corpo; ela não morre para que o significante ascenda. O retorno, por sua vez, dá-se pela fome, e pelo ato de comer.

Comparando a obesidade com a bulimia observa-se que, nesta última, o sujeito, após a ingestão do alimento, provoca sua expulsão. Já com o sujeito obeso, há apenas o comer, o que possibilita pensarmos que, na bulimia, apesar do sujeito encontrar-se no eixo da alienação, há uma tentativa de separação. Na obesidade, ao contrário, vive-se predominantemente a alienação. Nesse aspecto, é importante ressaltarmos que existem diferentes estágios de obesidade, o que já está explicitado nos próprios critérios de classificação: obesidade e obesidade mórbida.

Sem conseguir recusar a demanda do Outro, o corpo do obeso transforma-se numa recusa, assumindo as características do objeto recusado. O seu corpo torna-se deformado, dissociando-se da imagem narcísica. Nesse corpo depositário, há um excesso de objeto, o que remete a uma angústia do "cheio em demasia".

Durante todo o trajeto não saímos do domínio da pulsão oral. Passaremos a esse tema, tomando como textos norteadores o de Queiroz (2005) e o de Recalcati (2004).

A partir do que vem sendo elaborado, tomamos como pressuposto que a obesidade consiste numa patologia que, do ponto de vista do psiquismo, instala-se na infância, precisamente na relação entre o sujeito e o Outro materno.

Consoante o que foi visto anteriormente, a primeira relação, que a criança estabelece com o Outro materno, ocorre pela via da alimentação, instaurando a fase oral. Será pela oralidade que a relação com o mundo se tornará possível. Nesse momento, prevalece a boca e a pulsão oral.

Por isso, é pertinente destacarmos alguns pontos considerados importantes na teoria acerca da pulsão oral, para a compreensão de como se instala a obesidade e, mais especificamente, como a pulsão oral se comporta num sujeito que, por um impedimento físico, provocado por uma cirurgia bariátrica, vê-se impedido de satisfazê-la da maneira que fazia anteriormente à cirurgia.

Para Freud [1905 (1972, p.204)], a primeira forma de organização da libido é denominada oral. Nessa etapa, ao menos inicialmente, a atividade sexual funciona em conjunto com a alimentação, o que nos permite afirmar que o prazer oral associa-se ao ato de ingestão do alimento. A fonte pulsional consiste na zona oral e o objetivo é a incorporação do objeto, que é o seio.

Garcia-Rosa (1999, p. 104) destaca que a vivência de satisfação experimentada na fase oral está na base da dinâmica entre o desejo e a satisfação.

Outro dado relevante é que a primeira forma de relação entre o sujeito e o objeto ancora-se na oralidade. Essa relação imprime marcas no sujeito que perdurará por toda sua existência, semelhante a um fio condutor para o sujeito.

Além da mãe e do bebê, vale a pena ressaltar que, nessa relação, o pai também exerce um papel de fundamental importância. Se, no primeiro momento, o bebê percebe apenas a mãe como uma extensão sua, gradativamente ele vai se dando conta que, na realidade, onde ele pensava em um, existem dois, ele e sua mãe. Para que essa separação ocorra, é imprescindível que o pai exerça sua função, atraindo para si o olhar materno.

Retomemos a pulsão oral, conforme apresenta Queiroz (2005, p.109- 215). Ela expõe toda a dialética da relação mãe e filho por meio das zonas erógenas, sobretudo pela zona oral.

Essa zona instala-se simultaneamente à amamentação, e engloba os lábios, a língua e os dentes. A atividade psíquica direciona-se para o prazer oral, que surge por via da autopreservação e rapidamente adquire o *status* de atividade sexual.

Sempre que falamos em pulsão, pensamos na sua forma da satisfação. Na pulsão oral, a satisfação é obtida inicialmente por meio do sugar e, num segundo momento, quando do surgimento dos dentes, pelo exercitar da mordida.

A atividade de sugar é algo que perdura até a idade adulta, ou por toda vida do ser, mas seu fim é a obtenção do prazer, o que evidencia que o que está em jogo é o prazer obtido com o ato e não o alimento necessário para satisfazer a fome.

A autora em questão anuncia que Lacan, no Seminário da "Angustia", observou que os lábios apresentam uma estrutura de borda, e são eles que funcionam na sucção; também destaca a língua, detentora das funções de aspiração do leite e de fazer apelo ao Outro. Com o aparecimento dos dentes, o bebê pode destruir o objeto, ato que faz com que ela se depare com a dor no Outro. O surgimento dos dentes, de uma maneira geral, está associado ao desmame. Queiroz esclarece, com base nas concepções lacanianas, que o "recinto dos dentes", está associado ao corte das palavras, necessário para sua articulação.

O momento do desmame constitui-se como fundamental tanto para o ingresso como para a permanência da criança no campo da palavra. É pelo desmame que a criança pode sair da relação corpo a corpo e pode ser sustentada pela palavra. Tudo isso com a participação do pai, cuja função seria a de privar a mãe do seu filho. "É somente assim que ela poderá permitir ao filho cair dela mesma sem tentar retê-lo na queda, permitindo-lhe ser outro, separado dela" (QUEIROZ, 2005, p.119). A mãe, então, por ser amparada pela lei paterna, poderá sustentar seu filho pela palavra e não mais na relação corporal.

É, portanto, pela dinâmica vivenciada durante a amamentação e o desmame que a palavra é introduzida na série das atividades da pulsão oral, dentre a sucção, a mordida e a deglutição. Mediante a palavra, ocorre uma manutenção do objeto perdido. Tal feito se inicia já durante o nascimento, quando a criança emite um grito que demarca seu novo estatuto de vida: agora está fora do corpo materno, respira com seus próprios pulmões e precisa demandar ser cuidada.

Isso ocorre inicialmente pelo grito e pelo choro, já se encontrando no registro do simbólico. Mas, para que avance, é necessário que a mãe, ao atender suas demandas, decodifique seu grito, seu choro, ou seja, traduza em palavras, dando-lhes sentido.

Tais palavras, emitidas pela mãe, são percebidas pela criança como uma experiência sensorial. Elas fazem parte da

vivência de contato com o outro e são elas que compõem a gênese da linguagem.

Também Recalcati (2004, p. 42-46), citado no item anterior, tem algo a contribuir sobre a pulsão oral. O autor questiona: o que significa comer para o homem?

Ele nos adverte que, desde sua gênese, a pulsão está entrelaçada com o Outro e produz-se como efeito da inclusão do sujeito no campo do simbólico. Tal relação proporciona uma ruptura entre o que é da ordem do instinto e o que é da pulsão. O bebê suga tanto para satisfazer sua necessidade, ou seja, sua fome, como para alcançar um gozo da ordem sexual.

Assim como acontece a qualquer pulsão, também com a oral o objeto de sua satisfação não existe. Sua satisfação se dá ao circular o objeto, sendo este qualquer um.

O alimento se apresenta, destarte, como o objeto capaz de satisfazer a necessidade humana, tal qual a de qualquer animal. No entanto, esse mesmo objeto faz parte do discurso criado pelo homem. O alimento integra uma gastronomia, ele é adornado, modificado, desnaturalizado, até ser transformado no objeto da pulsão.

Recalcati (Ibid) destaca as duas declinações possíveis para a fome, que, apesar de diferentes, sobrepõem-se: a fome da comida e a fome do seio, este representando o significante do primeiro objeto de satisfação. A diferença está que, no primeiro caso, o alimento consegue aplacar a fome, já no

segundo caso, não há objeto capaz de conduzir à recuperação do objeto perdido.

Podemos pensar, a partir do exposto, que, na obesidade, o sujeito procura preencher o que está para sempre vazio com o alimento. Então, como se dá no caso da mulher?

Dando continuidade, avancemos na compreensão da constituição do corpo pulsional na mulher.

## 2.6 A CONSTITUIÇÃO DO CORPO PULSIONAL NAS MULHERES

Vislumbramos, até o momento, aspectos fundamentais sobre a constituição do corpo pulsional, enfatizando a oralidade.

A fim de avançarmos na investigação sobre o corpo pulsional na mulher, adentraremos na etapa edipiana, considerada como um relevante momento para a diferenciação entre os sexos.

Freud [1933 (1976, p.148)] sublinhou que ambos os sexos, o masculino e o feminino, atravessam da mesma maneira as etapas iniciais do desenvolvimento libidinal.

Com a chegada da fase fálica, as diferenças se evidenciam e a desigualdade anatômica repercute psiquicamente na criança. A menina atribui à mãe a falta que possui do pênis e, sentindo-se em desvantagem, não desculpa a mãe por tal falha.

O fato de reconhecer a diferença levará a menina a renunciar ao pênis, mas não sem uma compensação. A menina, então, poderá eleger uma das três saídas para tal vivência, como propusera Freud (Ibid, p. 155).

Ela poderá ingressar por uma inibição sexual ou neurose, modificar seu caráter no sentido de um complexo de masculinidade, ou, por fim, deslizar "ao longo da linha de uma equação simbólica", o que segundo Freud [1924 (1974, p.223)], corresponde a dizer que bebê é igual a pênis.

Lacan, por sua vez, remanejou alguns dos termos freudianos. Inicialmente, quando atribuiu ao pênis seu valor de significante, alterou sua função, pois o falo, enquanto significante da falta, representa tanto a diferença sexual, como a falta-a-ser gerada pela linguagem para todo e qualquer sujeito. Posteriormente, colocou a dialética do "ser o falo" e do "ter o falo" no centro da relação entre os sexos.

A falta fálica dá à mulher a possibilidade dela "ser o falo", ou seja, ser aquilo que falta ao Outro. Logo, ser o falo consiste na mulher ser convocada para ocupar o lugar do objeto na relação sexuada.

Lacan, partindo do estudo freudiano, propôs duas lógicas distintas para explicitar a diferença entre os sexos. Para ele, existem os que estão submetidos à lógica do todo-fálico, que seriam os homens; e as que fazem parte do não todo-fálico, ou seja, as mulheres. Dizer que a mulher está submetida à lógica do não todo-fálico justifica-se pelo fato

da conclusão do Édipo ser completamente diferente para cada sexo.

Nesse sentido, o supereu na mulher é organizado de uma forma distinta da masculina, o que faz com que sua função de ordenar não seja exercida completamente, empurrando a mulher para além do princípio do prazer, para os domínios da pulsão de morte.

Soler (2005, p.28) pontua que Lacan desenvolve muito bem essa outra dimensão para o gozo, que não pode ser confundido com aquele ordenado pelo significante, e que permanece no real. Mas isso não torna a mulher imune aos efeitos da primazia do falo. Nas palavras da autora: "Dizê-las não-todas na função fálica, reconhecer-lhes um outro gozo que não o ordenado a partir da castração, não equivale a lhes creditar uma natureza antifálica qualquer".

O gozo fálico consiste num gozo sintonizado com o significante. Segundo Soler (2005, p. 36), seu paradigma é encontrado no campo do erotismo, no gozo masturbatório, que no homem se desloca até o centro da relação sexual. Na mulher, ter-se-ia o correspondente no gozo clitoriano, podendo, inobstante, ser observado em outras maneiras.

Lacan acrescenta que A Mulher não existe. Tal afirmação refere-se às fórmulas da sexuação trabalhadas pelo autor. Retomando o texto freudiano "Totem e Tabu" (1913, *apud* DAFUNCHIO, 2003, p. 24), ele destaca a existência de um pai que tudo podia e que por isso situava-se fora da castração.

Daí a afirmação de que há ao menos um que não está submetido à lei da castração, lei que rege os filhos, mas não esse pai. A castração, vale a pena enfatizar, compreendida como uma renúncia de gozo.

Em se tratando da mulher, não existe ao menos uma que escapou à castração. Logo, o significante A Mulher não existe. Entretanto, existem as mulheres, uma a uma. E mais, ela não deve ser situada na ordem do simbólico, pois não estão submetidas por completo à castração. Elas existem no real. Como escreve Dafunchio (2003, p. 44, tradução nossa): "Existem como real, e para o homem dos últimos seminários de Lacan, ex-sistem como sintomas do que há de mais real no sexo; é o que podemos definir como o Outro sexo, com maiúscula".

As mulheres buscam um Outro gozo, ligado ao Outro sexo que não é barrado pelo recalque<sup>10</sup>.

Diferentemente de Freud, Lacan não enfatiza a falta do falo na mulher, mas elabora que, em se tratando delas, o que há é um gozo a mais. Um gozo que não está submetido à lógica fálica.

Seguindo as idéias desses autores, cada mulher pode ser Outra para si mesma. Estar sob essa condição remete a uma divisão que consistiria em estar inscrita tanto sob a função fálica como também inscrita em relação ao significante do Outro barrado.

---

<sup>10</sup>O recalque é definido como um processo de afastamento das pulsões, cujo acesso torna-se rejeitado à consciência. É por meio do recalque que o sujeito sacrifica seu gozo, ou uma parcela deste.

Retomemos as fórmulas da sexuação. Se tentarmos entender o que ocorre ao feminino observando apenas pelo viés do significante fálico, não conseguiremos avançar. Por isso, devemos nos deter no fato de que o que ocorre ao feminino é algo do impossível enquanto causa. O impossível remete à ausência da exceção nas fórmulas, o que implica o fato de que a mulher não sofre a ameaça de castração, como ocorre com o homem.

Tal fato traz conseqüências à teoria do gozo. A fim de compreendermos melhor a diferença existente entre o gozo masculino e o feminino, abordaremos de maneira breve a teoria lacaniana do gozo.

## 2.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O GOZO

O gozo pode ser definido como as "diferentes relações com a satisfação que um sujeito desejante e falante pode esperar e experimentar, no uso de um objeto desejado" (CHEMAMA, 1995, p. 90).

Lacan conceituou o gozo a partir do discurso jurídico, cuja definição remete a distribuir, repartir e retribuir (VALAS, 2001, p. 28). Pertencente ao real, o gozo é simultaneamente o mais estranho e o mais íntimo do sujeito.

Ressalta-se que as tensões que atormentam o sujeito fazem parte do real, apresentando-se de maneira dolorosa e, muitas vezes, traumáticas.

Por outro lado, o gozo constitui-se como efeito de linguagem, que, ao gerar uma falta no sujeito, torna-o desejante. Assim, as palavras passam a intermediar a relação entre o sujeito e o objeto.

No momento da incidência do significante sobre o ser, cria-se uma falta e um objeto perdido. Nesse mesmo instante, a Coisa (das Ding) surge no lugar do que foi perdido, que o sujeito deseja encontrar tanto pelas vias do prazer quanto do desprazer (Ibid, p.30). A incidência do significante provoca uma cisão, colocando de um lado o gozo da Coisa e do outro, o desejo, que para o sujeito é desejo do Outro.

Por esse caminho, ocorre a subjetivação do corpo, quando o significante, ao tomar o corpo, produz um efeito de mortificação do gozo. Ou seja, para que o sujeito possa existir como desejo na palavra, deve perder o gozo.

"O gozo é o real do ser", escreveu Valas (2001, p. 37). Ele se caracteriza mediante a relação perturbada do sujeito com o seu corpo. Como só existe no corpo, não se pode falar sobre ele.

Mas, será nas entrelinhas do discurso do sujeito dividido que ele poderá ser vislumbrado. É por isso que quando o corpo sofre, o gozo marca sua presença. Ele é o excesso de tensão, incluindo-se aí todas as categorias de dor.

Tanto para o homem como para a mulher, o gozo se anuncia nas manifestações de êxtase, do fora de si e da dor que acomete o sujeito rompendo com suas amarras simbólicas.

Nesse contexto, podemos situar o sofrimento/gozo da mulher obesa.

A diferença entre o gozo masculino e o feminino relaciona-se ao sexual. O homem, no registro do gozo fálico, goza do órgão, e apenas pelo órgão pode gozar de uma mulher. A mulher, por sua vez, encontra-se dividida entre o gozo fálico e o gozo que escapa ao simbólico e que se apresenta no corpo. "É um gozo foracluído do lugar do Outro e que retorna para o real, especialmente no corpo próprio" (VALAS, 2001, p. 90).

O gozo feminino ao dizer não à castração, implica um querer dizer, que remete a um dizer do amor. Nesse aspecto, apresentam-se as mulheres tidas como místicas dando seus testemunhos ao escreverem sobre o que sentem, ou seja, sobre seus gozos. Enquanto isso, os homens contentam-se sobre seu gozo e dele não querem saber de mais nada.

Para finalizar, sinalizamos com a existência de relação entre o gozo - que não se articula ao significante e que retorna no corpo -, com a obesidade. Talvez esse gozo seja equivalente ao que transborda do aparelho psíquico, o que justifica, no caso da obesidade, falarmos de "corpo do transbordamento" conforme Fernandes (2003).

Destacamos, conforme foi realizado no primeiro capítulo, os pontos considerados essenciais para a análise dos depoimentos das mulheres obesas que foram submetidas à cirurgia bariátrica:

a) o corpo pulsional na mulher.

b) a noção de sujeito.

c) as operações de constituição do sujeito: alienação e separação.

d) a constituição do sujeito na obesidade.

### 3 O MOVIMENTO DA PULSÃO ORAL EM MULHERES QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIA BARIÁTRICA

O interesse em observar o movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica adveio da experiência em acompanhar mulheres obesas que procuravam tal recurso médico como meio de tratamento para a obesidade mórbida no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco.

Considerando que este procedimento requer cuidados antes e após a cirurgia no que concerne à dieta e à reeducação alimentar, os hospitais e clínicas mantêm uma equipe multidisciplinar - constituída de médicos, nutricionista, assistente social, psicólogo e enfermeiro -, atualmente regulamentada pela portaria do SUS, como vimos anteriormente.

A escuta dessas mulheres no ambiente grupal, convivendo com outras pacientes com igual problema, tem revelado aspectos significativos que merecem ser apontados antes de iniciarmos a discussão a respeito do discurso de três mulheres quanto ao movimento da pulsão oral.

O agrupamento de pessoas em torno de um mesmo significante - a obesidade - parece denominar uma categoria e transforma-se numa senha de identificação que as habilita a ingressar em grupos, em filas de espera e a buscar tratamentos especializados, ou seja, uma senha para dirigir-se a um Outro.

O ponto de partida para o tratamento do obeso usuário do Hospital da Polícia Militar de PE está no ingresso ao

grupo, que pode ser denominado como "grupo de entrada", e tem como principal função acolher os pacientes e esclarecer sobre os procedimentos iniciais. Desse "grupo de entrada", os pacientes são deslocados para um grupo com número reduzido de participantes no qual se inicia o processo de acompanhamento. Por fim, cada paciente, após ser submetido à cirurgia bariátrica, é encaminhado para o atendimento individual. A saída do pequeno grupo para o atendimento individual produz uma diferença na condição de cada paciente que sai da categoria "paciente obeso" para "pacientes operados". Nesse sentido, a obesidade passa a ser uma condição "passada", no entanto, vamos ver, ao analisarmos os casos acompanhados e analisados nesta pesquisa, que a preocupação com a alimentação e com regimes continua, como se a obesidade saísse da condição real para a fantasmática, permanecendo a perseguir as pacientes.

A metodologia de trabalhar com grupos de pacientes em torno de uma identidade patológica é bastante comum, atualmente, nos diferentes serviços hospitalares. Há também os casos de formação de associações a exemplo da Associação dos Alcoólatras Anônimos, Associação dos Neuróticos, Associação de Familiares de portadores de Alzenheimer, etc.

Recalcati (2003, p.306) destaca com precisão a função de tais grupos. As pessoas são recrutadas e associadas a partir de um critério: a identidade na patologia. O vínculo que aí se estabelece é pelo que há de semelhante; não havendo

lugar para as diferenças. O autor justifica a proliferação de tais grupos, ditos "grupos monossintomáticos", como resultado da inconsistência do Outro da lei, ou seja, quando o Outro se apresenta frágil, o esperado é a ocorrência da reprodução em série, na qual as diferenças tendem a ser apagadas.

A direção seguida parte do semelhante para o individual. O meio para se atingir tal meta é a palavra, instrumento fundamental da psicanálise.

Os pacientes obesos são encaminhados a reunião mensal pelos profissionais que acompanham sua saúde no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco - cardiologistas, ortopedistas, médicos - que atendem na emergência do hospital e, nas clínicas especializadas.

Encaminhados, identificam-se com o significante comum a todos: "sou obeso". O "grupo de entrada" é numeroso, agrega uma média de trinta obesos por reunião.

Os profissionais - cirurgião, nutricionista, enfermeira e psicólogo - que assistem a tais grupos, informam sobre todos os procedimentos que cada um deve realizar até o momento da cirurgia: exames, dietas, pareceres médicos e psicológicos.

As falas dos pacientes se repetem, assim como os sentimentos e as queixas são semelhantes. Nesse momento, é difícil obter uma escuta do sujeito do inconsciente. Trata-se de estabelecer um pertencimento ao grupo para ser aceito na condição de obeso e com isso obter a senha de acesso à

cirurgia - ser considerado obeso. Assim os discursos se encontram amalgamados no significante "sou obeso".

A passagem para o pequeno grupo ocorre a partir da própria demanda do paciente que, em busca do parecer psicológico solicitado pelo cirurgião, dirige-se ao serviço de psicologia.

Após algumas sessões de entrevista inicial, onde são coletados dados de identificação, além de elementos que apontem para a estrutura do sujeito, o paciente é convidado a compor o grupo. A quantidade de participantes deverá ser limitada, uma vez que acreditamos que é o número reduzido que favorecerá a escuta do sujeito do inconsciente, pois com o pequeno grupo todos podem falar.

Trabalhar com esses grupos pelo viés psicanalítico pode ser enriquecedor, pois introduz o equívoco, a não coincidência num espaço onde a tendência é a produção de um discurso hegemônico em torno de uma "monossintomatologia". Por esse caminho, o sujeito do inconsciente pode surgir, e assim desvendar-se o sintoma.

Segundo Recalcati (2003, p. 320), passar a um pequeno grupo implica um outro tipo de identificação. Se, no primeiro, ao se nomear obeso, o que ocorre é uma nomeação anônima; no grupo de número reduzido, não se trata de ser mais um. Com a introdução da palavra e a escuta um a um, cria-se a possibilidade de cada sujeito constituir seu próprio sintoma.

A saída de cada paciente para a cirurgia<sup>11</sup> marca uma diferença no grupo.

As participantes dessa pesquisa eram integrantes do pequeno grupo de mulheres obesas, cuja composição ocorreu, por uma contingência, no momento em que a cirurgia bariátrica foi suspensa, devido a uma reforma no centro cirúrgico do hospital.

Decorridos aproximadamente seis meses de acompanhamento em grupo, algumas pacientes foram convocadas para a cirurgia, realizada pela técnica da videolaparoscopia.

Foram indicadas à cirurgia as mulheres que estavam com o peso corporal equilibrado, ou seja, aquelas que, mesmo na condição de obesas, mantiveram ou reduziram o peso.

As três pacientes escutadas nessa pesquisa que atendiam a essa condição foram, então, submetidas à cirurgia bariátrica em Junho de 2005. Após essas cirurgias, não foi possível a realização de nenhuma outra, já que a reforma do centro cirúrgico ainda não estava totalmente concluída, razão pela qual conseguimos acompanhar apenas três pacientes, quando o proposto era coletar depoimentos e história das pacientes que freqüentaram o serviço durante o período de Janeiro a Julho de 2006. A média anterior de atendimentos verificados, no período de sete meses, era de cinco mulheres.

Apresentaremos o relato das sessões, abordando primeiro e de forma reduzida a história de vida e a história do sintoma

---

<sup>11</sup>Não se encaminham para a cirurgia todas as pacientes ao mesmo tempo.

de cada paciente. Em seguida destacaremos o ingresso no programa de emagrecimento e o processo de emagrecimento após a cirurgia. Tais informações foram colhidas no trabalho do "pequeno grupo"<sup>12</sup> e em sessões individuais, ocorridas após a cirurgia bariátrica. Por fim, destacaremos nos três casos, os pontos semelhantes no movimento da pulsão oral e os aspectos singulares de cada caso.

Indicamos cada uma das mulheres escutadas com seus nomes fictícios retirados da obra de Calvino (1999), "Cidades Invisíveis". O autor procura exprimir, por meio da descrição de cada cidade, as tensões próprias da existência humana, e, em três delas, encontramos um paralelo com os relatos colhidos nessa pesquisa.

### 3.1 PIRRA

Por longo tempo, Pirra foi para mim uma cidade encastelada nas encostas de um golfo, com amplas janelas e torres, fechada como uma taça, com uma praça em seu centro profunda como um poço e com um poço em seu centro" (CALVINO, 1990, p.87).

Pirra tinha trinta e sete anos, era casada, mãe de dois filhos.

Nascida de um casal que morava numa zona de praia num outro estado do Nordeste, viveu com eles até o seu casamento. Seu pai, negociante, trabalhava confeccionando sapatos enquanto a mãe confeccionava as caixas para embalá-los. Dessa

---

<sup>12</sup> Elegemos trabalhar com seis pacientes, para que fosse possível colocar-se em prática o dispositivo psicanalítico da palavra.

atividade a família adquiria o sustento dos doze filhos até que eles puderam trabalhar para contribuir com o orçamento doméstico. Pirra comenta que o pai, apesar de ser um homem "mulherengo e que bebia, [...] dava o sustento da casa" (SIC).

Ao atingir a idade entre treze e catorze anos, Pirra foi trabalhar em casa de família, como ocorria com todos os seus irmãos. Não se opôs desde que nos finais de semana pudesse retornar para casa, juntar-se aos seus para conversar: hábito mantido por todos. Nesse período, engordou e passou a escutar das colegas que: "gorda não arranjava marido, fechei a boca por conta própria, fiquei comendo fruta, depois foi que aprendi a comer na hora certa" (SIC).

Sua mãe teve uma família numerosa. Gerando um filho por ano, não tinha tempo para cuidar e proporcionar uma atenção mais individualizada. "A gente nascia e era criado como batata, jogava dentro do saco e deixava amadurecer", queixava-se Pirra.

Ela, a segunda filha do casal, era a que realizava os "mandados da mãe". Tudo o que lhe era solicitado pela genitora, executava com satisfação, diferente dos irmãos que reclamavam e muitas vezes recusavam-se a atender a tais mandados.

Em contrapartida, recebia da mãe "mais atenção", como o convite para acompanhá-la quando saía, motivo de grande felicidade. Reiterada vezes expressava a importância da mãe para ela: "minha mãe era tudo para mim" (SIC). A mãe de Pirra

faleceu um ano antes da sua cirurgia, marcando-a significativamente.

Guardava a imagem de uma família como muito unida: todos se reuniam no galpão, ambiente de trabalho do pai, para ajudá-lo e ali passavam o dia conversando. A família costumava se reunir para conversar e passear, o que, segundo Pirra, fazia a vida ficar mais fácil.

### **3.1.1 História do sintoma**

Enquanto solteira era magra. Recordava-se com dificuldade da sua infância. Expressava dúvida quanto ao fato de ser ou não amamentada; acreditava que não, ou então por pouco tempo, pois a mãe estava sempre grávida; "um menino na barriga e outro no braço" (SIC).

Em casa, comia-se de tudo: "farinha, mingau", mesmo quando com pouca idade. Julgava que sua mãe fazia com ela o mesmo que presenciou com os irmãos: agrupava-os e colocava a comida na boca de cada um. Algumas vezes sua mãe preparava a mesa, onde colocava os mais velhos, enquanto os pequenos comiam no chão.

Pirra costumava levar o almoço do irmão quando ele ia para feira vender os sapatos confeccionados pelo pai. Aos dezoito anos conheceu o esposo, que trabalhava também na feira junto com os familiares. A impressão que teve dele foi de "um homem sério". No mesmo ano em que conheceu o marido,

engravidou e casou, apesar de ele não se mostrar, a princípio, desejoso de ser pai.

Sua intenção era continuar morando com a família, como assim fizeram os irmãos, mesmo depois de casados. Seu marido, entretanto, adepto do ditado "quem casa quer casa"(SIC), recusou-se a morar junto da família dela e mudou-se para um bairro distante. "Ele não gosta de morar junto de família" (SIC).

Chorou muito ao sentir-se separada da família. Ficava o tempo todo dentro de casa, não saía para nada. Descrevia o esposo como um homem fechado, ocupado com trabalho e que, ao retornar à casa, desejava apenas descansar.

Contava que após o nascimento da filha permanecia em casa, descansando, cuidava apenas dos filhos e do marido e assim foi se acostumando. Tudo o que via queria comer, preparava o almoço e enquanto esperava seu marido chegar, comia. Quando ele chegava comia de novo. Jantava duas vezes, passava o dia comendo. "Comia muito, tudo o que via queria comer"(SIC). Enquanto os filhos eram pequenos sua única companhia era o marido.

Quando ele regressava do trabalho, sentia-se melhor e fazia novamente uma refeição para acompanhá-lo. A mesma rotina se repetia quando alguém da sua família ia visitá-la. Comia enquanto preparava a refeição, comia enquanto esperava e comia quando eles chegavam. Parece que o hábito de conversar, de passear junto, foi substituído pelo hábito de comer com

alguém. A ansiedade da espera do encontro também lhe motivava a comer.

Mesmo assim, segundo Pirra, ela começou a engordar a partir das duas gestações; e após a ligadura das trompas tornou-se obesa.

### **3.1.2 Do ingresso no programa de emagrecimento**

Em 2001, conheceu um projeto social de apoio à mulher na sua comunidade, no qual se discutiam diversos temas; interessou-se e passou a freqüentar as reuniões. Assim começou a sair de casa: retomou os estudos e procurou atendimento médico para cuidar-se. Teve conhecimento da cirurgia bariátrica, como método de controle para a obesidade e procurou atendimento no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco.

Participante assídua das reuniões de grupo do hospital relatava, com freqüência, as dificuldades que enfrentava para chegar até o Serviço de Psicologia, pois não obtinha apoio do marido, que muitas vezes negava-lhe até o dinheiro da passagem.

Sentia-se muito mal com seu corpo obeso. Dizia-se "feia e diminuída" (SIC). Escutava do esposo frases que a magoavam e a faziam chorar muito, tais como: "Mulher gorda só o dono quer", "Tá gorda, tá feia, por que vai sair?", "Vai para a praia? Vão pensar que é comida de baleia" (SIC). Já havia

realizado várias dietas, chegava a perder peso, mas recuperava facilmente. Afirmava que: "Não gosto de fazer dieta, sinto muita fome" (SIC).

### **3.1.3 Da cirurgia**

Em 2005, submeteu-se à cirurgia pelo método da videolaparoscopia. Sentiu-se bem durante os quatro primeiros dias após a cirurgia. No quarto dia, sentiu dores e passou a expelir uma secreção na região da incisão. Foi diagnosticada uma infecção, precisando ser novamente operada, agora pelo método tradicional aberto.

Ficou "muito abalada", chorosa e sem querer ver ninguém. Comentava: "meu corte ficou muito feio" (SIC).

### **3.1.4 Emagrecimento após a cirurgia**

Quando recebeu alta, estava no período da dieta líquida, que seguiu sem nenhum desconforto. Ao passar para a fase seguinte da dieta - a pastosa -, não conseguiu ingerir a quantidade indicada pela nutricionista, pois "tinha medo de engasgar" (SIC).

Após quinze dias da alta hospitalar, Pirra não conseguia ingerir mais nada, apenas água, o que gerava grande sofrimento. Afirmava que tentava seguir a orientação da nutricionista, de insistir com a ingestão dos alimentos,

principalmente os sólidos, para que seu organismo se adaptasse, entretanto, não conseguia. Dizia a esse respeito: "Tem dia que como, outro não. Às vezes, tomo só água de coco, se comer outra coisa, coloco para fora. É horrível. Um mal-estar, horrível, quando boto para fora melhora"(SIC).

Seu marido, preocupado com o seu estado de saúde, insistia para que comesse e até comprava alimentos para ela. Para forçá-la a comer, dizia que iria mandar o médico desfazer a cirurgia, caso ela não se alimentasse, gerando nela um certo estado de pânico. Mas, caso insistisse, tinha vômitos.

Nas entrevistas repetia muito: "não tô aceitando nada" (SIC). Quando lhe foi possível falar sobre isso, contou que suas amigas haviam se afastado dela, queixando-se de sua mudança: estava calada, triste, fechada, sem querer comer, cheia de "frescura". Não conseguia conversar com as amigas, nem para explicar o que estava ocorrendo. Apenas se chateava e calava, porém "ficava pensando no que elas diziam" (SIC).

Manifestava um medo muito grande de engordar e voltar a ser como antes: "parada, sozinha em casa" (SIC). Entretanto, sua dificuldade na alimentação não cedeu, motivando alguns internamentos no hospital para receber alimentação venosa.

Após aproximadamente sete meses da cirurgia, submeteu-se a nova intervenção cirúrgica com o objetivo de dilatar o anel colocado durante a cirurgia anterior, procedimento realizado por endoscopia. Com essa incisão, sentiu-se melhor, conseguindo comer alimentos mais consistentes, sem ter

vômitos. Porém, seu quadro de vômitos repetiu-se após, aproximadamente, duas semanas da dilatação, levando os médicos a fazerem uma segunda tentativa.

Nesse contexto, ficou muito assustada; seu medo era a possibilidade de ter que refazer a cirurgia caso não obtivesse solução com as dilatações. Felizmente, a segunda incisão foi um sucesso e ela passou a se alimentar bem, seguindo, corretamente, a orientação nutricional.

Por ter vivenciado um período de intensa restrição alimentar, emagreceu muito rápido, chegando a ficar abaixo do peso considerado ideal para ela. Foi orientada, então, a seguir uma alimentação hipercalórica, que obedecia, mas com muito medo de perder o controle e voltar a ser obesa.

A partir daí, Pirra percebeu que estava se alimentando fora dos horários estabelecidos e da mesma forma que antes da cirurgia, ou seja, durante o preparo das refeições e quando as servia para o esposo.

Como estratégia para "não comer", começou a organizar passeios, mesmo quando seu marido não podia acompanhá-la. Ia à praia, a piqueniques. Ficava mais próxima da filha, a quem solicitava constante companhia. Permaneceu estudando e planejando ser professora.

Começou a receber elogios quanto à sua forma física; gostava de escutá-los, embora ficasse em dúvida se eram verdadeiros. O marido demonstrava ciúme e passou a ser mais cuidadoso com ela. Repetia: "Agora ele fica preocupado comigo,

tem até ciúme. Antes ele me botava lá embaixo”(SIC). Muitas vezes, oferecia-lhe comida, deixando-a confusa. Mas ela se dizia feliz e afirmava que passaria por tudo outra vez, caso fosse necessário.

### 3.2 FEDORA

No centro de Fedora, metrópole de pedra cinzenta, há um palácio de metal com uma esfera de vidro em cada cômoda. Dentro de cada esfera, vê-se uma cidade azul que é modelo para uma outra Fedora. São as formas que a cidade teria podido tomar se, por uma razão ou por outra, não tivesse se tornado o que é atualmente (CALVINO, p. 32).

#### 3.2.1 História de vida

Fedora tinha cinqüenta e quatro anos, era casada e possuía duas filhas. Nasceu numa família constituída pelos pais e cinco irmãos. Acreditava que sempre fora “gorda”, mas não obesa.

Seu pai era um homem que não deixava faltar alimento em casa. A comida era comprada em sacas, caixas e latões. No entanto, ele era um homem violento. Batia na mulher e nos filhos. “A gente apanhava e não sabia porquê”(SIC). Muitas vezes, os filhos formavam uma fila para estender a mão e receber “bolos”, ou seja, pancadas.

Mulherengo, saía para as farras e, ao retornar, trazia pizza e obrigava que todos comessem, mesmo os que estavam dormindo que, nessas ocasiões, eram acordados. Recordava

Fedora que comia sem questionar; nunca pensou em dizer que não queria, apenas comia. Referia-se ao pai da seguinte maneira: "Ele não prestava para as outras coisas, mas para botar comida em casa sim"(SIC).

Sua mãe, vista como uma mulher maravilhosa, era, freqüentemente, maltratada pelo seu pai. Acreditava Fedora que, embora sua mãe tivesse sofrido muito com o marido, sempre fora apaixonada por ele. O casal se tratava por um mesmo apelido: "Zé", que fazia referência ao nome dele. Lembra, então, de um episódio em que sua mãe retornava feliz da casa da vizinha, após ter assado um pão para os filhos, e seu pai a agredira com um murro dizendo que ela estava procurando homem.

Cresceu nesse contexto, com muito medo de contrariar ao pai, para que este não responsabilizasse sua mãe e a agredisse. Dizia que sempre fora muito apegada à mãe. Desejava estar junto a ela, cuidando dela. Seus irmãos, quando cresceram, saíram de casa, alguns porque casaram, outros porque se rebelaram contra o pai. Fedora, ao contrário, desejou permanecer em casa, com a mãe.

Não lembrava da mãe cuidando dos filhos: "acho que ela me levou ao dentista uma vez, ao médico, não me lembro" (SIC).

Não sabe se fora amamentada. Lembrava apenas de ter usado mamadeira. Recordava das sopas preparadas por sua mãe e que eles tinham que tomar "porque era forte". Acreditava que gostava da sopa, principalmente quando seu pai estava ausente.

Quando o pai estava presente, tinham que comer tudo, sem deixar nada no prato. Fedora comia sem reclamar.

Sua mãe era protetora com os filhos; tentava encobrir o que eles faziam de errado para o pai não saber, evitando que fossem punidos, mas quando o pai descobria, apanhava junto com eles. Ela ensinava as filhas a obedecer ao marido quando casassem, pois, para ela, o matrimônio outorgava ao esposo o direito de ser dono da mulher.

Seu namoro com o atual esposo foi conturbado, pois, por quatorze vezes seu pai determinou o fim do romance. Nessas ocasiões, Fedora não reagia, apenas chorava. Uma das suas irmãs, revoltada com o procedimento do pai, apoiou seu namoro, articulando os encontros e a incentivando a comparecer. Eles, então, continuaram o enlace. Diferente de Fedora, tal irmã reagia ao pai e quando teve oportunidade, saiu de casa.

A saída da irmã desencadeou no pai uma fúria intensa. Ele queimou todos os seus pertences, inclusive a certidão de nascimento, afirmando que ela não era mais sua filha.

Fedora casou "para sair de casa" (SIC), mas, paradoxalmente, desejava morar na mesma casa com a mãe, para continuar a cuidar dela. Engravidou logo após o casamento e, como morava num edifício sem elevador, era obrigada a subir três lances de escada. Para evitar esse esforço, sua mãe insistiu para que o casal fosse morar em sua casa até o bebê nascer. Aceitou a proposta, que não durou muito tempo, pois saíram antes do nascimento da filha em virtude dos

desrespeitos do seu pai para com o seu marido, agredindo-o verbalmente. Também sua mãe não podia visitá-la, pois seu pai a proibira. Mesmo assim, ela "fugia e ia até lá" (SIC) para vê-la.

Fedora se percebia como uma pessoa "boba, sempre disposta a atender o que os outros pedem" (SIC), mesmo quando lhe desagradava. Diante do que não gostava, preferia calar. Sobre isso ela relatou um episódio que aconteceu quando estava grávida da segunda filha: um parente lhe contara, em segredo, que seu esposo estava envolvido com outra mulher, inclusive chegando a engravidá-la. Sentiu-se muito mal com o fato, mas, contou uma outra versão da história para o marido, resguardando o nome de quem havia revelado o fato. Seu esposo, indignado, negou tudo e insistiu que ela revelasse o autor da história. Mesmo sentindo-se sem saída, permaneceu calada. Teve, então, uma paralisia facial.

Com isso, viu-se forçada a revelar o nome do parente, que, na ocasião, afirmou tratar-se apenas de uma brincadeira. Permaneceu com o rosto paralisado até o final da gestação, e, como não conseguia nem mastigar e nem engolir, perdeu muito peso.

### **3.2.2 História do sintoma**

Com o nascimento da filha, começou a engordar e atingiu a obesidade após a laqueadura tubária. Durante as refeições,

ingeria grande quantidade de alimento, embora, nos intervalos, comesse moderadamente. Gostava muito de doces, além disso, possuía uma vida sedentária, onde dormia constantemente. Referia não saber como se tornou obesa: "não sei direito, a gente começa devagarinho, quando vê tá um monstro"(SIC).

Suas filhas deram trabalho para se alimentar. Uma vizinha, muito gorda, ajudava-a no cuidado com as meninas, sobretudo no quesito alimentação. Conta Fedora que era comum se reunirem para fazerem "bolinhos de comida com as mãos e comerem todas juntas". A vizinha fazia os bolos e os dava a cada uma das filhas e também a ela.

Com o aumento de peso, Fedora adquiriu diabetes e hipertensão. Sentia-se feia e descuidada, recusava-se a sair de casa, agravando mais ainda o quadro.

Referia ter muita dificuldade em emagrecer, em seguir uma dieta. Tentava, mas não conseguia e dizia: "é como dar o primeiro gole" (SIC). Ou seja, iniciava uma dieta, mas quando saía dela, por não conseguir controlar "a vontade de comer", não conseguia retomá-la. "Eu como, como, depois me arrependo" (SIC).

### **3.2.3 Ingresso no programa de emagrecimento**

Fedora relatou que, em decorrência das doenças que adquiriu como conseqüência da obesidade, procurava muito a orientação médica, e, em alguns episódios, fora atendida no

setor de emergência do hospital com a pressão arterial muito elevada. Por essas razões, foi orientada a considerar a alternativa de se submeter a uma cirurgia bariátrica para a redução do peso.

Submeteu-se à cirurgia pelo método da videolaparoscopia e apresentou uma boa recuperação. No momento que foi conduzida à sala de cirurgia pensava: "Tanta gente bonita, e eu uma baleia" (SIC).

Após a cirurgia, seguiu a orientação nutricional sem dificuldade, mostrando-se sempre atenta e cuidadosa com a alimentação. Quando lembrava do doce que tanto gostava e que estava orientada a não comer dizia: "Tento esquecer, sou louca por doce, penso no brigadeiro, no doce de lata" (SIC).

Entretanto, por apresentar alguns déficits de vitaminas, recebeu a orientação de comer, obrigatoriamente, alguns alimentos ricos em vitaminas. Isso não a deixou numa posição confortável pelo fato de "ter que comer" (SIC). Comentava: "Essa imposição é que tá pegando, minha vida toda foi assim: tem que fazer! Eu não tinha escolha. Agora não desce"(SIC). Começaram a surgir problemas na ingestão de alimentos. Ela tentava, colocava o alimento na boca, mas não conseguia engolir.

Antes do seu ingresso no programa de emagrecimento, ela engolia tudo para não desagradar ninguém, agora começou a colocar para fora. A partir de então, se algo acontecia que não lhe agradava, resolvia imediatamente. Parece que o

tratamento cirúrgico extirpou em Fedora não somente a obesidade, mas também a imposição daquilo que não tolerava mais, sobretudo quando se referia ao ato de se alimentar.

Sentiu-se mais disposta e, como a diabetes e a hipertensão não mais lhe afligiam, podia fazer qualquer tipo de atividade física. Optou por caminhar regularmente.

Passou a sair com o esposo e com as filhas. Não tinha mais vergonha do seu corpo. Tornou-se avó, ocupando-se do neto e do marido, que passou a apresentar problemas de saúde.

Em alguns momentos sentia vontade de comer como antes da cirurgia, mas procurava fazer alguma atividade "para distrair"(SIC). Considerava-se, depois da cirurgia, uma mulher, mãe e avó cuidadosa e controladora. "Gosto de saber de tudo e quando entro na casa das minhas filhas vou logo dizendo o que está certo ou errado. Também quero saber de tudo o que acontece com o casamento delas" (SIC).

### **3.3 TAMARA**

Finalmente, a viagem conduz à cidade de Tamara. Penetra-se por ruas cheias de placas que pendem das paredes. Os olhos não vêem coisas mas figuras de coisas que significam outras coisas: o torquês indica a casa do tira-dentes; o jarro, a taberna; as alabardas, o corpo de guarda; a balança, a quitanda (CALVINO, p. 17).

### 3.3.1 História de vida

Tamara tinha cinqüenta e cinco anos, casada e com dois filhos. Nasceu numa família cujo pai não tinha controle com o dinheiro. A mãe, semi-analfabeta, estava sempre doente.

Tinha uma irmã mais velha e dois irmãos mais novos. No entanto, coube a ela, desde nova, "assumir a contabilidade das finanças do pai e cuidar da mãe" (SIC). Comenta então: "desde que eu tinha nove anos de idade que eu saio para procurar médico e hospital para a minha mãe".

O pai não deixava que faltasse comida em casa. A mãe, como sempre estava doente, não podia cuidar dos filhos. Permitia que comessem o que quisessem; ela fazia qualquer coisa para os filhos comerem e não se importava se era do gosto deles ou não, se comiam ou não.

Para seus pais, os filhos não possuíam vontades: "A gente não podia pedir, esperava para quando ela quisesse dar o que comer" (SIC). Algumas vezes, sua mãe a obrigava a comer o que não gostava e vomitava; outras vezes sua mãe fazia o que ela gostava, mas não lhe dava. "Fui criada fazendo os gostos dos outros, meu pai dizia: vocês aqui não têm gosto, só agonia" (SIC), referindo-se ao fato de ter desejos e não poder realizá-los.

Tamara compensava isso através de uma madrinha que morava ao lado da sua casa. Recebia dela os cuidados e atenção que não tinha em casa. Costumava, todas as tardes, ir a casa

dela, para se alimentar e ser cuidada. Comenta que "lá vivia com um bombom na boca"(SIC).

Além disso, não se sentia bem em casa, pois seus pais viviam brigando. Pois, segundo Tamara, eles estavam separados, mas moravam na mesma casa.

Aos catorze anos, começou a namorar. Inicialmente, recebeu o apoio da família, acreditava ela, pelo fato de seu namorado ter recebido uma boa quantia de dinheiro decorrente de um trabalho executado. Algum tempo depois, quando o namorado já havia gasto toda a quantia, seu pai deixou de aceitar o namoro. Mas Tamara continuou o namoro, mostrando que faria o que desejava. Após alguns anos, contraiu o matrimônio.

Viveu inicialmente algumas privações devido a pouca renda do esposo, o que se agravava com o fato dele ter proibido-a de trabalhar. Mas, do mesmo modo que contrariou a vontade do pai, também contrariou as ordens do marido. Foi trabalhar como vendedora de roupas e de comida. Conseguiu ganhar dinheiro suficiente para montar a casa, comprar um carro, pagar a escola dos filhos, entre outras coisas. Fazia questão de ressaltar tal fato, principalmente para o marido, provocando atritos entre eles.

Lembra que, quando casou, passou a cozinhar e sempre fazia seus pratos prediletos, justo o que não tinha na casa dos pais, tentando se compensar pelo que nunca pôde ter: "minha mãe não se preocupava em agradar"(SIC).

### **3.3.2 História do sintoma**

Até o casamento, era muito magra. Quando casou e passou a cuidar da própria alimentação, engordou um pouco. Associou a obesidade ao nascimento dos filhos. Depois, teve que sair de casa para trabalhar mais e prover o sustento deles.

"Mas eu engordei mesmo após a ligação das trompas, depois disso tive que me deixar de lado e cuidar de tudo, para que meus filhos não passassem fome" (SIC).

Relatou que optara pela ligadura tubária, não porque não desejasse mais filhos, mas porque tinha que trabalhar para ter dinheiro.

Quando se percebeu gorda, tentou fazer várias dietas associadas a atividades físicas. Não gostava de fazer regime alimentar, dizia a esse respeito: "quando não posso comer fico triste" (SIC). Ademais, não gostava de comer os alimentos indicados em dietas para perda peso, como legumes e frutas.

Desistiu de tentar perder peso com dietas já que, como a própria Tamara descrevia: "quando tenho vontade, vou e como. Não consigo, não tenho autocontrole" (SIC).

### **3.3.3 Ingresso no programa de emagrecimento**

Veio, por vontade própria, inscrever-se no programa de emagrecimento quando soube que a cirurgia bariátrica era um dos procedimentos adotado pelo hospital. Conheceu muitos

profissionais que ali trabalhavam e, por meio deles, chegou ao cirurgião que concordou em inscrevê-la na lista de espera para a cirurgia, pois seu caso possuía indicação para tal.

Relatou que se sentia muito mal com seu corpo, não queria mais sair de casa, nem para ir a festas e comentava: "Me sinto ridícula" (SIC). Comia, segundo ela, como forma de compensar o mal-estar: "me vingo na comida, me vingo da vida, das pessoas, de mim mesma porque estou feia" (SIC).

Submeteu-se à cirurgia pelo método da videolaparoscopia, mas com menos de vinte e quatro horas teve que ser re-operada: uma alça do intestino soltou-se e teve uma hemorragia. Posteriormente, adquiriu uma infecção, obrigando-a a fazer curativo três vezes ao dia. Foi um período de muito sofrimento: queixava-se de dores, sentia-se fraca e achava horrível a alimentação líquida - "é ruim ter que tomar aquele caldo ralo" (SIC).

Recebeu todo o cuidado dos filhos e do marido. Este, quando a via doente tentava agradá-la, comprando todo o tipo de comida.

Tamara fez a cirurgia, perdeu peso, mas continuou a comer de tudo. "Como até pedra triturada" (SIC). Costumava descrever o que comia e era freqüente trazer receitas de alimentos para dar a alguém, ou um bolo para presentear uma colega ou os profissionais que trabalhavam com ela. A comida continuava a ser o modo pelo qual se relacionava com as pessoas. Divertia-se com a surpresa dos colegas quando

relatava o que conseguia comer. Repetia com freqüência: "O caminho está estreito, mas como pizza, churrasco, pastel, peixe de coco, coxinha" (SIC).

Em alguns momentos, acreditava que estava recuperando um pouco do peso porque estava comendo mais do que o recomendado: "Estou me achando gorda, comi muito na Páscoa. Lagosta, camarão, chocolate. Mas tudo um pouquinho, como num prato de sobremesa. Não comi um ovo de chocolate de uma vez, mas de vez em quando eu vou lá e como um pedaço" (SIC).

Para Tamara, a cirurgia a ajudou a reduzir a quantidade, mas não modificou seu hábito alimentar, pois continuava sua intolerância a "comidas de panela", não conseguia ingerir "alimentos mais saudáveis" como os recomendados pela nutricionista. Começou então a sofrer com abscessos decorrentes da falta de ingestão de vitaminas. Observava, então, o seguinte: "o que menos entra é comida de panela, arroz, feijão. Se forçar, vomito" (SIC).

Com a cirurgia e conseqüente perda de peso, mudou radicalmente a sua vida. Passou a preencher sua agenda participando dos programas da terceira idade, ingressando na ginástica, organizando festas, viagens e piqueniques. Também entrou numa auto-escola, aprendeu a dirigir o carro que já possuía, deixando-a feliz, já que se considerava uma pessoa independente e o fato de não dirigir a incomodava.

Seu peso estacionou e não conseguia perder mais, apesar da recomendação do médico e da nutricionista. Dizia: "queria perder mais uns quilinhos, mas a boca não deixa"(SIC).

No casamento a relação continuou ruim. "Minha vida só não está melhor por causa do marido. Ele é muito estressado" (SIC).

Quando obesa só pensava nos outros e se contentava com as sobras. "Qualquer sobra para mim estava ótimo, eu tinha me anulado" (SIC). Sentia-se feia, aceitava ficar em casa quando o marido dizia para não sair. Agora tudo mudou. Começou a sentir-se viva e afirmava: "ninguém manda mais em mim, faço o que quero, visto o que eu quero. Estou satisfeita com meu corpo" (SIC).

#### 3.4 COSTURANDO AS SEMELHANÇAS

Embora a psicanálise seja considerada a ciência do singular por objetivar encontrar em cada sujeito suas marcas constitutivas, fruto da história de relações intra e interfamiliar e intergeracional, também ela se preocupa em definir universais teóricos, pois do contrário, como construir teorias? Melhor seria dizer que o seu saber se sustenta numa tensão constante entre o universal da teoria e o singular da clínica.

Freud [1917 (1976, p.305)], afirmou que o sintoma possui um sentido, que se relaciona com as experiências de

cada paciente. Eis o caráter particular de cada sujeito, para o qual a psicanálise dirige seu olhar com atenção. Do mesmo modo, ele [1915 (1976, p.137)] delimitou com clareza que os conceitos científicos possuem como ponto de partida a descrição, o agrupamento, a classificação e a correlação dos fenômenos que se apresentam. Podemos pensar que a ciência parte do particular que insiste em se apresentar e segue em direção ao universal.

Nesse sentido, pode-se dizer que a psicanálise se desenvolveu numa tensão constante entre o singular e o universal. O sintoma, segundo Freud (ibid), apesar de possuir elementos únicos relacionados à vida do sujeito, apresentam, igualmente, traços comuns e típicos, determinantes de um quadro clínico. São esses os elementos que nos orientam na elaboração da hipótese diagnóstica.

A partir dessas considerações, passemos à análise de cada relato pesquisado, tomando como direção o particular de cada paciente, destacando os elementos que se apresentaram como semelhantes aos três casos, e que são o ponto de partida para a nossa discussão sobre o movimento da pulsão oral. Começemos, então, por apresentar um quadro dos traços das semelhanças.

**Quadro das semelhanças, no movimento da pulsão oral,  
observadas nas mulheres que se submeteram à cirurgia  
bariátrica**

Pacientes  Traços	Pirra	Fedora	Tamara
Como se manifestou a compulsão alimentar.	A paciente, após seu casamento, passou a viver em função da comida, preparando-a para o marido e filhos, e comendo o tempo todo.	Associava sua forma de comer à compulsão alcoólica.	Não aceitava seguir dietas alimentares, devorando os alimentos de maneira voraz.
Em que momento da história da vida ocorreu à instalação da obesidade.	Seu ganho de peso iniciou-se após as gestações, mas associa à obesidade a laqueadura tubária.	Após se recuperar da paralisia facial, doença que a fez perder peso, passou a comer em demasia e, assim, a obesidade se instalou.	Tornou-se obesa quando realizou a laqueadura tubária, para evitar novas gestações, pois não tinha recursos financeiros para manter seus filhos, embora desejasse ter uma prole mais numerosa.

<b>Como o alimento se apresentou como laço social oral.</b>	Era por meio do "comer com", que conseguia estabelecer um vínculo com o esposo, e estar na companhia dos filhos e irmãos.	Comer com as filhas e com sua vizinha era o momento de relacionar-se com o outro.	Comer com a madrinha e presentear colegas faziam-na estar em contato com o outro, assim como o comercializar comida.
<b>De que maneira referia-se à imagem narcísica danificada.</b>	"Me sinto feia e diminuída". (SIC)	"Não quero sair de casa com esse corpo". (SIC)	"Me sinto ridícula". (SIC)
<b>Relação com o casal parental e posição ocupada pela filha na dinâmica familiar.</b>	Pai provedor e mulherengo. Mãe submissa, filha dependente.	Pai provedor e violento. Mãe frágil e subserviente, filha submissa.	Pai provedor e perdulário. Mãe frágil e dependente, filha cuidadora.
<b>Como se movimentou a pulsão oral após a cirurgia.</b>	Saiu da predominância do alimento, para a sua recusa, chegando a outras formas de satisfação.	Passou do ato de ingerir tudo o que lhe era oferecido, ao de escolher o que desejava comer.	Permaneceu comendo tudo o que queria e da forma que desejava.

Vê-se que o ato de comer domina a cena familiar associado a certo prazer sado-masoquista do pai ou da mãe em privar ou satisfazer oralmente os filhos pela via da coerção.

No primeiro caso, a falta da palavra e da presença dos familiares foi substituída pela comida associada, também, a uma ansiedade com a aproximação do outro. No segundo, comer vinculava-se ao ato coercitivo do pai, numa espécie de jogo sado-masoquista, também para aliviar as culpas do pai. E no terceiro caso, o pai não deixava que a comida faltasse, mas para a mãe comer ou não comer tinha o mesmo significado. Nos três casos a dialética do dom de amor que se associa ao ato de alimentar o outro ficou comprometida. Analisemos, então, mais detalhadamente, os aspectos acima.

#### **3.4.1 Compulsão alimentar**

A maneira de se alimentar das pacientes demarca a diferença entre as concepções existentes entre o corpo regido pelo instinto e o corpo pulsional. O corpo do instinto seria aquele que encontraria a satisfação por meio da ingestão de alimentos, cessando seu estímulo.

Já o corpo pulsional permanecerá sempre insatisfeito. Nele, observamos o circuito pulsional, que se inicia numa fonte orgânica e impulsiona o sujeito em direção à satisfação. Vemos, nos casos pesquisados, o sujeito agindo sob o efeito da pulsão, buscando um objeto que apazigúe o estímulo, que tanto o incomoda. Mas, como a satisfação plena não é possível, o circuito pulsional se reiniciará constantemente. Observamos que algo que não é da ordem do organismo impele o sujeito a

estar comendo de maneira compulsiva, necessitando de uma intervenção externa, a cirurgia, a fim de conter a compulsão. Interessante a fala de Fedora a esse respeito: "é como dar o primeiro gole" (SIC), que demonstra a dificuldade em parar de comer.

Nos relatos das três pacientes observamos a não recusa do alimento, a qual remete a uma impossibilidade de barrar o circuito pulsional. Tal fato evidencia, da mesma forma, uma colagem entre o objeto da necessidade e o objeto pulsional. Para ilustrar tal fato, destacamos o que Fedora descreve ao deparar-se com um alimento de sua preferência: "Quando o doce está lá, só penso nele. Vou e tiro um pedaço, depois vou de novo..., até acabar" (SIC).

Também na compulsão alimentar, o constante ingerir alimentos, aponta para o caráter repetitivo da pulsão de morte. Poderíamos, então, pensar que a compulsão se apresenta no lugar da fala? As pacientes comeriam repetidas vezes por não poderem falar dos seus conflitos? O ato de comer substitui o de falar?

Tal fato, embora identifique o ponto de partida para a patologia, parece estar relacionado à própria dificuldade do obeso em falar sobre o que produziu a sua obesidade. Isso que nos induz a pensar que, realmente, faltam recursos significantes para que o sujeito simbolize o seu conflito.

Na experiência de escuta dos obesos, observamos, com frequência a dificuldade e até a impossibilidade do sujeito

expressar seus conflitos como ocorre com a histeria, por exemplo. A fala das pacientes restringe-se aos relatos do dia-a-dia, em descrições de dietas, em sugestões para o emagrecimento com medicações e chás elaborados com ervas naturais. Dificilmente, elas conseguem elaborar questões acerca do sintoma da obesidade. Para que isso seja possível, observamos que deveria existir um trabalho preliminar ao atendimento individual a fim de que cada paciente possa perceber as suas questões singulares implicadas na sua patologia, convocando, assim o sujeito do inconsciente. Na nossa prática o trabalho preliminar ocorre nos encontros grupais.

Logo, podemos acreditar que, por meio de uma descarga, o corpo é atingido por algo que não se organiza pelo simbólico, e por isso não pode ser falado. Nos casos pesquisados, a descarga parece que estava presa a zona oral, o que nos leva a crer que durante a relação mãe-bebê, ocorreu uma falha na simbolização e o sujeito permaneceu fixado no objeto oral concreto, o seio.

Sabemos que para que o corpo pulsional se forme, a mãe deve apresentar-se a partir das demandas do seu filho, garantindo o seu conforto físico - sua alimentação, sua higiene, etc, - e promovendo seu bem-estar psíquico, o que ocorre pela introdução da palavra e do seu uso como uma forma de retorno libidinal, da mãe para o filho, ao atendê-lo.

Nos casos de Fedora e Tamara a relação com o alimento foi problemática desde o início da vida, justamente num tempo em que as inscrições não se organizam num campo simbólico, e sim como vivências sensitivas que marcam o corpo com desejos próximos das necessidades. O resultado, então, não poderia ser outro, o padecimento corporal.

Nesse sentido, é relevante salientarmos o que Recalcati (2003, p. 276) escreve a esse respeito:

Essa espécie de neutralização do poder expressivo do corpo e da fala se produz como efeito de uma irrupção de gozo excessivo, em relação ao qual o sujeito se viu sem recursos simbólicos suficientes para metabolizá-lo.

Tal neutralização, segundo o autor, ocorreria antes da obesidade. E, nesses casos, o corpo não fala, mas mostra o seu mal-estar e o seu padecimento. Marcamos aqui a diferença entre o corpo obeso e o corpo histérico. Este último fala, encena seus conflitos, diferentemente do obeso que se sufoca com tanto peso, inundado pelo gozo, sem, no entanto, conseguir falar.

Outro dado importante referente à palavra é que ela é introduzida na série das atividades da pulsão oral por meio da dinâmica vivenciada durante a amamentação e o desmame, conforme escreveu Queiroz (2005, p. 147). Ademais, é por meio da palavra que o objeto perdido pode, de algum modo, ser mantido.

Enfoquemos o relato de Pirra, que, nascida numa família numerosa, possuía uma mãe que estava sempre ocupada com os afazeres domésticos e com sua numerosa prole. De que forma

então a palavra pôde ser introduzida para Pirra? Como suas demandas eram atendidas? Será que eram tratadas apenas como uma necessidade?

Ainda nesse aspecto, destacamos que o nosso trabalho no Serviço de Psicologia, acompanhando mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica, consiste justamente em colocar a palavra - elemento da ordem simbólica - como uma outra forma de satisfação, ocupando o lugar do comer sem limites, acreditando que dessa forma a pulsão poderá dirigir-se para uma outra forma de satisfação não nociva ao corpo.

Retomemos novamente a relação existente entre fome, instinto e pulsão, para destacarmos a relação entre o sujeito e o objeto, relação que se funda na dialética dos investimentos entre a mãe e o bebê.

A mãe não podendo estar presente todo o tempo junto ao seu filho, gera nele uma desilusão. O filho, diante do desamparo que sente, pode compensar a falta materna com a ingestão do alimento.

Encontramo-nos diante da relação do sujeito com a falta, o que suscita a possibilidade do obeso localizar a falta no organismo, mais precisamente no estômago. Sendo assim, é preciso preencher o estômago, ou como dizia Pirra: "eu comia mesmo sem fome, até ficar cheia"(SIC).

Logo, é possível afirmar que o ingerir objetos na obesidade é uma tentativa de obturar a falta do Outro. O

objeto perdido, objeto nostálgico, gerador de desejos, está sempre na boca.

Essa forma de compensação nos remete à dialética do dom, onde o estar sempre comendo relaciona-se a uma forma de compensação. Diante de uma frustração relativa ao dom, enquanto marca da falta do Outro, o sujeito se consola de maneira compensatória com o objeto da necessidade, ou seja, o alimento.

No entanto, existe um grande equívoco ao se ingerir o alimento como uma forma de compensação, já que o que ele produz é apenas a ratificação da falta, impossível de ser preenchida<sup>13</sup>.

É Pirra quem melhor ilustra essa forma de compensação ao relatar sua impossibilidade em parar de comer enquanto preparava as refeições para seu esposo, seus filhos e seus irmãos.

#### **3.4.2 Quando a obesidade se instalou**

As três pacientes associam a obesidade a um evento no corpo, ou seja, a uma gravidez ou a uma laqueadura tubária. Interessante pontuar que são acontecimentos tocantes ao aparelho reprodutor. No caso da laqueadura tubária, cessa-se a fertilidade. Tal fato toca na sexualidade feminina e parece

---

<sup>13</sup>Para maior esclarecimento ver o Capítulo 1, item 1.4.1 O objeto e a falta.

elevar a tensão pulsional, que, nos casos estudados, dirigiu-se à oralidade. Vemos então que uma pulsão não pode ser desviada do seu percurso de satisfação, sem encontrar outra forma de compensação. Fedora e Pirra queixavam-se do marido. A primeira confrontava-o constantemente e a segunda dirigia ao cônjuge uma expectativa de amor que dava indícios de não ser correspondida. Mesmo assim, ambas geraram dois filhos, levando-nos a questionar o que ocorreu com a atividade sexual genital após a laqueadura tubária.

Um outro ponto relevante é que tanto a gravidez quanto a ligadura tocam o real do corpo. O que ocorre, então, com o sujeito diante de tais ocorrências?

Perante a notícia de uma gravidez ou de uma intervenção cirúrgica, é necessário que o sujeito se reorganize com o novo fato que trará modificações ao seu corpo, e por mais que ele procure regular seus efeitos, algo da ordem do inesperado se apresentará. Daí a importância do sujeito falar acerca da sua vivência diante do novo, que afeta seu corpo. Tais eventos apontam para uma invasão do real no corpo, o que nos leva a pensar que a excitação pulsional foi de uma intensidade tamanha, capaz de transbordar e inundar o corpo. A própria forma adquirida pelo obeso remete a um transbordamento de medidas.

Entretanto, é importante salientarmos que, mesmo que o gozo não faça parte do simbólico, é por meio da fala, ou seja, dos significantes, que se pode ter acesso ao gozo, a fim de

equacioná-lo e apaziguá-lo. Por isso, a importância do acompanhamento das pacientes obesas, mesmo quando já saíram da condição de obesidade após a cirurgia. Provavelmente, o que ocorre ao sujeito obeso é a impossibilidade dele fazer tal apaziguamento do gozo que nele se apresenta.

Ancorando-nos nas fórmulas da sexuação, percebemos que o gozo feminino não se encontra completamente limitado pela lógica fálica. Há um percentual do gozo que escapa a essa lógica, e que pode conduzir uma mulher a encontrar formas de gozo diversificadas.

No que concerne a cada paciente vemos que a gravidez de cada uma foi vivida de maneira impar, porém conflituosa para as três. Para Pirra, seu casamento foi motivado pela gestação contraída precocemente. Estando grávida, viu-se ameaçada de ser expulsa da casa pelo pai, e, igualmente, percebeu o desejo do marido por ela vacilar, casando-se com ela sob a pressão dos irmãos. Além disso, ao casar-se, foi retirada da convivência materna, passando a viver só, o que para ela causou grande sofrimento. O que em Pirra não pôde ser simbolizado e retornou no corpo sob forma de gozo? Muitas questões se apresentam condensadas na sua gestação.

Fedora, no entanto, vivenciou a segunda gestação tentando se recuperar de uma paralisia facial, que, segundo a mesma, foi provocada ao calar-se diante de um acontecimento traumático. Destacamos aqui a dimensão de gozo no sofrimento. Calou-se, mas encontrou uma satisfação para seu gozo.

Já com Tamara, a laqueadura tubária cessou com o gozo que obtinha com as gestações. Tal gozo foi interrompido, mas não elaborado, e, conseqüentemente, não foi contido. No seu caso parece que permaneceu pulsante, insistindo para encontrar uma descarga.

Nos três casos estamos diante do corpo do transbordamento, do corpo que, diante da impossibilidade de fala, apresenta-se tomado por um gozo que rompeu com os limites do aparelho psíquico e instalou-se no corporal, provocando sofrimento e danos à saúde orgânica do sujeito. Além disso, é um gozo que se direciona para a zona oral, criando um circuito fechado em si mesmo, impelido pela compulsão à repetição.

Observamos, principalmente em Pirra que, o falar lhe foi negado, pois, ao engravidar, passou a viver isolada. Já as outras, mesmo cercadas de pessoas, não sabiam como utilizar o recurso da fala. Assim, podemos elaborar uma hipótese de que o que foi "engolido" e não "digerido" por meio da fala, retornou ao corpo pela doença, a obesidade.

### 3.4.3 Comer como laço social

Desde a ingestão do primeiro alimento, o ato de comer relaciona-se com o Outro. O bebê necessita que a mãe ofereça o alimento, caso contrário, morrerá. Ao fazer isso, a mãe não apenas doa a comida, junto com ela doa também o objeto simbólico, o dom do amor.

Ofertar amor é ofertar a falta, ou dito de outra forma, é inscrever algo da própria falta do Outro no bebê. Assim, o filho apreenderá o desejo do Outro e saberá que lhe é importante. Para que isso possa ocorrer, a mãe não poderá tratar da demanda ofertando apenas os alimentos. Nos relatos, parece que as demandas de amor das pacientes dirigidas à mãe eram atendidas predominantemente pelo alimento. Tal constatação nos remete ao fato de que nas classes sociais de baixa renda tenta-se evitar a privação. Logo, não é estranho pensarmos numa colagem entre o objeto da necessidade e o da pulsão.

Vemos, então, que comer não é só ingerir alimentos. Elevada a uma condição simbólica é também uma maneira de relação entre o sujeito e o Outro. Ademais, comer tornou-se um ato cultural, assim como o alimento afastou-se da condição de objeto da necessidade. Ele foi e costuma ser transformado, modificado, enfim, elevado à condição de objeto pulsional.

Não se come apenas para saciar a fome, come-se para estar junto de alguém, come-se a fim de aguçar o paladar, como

nos grupos de gastronomia, come-se segundo regras e tradições. Por conseguinte, a alimentação aponta para uma inclusão no Outro social. Nos casos estudados, esse fato está posto: a comida funcionava como um meio de relacionamento com o esposo, com as filhas, com o social.

Para Pirra, comer equivalia a estar junto da família, forma de convivência que ela possuía antes de casar e que tentou preservar após o casamento, preparando comida para os familiares.

Fedora vivenciou intensos e contraditórios afetos simultaneamente na alimentação: a satisfação ao ingerir o que sua mãe preparava com carinho e o medo ao comer o que seu pai obrigava autoritariamente. Além disso, diante da dificuldade de alimentar-se e de alimentar a filha, buscou apoio na vizinha, que a colocou em posição de igualdade com as crianças, alimentando-a também.

Tamara oscilava entre o comer prazeroso com a madrinha, que cuidava da sua alimentação com carinho, oferecendo-lhe o que ela gostava, e a falta de interesse da sua mãe que se mostrava indiferente aos seus gostos. Por outro lado, ao escolher vencer os limites financeiros instalados após o matrimônio, Tamara faz do ato de cozinhar alimentos uma forma de conseguir dinheiro e *status* social. Sempre foi reconhecida pela comida que preparava, recebia elogios, chegando a ter um pequeno bufê, o qual, além de lhe render numerários, inscreveu-a no Outro social.

#### 3.4.4 Dano à imagem narcísica

A forma que o corpo obeso adquire contrapõe-se completamente ao padrão de estética da contemporaneidade. Rompe com o padrão de beleza instituído, atraindo para si não o olhar desejo e sim o de repulsa.

Dotado de uma imagem marcada pelo excesso, o obeso suscita o olhar do Outro, um olhar de censura, de desagrado e de aversão. O obeso invade a cena, onde é impossível não ser visto. Desperta no Outro uma resposta imperativa: "Emagreça"! Diante desse olhar, o obeso responde com a vergonha, que os induz a não querer se mostrar, permanecendo reclusos em casa. Rememoremos o que as pacientes afirmavam a respeito das suas imagens:

Pirra dizia-se "feia e diminuída" (SIC), com seu próprio corpo. Fedora não queria sair de casa, pois se sentia "um monstro" (SIC). Por fim, para Tamara estar obesa fazia-lhe afirmar: "Me sinto ridícula" (SIC).

Nas três situações são corpos que não são lugares de investimento libidinal. Muito pelo contrário, são depositários da feiúra, da inadequação, da dor e da doença.

É interessante pensarmos que a imagem corporal é formada a partir da relação especular entre o sujeito e sua mãe, o que mais uma vez nos remete à relação mãe-bebê.

Sendo a mãe que confirma ao filho a certeza de que ele vê a si próprio no estádio do espelho, podemos pensar que a

mãe assegura, nesse momento, a existência de dois corpos separados. Ademais, no olhar materno, a criança percebe todo investimento narcísico dirigido pela mãe, o que promoverá seu crescimento saudável. Contudo, é comum ao paciente obeso não se olhar no espelho. Podemos pensar num déficit da imagem, instalado durante o estágio do espelho? Será que no momento da constituição da imagem, o olhar que recebeu da mãe remeteu a uma falta de investimento narcísico?

Por outro lado, em alguns pacientes obesos mórbidos, a forma corporal adquirida nos induz a pensar em corpos fusionais. Mãe e filho num mesmo corpo? Corpos que não podem se separar?

Nas mulheres obesas, não raro, observamos que o excesso de peso faz com que elas percam as características femininas, criando uma confusão entre os sexos. Por que esconder as diferenças existentes entre os sexos?

Outro aspecto relevante é o que destaca Mieli (2002) ao tratar da estabilização da imagem por meio do corte. Nos corpos das pacientes estudadas parece que a referência ao corte não foi suficiente para manter uma imagem apaziguada. Ao contrário, vimos que são corpos que estão transbordando os seus limites e que apenas por meio da cirurgia, uma forma estável pôde ser conquistada. Nesse sentido, destacamos o que Mieli (2002) pontua sobre a relação do corte com uma inscrição simbólica de um traço referente à função paterna, ou seja,

inscreve-se no real do corpo algo que deveria estar na dimensão do simbólico.

Vimos que as pacientes estudadas mantinham com suas mães uma relação fusional, o que nos leva a lançar a hipótese de que a cirurgia vem marcar uma possibilidade de separação entre o sujeito e o Outro materno.

#### **3.4.5 Relação com o casal parental**

Na dinâmica familiar das pacientes algo esteve muito marcante: a presença de um pai provedor, que não deixava nada faltar em casa e de uma mãe frágil, "aderida" à filha e ao marido.

Prover o alimento equivale a tornar presente o objeto da necessidade, capaz de aplacar apenas a necessidade de nutrir o corpo orgânico.

As mães das pacientes estudadas pareciam "suportar" as falhas do marido violento, mulherengo, perdulário, contanto que "nada faltasse", ou seja, não passassem fome. É provável que, não estando divididas entre ser mulher e mãe, entregaram-se à função materna intensamente, outorgando as filhas o preenchimento da sua falta. Logo, o primordial na manutenção das relações é não faltar o alimento.

Por outro lado, sabemos que é o Outro materno que, relacionando-se com seu bebê, facilitará progressivamente o seu desenvolvimento no campo do simbólico, ou seja, diante das

demandas do seu filho a mãe responderá com palavras e não apenas com o alimento. Assim, sensações vão sendo inscritas inicialmente no corpo do bebê para posteriormente serem faladas. Nos casos estudados prevalecia o alimento como objeto de troca.

Nos três casos as mães eram descritas como a pessoa mais importante das suas vidas, cujo falecimento trouxe a cada uma grande sofrimento. No entanto, a presença delas na vida de das filhas era frágil.

Tamara possuía uma mãe doente que demandava cuidados. Por conseguinte, como poderia cuidar da filha? A mãe de Pirra gerou onze filhos, dedicando pouco tempo para exercer a maternagem de cada um. Fedora, por sua vez, tinha uma mãe que estava sempre sobressaltada com um esposo agressivo, que deixou marcas dessa violência no corpo da esposa e dos filhos. Será que foi possível garantir aos filhos algo além das suas necessidades orgânicas?

Se tomarmos como eixo as operações de constituição do sujeito, localizaremos o "estar colada" na primeira operação, que é a alienação. Estando predominantemente presas nesse momento da constituição, esses sujeitos resistem em afastar-se do Outro materno, assim como apresentam, de um modo geral, dificuldades em questionar o que há para além do desejo materno, o que as conduziriam para a segunda operação, a separação. Destacamos no discurso de cada uma elementos que indicam uma colagem entre mãe e filha:

Pirra apresentava sua família como "muito unida", sendo ela a que atendia de pronto as demandas maternas, e em troca recebia mais atenção. Estava sempre disponível à mãe, não pensava em negar o que lhe era pedido.

Fedora relatava o quanto era "apegada" à mãe, a ponto de não querer sair de casa para permanecer cuidando dela. Após o casamento, passou a acalentar o desejo da mãe abandonar o pai e ir morar com ela.

Tamara sempre cuidou da saúde materna, o que a aproximou da mãe, e a tornou responsável por ela, pois era Tamara quem recebia a pensão herdada do pai e administrava suas finanças.

A figura paterna, portanto, apesar de provedora, principalmente no que se refere à alimentação da família, parece que não exercia a função de pai o suficiente para interditar o gozo da relação mãe e filha. Os pais eram violentos, mas não representantes da lei; faziam da comida mais um instrumento para se mostrarem como imperativos, misturando, com isso, gozo e agressão.

Podemos pensar que a falta de limites na ingestão alimentar está associada a uma insuficiência da inscrição da lei, advinda da função paterna.

### 3.4.6 Como se movimentou a pulsão oral após a cirurgia

É pela oralidade que ocorre a primeira satisfação do bebê, e esta se dá por meio da relação com o Outro materno, que proverá ou não a satisfação a seu filho.

Nesse momento, a atividade psíquica direciona-se para a zona oral, o que nos leva a crer que uma intensa carga pulsional se acumula em tal zona, que, aos poucos, irá se redistribuir por outras, proporcionando ao sujeito diferentes maneiras de satisfação.

A zona oral, primeira zona erógena do bebê, funciona como um canal de comunicação com o Outro, ou seja, é por essa via que mãe e bebê iniciam um relacionamento.

Na obesidade, a pulsão oral demonstra-se fixada no alimento, o que determina que a satisfação do sujeito permaneça ligada predominantemente na oralidade, em detrimento de outras zonas erógenas. Fixada porque o sujeito não pôde ultrapassar esse momento, permanecendo a ele ligado, fazendo-o recorrer a essa forma de satisfação quando se encontra diante de uma frustração.

Se a escolha do objeto de satisfação pulsional está ligada ao sujeito de maneira singular<sup>14</sup> é importante questionarmos qual o lugar deste na vida das pacientes acompanhadas.

---

<sup>14</sup> A esse respeito ver o Capítulo 1, item 1.3, Trieb: Algumas considerações acerca da pulsão em Freud.

O alimento era o que a mãe de Fedora parecia garantir a qualquer custo aos filhos e, igualmente, algo de bom que seu pai podia ofertar.

A mãe de Pirra, assoberbada com seus afazeres, alimentava os filhos indistintamente, quando agrupava todos e dava uma garfada a cada um.

Já com Tamara o alimento parecia mais ser um objeto de manipulação materna que atendia ou não às preferências alimentares da filha, o que implicava não atender aos seus desejos. Tal fato era referendado pelo dito paterno: "você aqui não têm gosto, só agonia" (SIC).

Com a cirurgia bariátrica, reduz-se o estômago, para que a ingestão alimentar possa ser limitada e a obesidade controlada. Mas diminuir o estômago não é sinônimo de desviar a pulsão da satisfação oral. A pulsão pode ser contida, desviada, ter seu caminho modificado, desde que encontre outra forma de satisfação.

Antes da cirurgia, o circuito da pulsão constituía-se da seguinte forma: sua fonte era o estômago, o objeto, o alimento e a meta, a saciedade da fome. A meta, por sua vez, mostra a indistinção entre a satisfação do corpo pulsional e a satisfação do corpo orgânico. Vejamos como se movimentou a pulsão oral em cada paciente após a redução do estômago:

Em Pirra estabeleceu-se um quadro no qual nada podia ser ingerido oralmente, já que vomitava o que engolia. Ela

parecia oscilar entre o tudo e o nada, entre o alienar-se e o separar-se do desejo do Outro<sup>15</sup>.

Quando criança, sua pulsão oral parecia encontrar a satisfação na fala, por meio das conversas que ocorriam em torno do ofício do pai. Ao casar, essa satisfação foi frustrada, e a pulsão encontrou na ingestão do alimento uma outra forma de obter prazer.

Impedida, por meio da cirurgia, de comer como antes, passou a comer e vomitar, além de se isolar, recusando-se a conversar com as amigas. Essa reação evidencia o verdadeiro estatuto do objeto pulsional: o nada.

Sua saúde ficou debilitada, fato que conduziu seu esposo a dedicar-se em cuidar dela. Ele, preocupado com seu estado, passou a agradá-la com seus alimentos preferidos, além de insistir para que ela os comesse. Assim, por meio do investimento libidinal do esposo, numa espécie de maternagem, além das intervenções médicas para tratar dos vômitos, pôde voltar a deglutir, e sua pulsão oral reencontrou satisfação na fala, ao conversar com as amigas e os familiares. Ademais, parece que a pulsão pôde tomar outra direção, além da oralidade, investindo em planos de estudar e ser professora.

Fedora, até o momento da cirurgia, satisfazia a pulsão oral pela via do alimento. Para ela, não havia a possibilidade

---

<sup>15</sup>Para maior esclarecimento ver o Capítulo 2, item 2.4, Alienação e separação: operações de constituição do sujeito.

se satisfação pela fala, pois diante do Outro, ela sempre calava.

Após a cirurgia, Fedora pôde experimentar um novo começo de vida, no qual, seguindo as orientações da equipe multidisciplinar, aprendeu a se alimentar equilibradamente, trazendo-lhe satisfação. Além disso, passou a utilizar-se da palavra como forma de estabelecer relações, conduzindo-a a sair de casa, a passear, e o mais importante, a posicionar-se diante seu próprio desejo, aceitando ou não o que lhe era demandado. Por outro lado, parece ter conseguido inscrever-se no Outro social, saindo com as filhas, participando de cursos.

Lembrando Freud [1915 (1974, p. 147)], quando afirmava que uma pulsão pode tomar diferentes caminhos, contanto que encontre sua satisfação, podemos dizer que a pulsão oral em Fedora foi redistribuída entre outras formas de satisfação que não apenas a oral.

Tamara, por sua vez, demonstrou uma resistência da pulsão oral em tomar um outro caminho. Quando criança, sua satisfação oral oscilava entre não ser atendida pela mãe ou ser atendida pela madrinha. Com o falecimento desta última, e o casamento, atitude desafiadora perante o pai, passou a comer tudo o que queria, o que nos conduz a pensar que assegurava seu desejo por meio da comida.

Com a cirurgia, e conseqüente restrição alimentar, contestou o quanto pôde as orientações da equipe multidisciplinar acerca das mudanças dos hábitos necessárias

para a redução e a manutenção do peso. Sua pulsão oral seguiu, então, de maneira imutável, satisfazendo-se ao transgredir ordens e restrições, tanto que não conseguiu atingir a meta de peso estabelecida como ideal para ela. Visualizamos, no seu caso, o caráter destrutivo e imperativo da pulsão oral, quando se fixa num único objeto de satisfação.

Um outro dado fundamental é que a cirurgia parece introduzir a dimensão de um "recomeço de vida", já que a alimentação retorna à consistência líquida, como a do bebê. Além disso, por estarem operadas, precisam ser maternadas. Ora, o que o sujeito deseja é receber signos de amor, e, amar, é exatamente dar o que não se possui.

Com essa regressão alimentar, forçada pela intervenção no estômago, algo da relação mãe-bebê parece retornar. Visualizamos elementos a esse respeito nos três casos, mas destacaremos o de Pirra, por ser mais elucidativo.

Após a cirurgia, Pirra não conseguia se alimentar adequadamente por causa dos vômitos. Isso fez com que seu esposo e seus filhos tomassem perante ela uma atitude cuidadosa e protetora. Seu marido passou a insistir que ela comesse de forma adequada, para que não desnutrisse e desse modo passou a dirigir-lhe um olhar amoroso, chegando a dizer que preferia que a cirurgia fosse desfeita caso ela não melhorasse. Pirra encontrou nesse gesto indícios de que faria falta a ele, caso viesse a falecer. Recebeu, portanto, signo de amor e, a partir daí, foi possível alimentar-se

adequadamente, voltando a nutrir seu corpo orgânico com o alimento e o seu corpo pulsional com as palavras de amor.

### 3.5 REFLETINDO SOBRE SINGULARIDADES

O passeio pelos elementos comuns aos três casos nos instrumentou para entrarmos numa discussão do particular da obesidade que, por sua vez servirá de fundamento para analisarmos a relação que cada mulher estabeleceu com a falta - utilizando-se do objeto oral a fim de tentar suturá-la e a fantasia que utilizou para defender-se daquilo que lhe era insuportável.

É provável que nas três pacientes a falta estivesse localizada no corpo orgânico, ou seja, no estômago. Daí a incansável ingestão de alimentos, o que evitava a sensação da fome, como se a fome fosse equivalente à falta.

Para Pirra, sua obesidade surge como uma resposta ao isolamento que lhe foi imposta após seu casamento. Tal isolamento, por sua vez, remeteu a uma ruptura com o modo de viver da sua família originária, em torno de um pai provedor que mantinha a todos próximos de si.

Sua mãe e seus irmãos desenvolviam atividades que se relacionavam ao ofício paterno. Podemos afirmar que a maneira como viviam era semelhante à de um clã, onde a regra era estar junto do outro, e a satisfação oral evidenciava-se por meio das conversas prazerosas que ocorriam enquanto trabalhavam.

No relato podemos visualizar a dificuldade em se afastar da mãe. Pirra descrevia sua relação com o Outro materno como maravilhosa, fazia questão em atender as solicitações maternas, ou seja, permanecia alienada no desejo do Outro. Não visualizamos em Pirra o querer separar-se da sua mãe, querer necessário para que o filho ultrapasse a alienação.

Com a gravidez precoce, recebeu a ameaça de ser expulsa de casa, o que a deixou muito preocupada, pois seria a efetivação de um rompimento com os laços familiares que não desejava que ocorresse. Sua mãe interveio e a expulsão não foi efetivada.

Por outro lado, seu marido não se dispôs a casar quando soube da sua gravidez, levando-nos a questionar sobre o tipo de relação que desejava estabelecer com ela, assim como qual a importância dela para ele. A via de satisfação oral pela fala foi rompida duplamente: por morar longe da família e por ser um homem calado.

Estabeleceu-se assim um corte, que a lançou para uma forma de viver reclusa, em que a satisfação oral obtida nas conversas com a família foi rompida e a alimentação ganhou a função de consolo. Pirra, não podendo mais conversar e produzir em conjunto com a família dedicou-se a cuidar da alimentação do marido e dos filhos.

O alimento tornou-se um meio de estabelecer um laço social, tanto com o marido, quanto com a família. Do mesmo

modo, sem receber do marido palavras de amor buscava o prazer sensitivo de comer.

A cirurgia, um corte que separou uma parte do estômago, introduziu Pirra no sofrimento de não poder engolir, levando-a a vomitar tudo o que era ingerido. Nesse momento, permaneceu isolada, distanciando-se das amigas, deixando de falar, conversar, ou seja, inibiu também a satisfação oral vivenciada por ela, seja no alimento, seja na fala.

O sofrimento de Pirra atraiu a atenção do esposo e dos filhos, que passaram a cuidar dela. A filha aceitou fazer-lhe companhia e, o marido passou a cuidar da sua alimentação, comprando o que mais lhe agradava para comer, voltando, então, à condição de ser cuidada. O corte da cirurgia operou mudanças no corpo e na dinâmica familiar.

Aos poucos, retomou os vínculos com a família e com as amigas, retornando a uma vida social prazerosa, da qual não mais queria abrir mão. Voltou-se para a fala, resgatando uma antiga forma de satisfação oral.

Fedora, por sua vez, apresentava-se como aquela que, impossibilitada de dizer não, "engolia" qualquer coisa. Desde criança, "engolia" o que a mãe ofertava como alimento e o que o pai oferecia como pancada.

Após o casamento e as gestações, Fedora viu-se distante da mãe, que foi proibida de visitá-la e também perante as duas filhas, que não aceitavam comer como ela acreditava que deveria ser. Tais fatos remeteram-na a compulsão alimentar

compartilhada com uma figura materna substituta, ou seja, a vizinha.

A satisfação sado-masoquista do pai em bater na mãe e nas filhas nos leva a pensar que ele se alimentava de desejos incestuosos para com elas. As pancadas tanto alimentavam o erotismo como serviam de defesa ao seu desejo impudico.

Nesse sentido, podemos estabelecer a hipótese de que a obesidade de Fedora poderia ter sido adquirida como um meio de se defender do olhar paterno.

Com a cirurgia, ela passa do lugar da que "tudo engole", para o daquela que "não engole tudo". Concomitante ao emagrecimento, começa a posicionar-se de outra forma diante das demandas do Outro. Ela já "engolira" demais durante sua vida, agora não conseguia mais "engolir" o que não desejava.

A partir de então, diante do que lhe desagradava, passou a posicionar-se como questionadora, utilizando-se dos benefícios construtivos do "não", enquanto símbolo de barra. Com Fedora, visualizamos de maneira clara a dialética do sim e do não, associada com o aceitar ou não o alimento. O sim está associado à condição de alienação, à aceitação incondicional do desejo do Outro. O não, ao contrário, remete a uma busca por seu próprio desejo, por querer conhecer o que existe para além do desejo materno.

Então, para Fedora, foi inevitável submeter-se a uma intervenção cirúrgica para que pudesse assumir uma posição subjetiva diferente. Parecia saber que dizer não à mãe

remeteria a um não ao pai, o que a colocaria sob o risco de ter sua identidade queimada, como ele fez ao incendiar a certidão de nascimento da sua irmã.

Já no caso de Tamara, comida e dinheiro misturavam-se numa lógica fálica. Ela assumiu o lugar do falo, inicialmente diante dos pais, ao tratar da contabilidade paterna e ao chamar a si o cuidar da mãe, depois na relação com o marido, já que administrava tudo de casa.

Parece que Tamara contrariou o modelo materno, cujo semi-analfabetismo e saúde frágil deixavam-na numa posição passiva. Assumindo uma posição oposta, o que ela procurava era defender-se da passividade materna.

Instalada numa posição fálica, onde tudo é possível, passou a desafiar os limites. Desafiou o pai quando não foi apoiada no romance com aquele que viria se tornar seu esposo. Desafiou o marido quando este a proibiu de trabalhar. Diante do outro, demonstrava-se sempre desafiadora: aquela que tudo podia, e que fazia o que queria. A sua compulsão alimentar também se mostrava com o mesmo fim: comia para provar que podia fazer do seu jeito.

As gestações de Tamara asseguraram-lhe a posição fálica. Grávida, ela ostentava o falo, assim como escreveu Freud quando fez equivaler falo a bebê.

Inobstante, ao submeter-se à laqueadura tubária, ao ser remetida à castração e à impossibilidade de ostentar-se fálica por meio das gestações tornou-se obesa.

Naquele instante, Tamara entregou-se à compulsão alimentar como uma forma de desafiar o limite imposto pela laqueadura tubária, adquirindo um corpo cuja forma aproximava-se ao de alguém em gestação permanente.

Submeteu-se à cirurgia bariátrica e, mesmo com seu estômago diminuído, permaneceu comendo até "pedra triturada".

Observamos, nesse aspecto, uma pulsão que resistia em ser desviada ou contida. Tal fato se apresentava tanto na sua maneira de se alimentar, como no seu discurso desafiador.

Se, para Pirra, isolada e solitária, o alimento foi seu companheiro, para Fedora, junto com o alimento, ela "engolia" a possibilidade de dizer não. Em Tamara, o comer estava associado ao seu desafio fálico: comia para mostrar que sempre ultrapassava os limites impostos.

Nos três casos, os conflitos das pacientes não encontraram outra forma de apresentação, ou seja, não se utilizaram os elementos simbólicos, os quais os remeteriam à expressão pela linguagem. Os seus conflitos parecem ter percorrido um outro caminho, por onde a energia psíquica ultrapassou os limites e invadiu o corpo, sufocando-o com a obesidade. Não seria esse um corpo invadido pela pulsão de morte, ou um corpo do transbordamento, conforme denominou Fernandes (2003)?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar o movimento da pulsão oral em mulheres que tiveram o estômago reduzido por meio da cirurgia bariátrica conduziu-nos a relevantes questões, tanto no que se refere ao âmbito do universal, quanto ao do particular a cada sujeito.

Embora o nosso contato inicial com as pacientes estudadas tenha ocorrido num grupo preparatório para a cirurgia, foi no atendimento individual, objetivando a escuta do singular de cada uma, que se tornou possível a observação do movimento da pulsão oral após a cirurgia bariátrica.

Se, por um lado, a análise dos relatos nos revelou traços de semelhanças aos três casos, por outro lado, a análise de cada traço conduziu-nos ao particular de cada sujeito. A cirurgia, importante método de controle da obesidade, não opera, todavia, modificações na pulsão oral. Razão pela qual tal patologia não pode apenas ser tratada pela ótica do corpo orgânico sem considerar as demandas do corpo pulsional.

Este, como vimos, constitui-se no corpo a corpo, entre a mãe-bebê. Momento fecundo, o dessa relação, cujas marcas determinam estilos alimentares e formas de defesas orais na minimização dos conflitos e angústias.

A relação com o Outro materno, nesse momento inicial, ocorre principalmente por meio das zonas erógenas. A primeira zona, a oral, é a que se encontra marcada pela primeira

experiência de satisfação. Gradativamente, a partir da demanda do Outro, a pulsão dirige-se a outras zonas erógenas.

O ingresso do ser humano na linguagem acontece por meio do efeito que as palavras produzem nele, que deixa em cada sujeito uma marca própria. Isso ocorre, como elaborou Lacan (1985), por meio de duas operações lógicas: a alienação e a separação. A obesidade é considerada uma patologia cujo momento inicial da sua instalação ocorre durante essas operações. Por isso, foi essencial investigarmos como se constitui o corpo pulsional na mulher, visto que ela não está completamente submetida à lógica fálica, o que nos remeteu a um breve estudo sobre o conceito de gozo.

A mulher obesa sofre de um acúmulo de peso no corpo, provocado pelo excesso de ingestão de alimentos, o que nos lançou para a importante relação do sujeito com o objeto pulsional, nesse caso, o oral, e, igualmente, para a dificuldade de utilizar o "não" como referencial simbólico do limite.

Constatamos, então, que o corpo obeso relaciona-se com o corpo do transbordamento, corpo inundado por um gozo que ultrapassa os limites do aparelho psíquico, inviabilizando a formação simbólica do sintoma.

Tal funcionamento nos fez questionar as diferentes maneiras que o sujeito pôde posicionar-se perante a falta, perante a castração, o que nos remeteu a dialética do desejo,

para por fim observarmos como a pulsão oral movimentou-se após a cirurgia bariátrica.

A falta é própria à constituição do sujeito e ocorre ao preço de uma perda para ele. Dito de outra forma, ao ingressar no simbólico, o sujeito deixa para trás um resto, uma parcela de gozo a qual não reencontrará jamais.

Nas pacientes pesquisadas, constatamos que, embora considerando os diferentes graus, as três apresentavam-se aderidas ao desejo do Outro materno, muitas vezes sem utilizarem dos aspectos construtivos do não, o que nos fez questionar de que maneira o Outro materno apresentava a própria falta, o dom, ao sujeito.

Vimos que diante da falta, as pacientes entregavam-se a satisfação oral, por meio de uma compulsão, remetendo-nos à impossibilidade de encontrarem-se com o que não possuíam e com os próprios desejos. O alimento atuava como um artifício para tamponar o vazio.

Investigando tal mecanismo compensatório, encontramos uma equivalência entre o alimento, enquanto objeto da necessidade, e, o objeto pulsional. O equívoco que aí se apresentou foi que o objeto da pulsão é o que há de mais variável, sendo em última instância o nada. Porém, nos casos estudados vimos que embora pertencessem a uma condição sócio-econômica inferior, o alimento não faltava. Do mesmo modo, ficou evidente que no investimento afetivo da dinâmica das três famílias amor e comida se confundiam.

Chegando ao campo da demanda e do desejo, foi-nos possível observarmos que a dimensão do desejo não foi assegurada na dinâmica familiar de tais sujeitos.

Por outro lado, a lei paterna foi introduzida de maneira insuficiente para promover um corte na relação mãe e filha, e, nessa senda, permaneceu uma questão a ser aprofundada: qual a relação existente entre o limite da pulsão oral e a inscrição da metáfora paterna?

Foi por meio da cirurgia que a obesidade das três pacientes pôde ser controlada. O corte efetuado no real do corpo nos mostrou que, por esse caminho, um traço se inscreveu nos sujeitos, promovendo um limite que antes da cirurgia se mostrava insuficiente.

Após a cirurgia bariátrica, as pacientes em processo psicoterápico vivenciaram de diferentes formas a impossibilidade de ingerir alimentos como faziam antes de possuírem o estômago reduzido.

Colhemos indícios de modificação no percurso pulsional em dois casos: Pirra e Fedora conseguiram encontrar uma forma substituta de satisfação, pois ambas dirigiram-se ao Outro social, desenvolvendo projetos de estudos e trabalho.

No entanto, para Pirra esse percurso foi acompanhado de um intenso sofrimento vivido no corpo, na impossibilidade de ingerir alimentos por constantes vômitos, o que demandou um maior investimento da equipe multidisciplinar no seu tratamento.

No caso de Tamara, observamos a pulsão permanecendo no mesmo percurso, ou seja, insistindo em transgredir os limites, apesar da redução do estômago.

As diferenças encontradas dizem respeito à relação que cada sujeito possui com o objeto de satisfação pulsional, o que mantém relação com a própria história do sujeito. Como operar mudanças nessa relação permanece como desafio para os profissionais que orientam suas práticas nos princípios psicanalíticos. O caminho é apostar na palavra, ou seja, insistir no convite a falar dos desejos e das formas de satisfação, muito embora, como tivemos oportunidade de verificar na concepção de Miele, algumas vezes, faz-se necessário, aliar à palavra um corte no real do corpo, para dar consistência ao simbólico. Por fim, cremos que trilhando o caminho do desejo o sujeito encontrará possibilidades para conter o gozo. Aliás, é o desejo que se apresenta como conseqüência da divisão do sujeito pela linguagem. E por ele o sujeito lança-se na busca de novos investimentos e novas conquistas. Sendo assim, nada melhor para finalizarmos nossa dissertação, que um poema de René Daumal (1943), que nos mostra a importância de se desejar para que seja possível existir enquanto sujeito:

Estou morto.

Estou morto porque não tenho desejo.

Não tenho desejo porque acredito possuir

Acredito possuir porque ensaio dar

Ensaizando dar a gente vê que não tem nada  
Vendo que não se tem nada ensaia-se dar  
Ensaizando se dar a gente vê que é nada  
Vendo que se é nada deseja-se advir  
Desejando advir vive-se.

## REFERÊNCIAS

- ASSOUN, Paul-Laurent. **Cuerpo y sintoma**. Tradução Horacio Pons. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC, 1998.
- ASSOUN, Paul-Laurent. **Metapsicologia freudiana: uma introdução**. Tradução Dulce Duque Estrada; Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- BENEDETTI, Carmem. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor, 2003.
- BERGAMO, Giuliana. **Menos gordura, mais neurose**. Veja, 9 mar. 2005. Disponível em: [http://veja.abril.com.br/090305/p\\_104.html](http://veja.abril.com.br/090305/p_104.html). Acesso em: 10 dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM-628/2001**, Brasília, 26 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/informes/informe5.htm>. Acesso em: 20 jan. 2006.
- CABAS, Antônio Godino. **Curso e discurso da obra de Jacques Lacan**. Tradução Maria Lúcia Baltazar. São Paulo: Moraes, 1982.
- CALVINO, Ítalo. **As cidades invisíveis**. Tradução Diogo Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- CASTRO, Angeles. Sobrepeso y obesidad infantil: Tres de cada diez chicos con kilos de más. **La Nación**, Buenos Aires, 13/04/2004, p. 09. Disponível em: [http://www.lanacion.com.ar/04/04/13/sl\\_591923.asp](http://www.lanacion.com.ar/04/04/13/sl_591923.asp). Acesso em: 15/09/2006.
- CHEMAMA, Roland. **Dicionário de psicanálise**. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CLAVREUL, Jean. **A ordem médica, poder e impotência do discurso médico**. Tradução M.D. Magno. São Paulo: Brasiliense, 1978.
- COHEN, Ricardo; CUNHA, Maria Rosária. **A obesidade**. São Paulo: Publifolha, 2004.
- CORALINA, Cora. **Saber Viver**, 1950. In: <[http://www.pensador.info/autor/Cora\\_Coralina/](http://www.pensador.info/autor/Cora_Coralina/). Acesso em: 20 fev. 2007.
- DAFUNCHIO, Nieves Soria et al. **Síntomas actuales de lo femenino**. Buenos Aires: Del bucle, 2003.

DAUMAL, René. **Désir**, 1943. Disponível em: <<http://www.tressaint.com/parauj/desir/desir.htm>>. Acesso em 03 jan. 2007.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. **Guía de nutrición saludable y prevención de los transtornos alimentarios. Ministerio de Sanidad Y Consumo de España**. Disponível em: <<http://www.msc.es/proteccionSalud/adolescenciaJuven/prevenir/nutricion/pdf/presentacion.pdf>>. Acesso em 25 jul. 2004.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FREUD, Sigmund. 1905. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 7.

\_\_\_\_\_. 1909. **Notas sobre um caso de neurose obsessiva**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 7.

\_\_\_\_\_. 1915. **Os instintos e suas vicissitudes**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 7.

\_\_\_\_\_. 1917. **Conferência XVII: O sentido dos sintomas**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 16.

\_\_\_\_\_. 1920. **Além do princípio de prazer**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 17.

\_\_\_\_\_. 1924. **A dissolução do complexo de Édipo**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 19.

\_\_\_\_\_. 1933. **Conferência XXXIII: Feminilidade**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 22.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia Freudiana 3**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. **Acaso e repetição**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

GRAY, Henry. **Anatomia**. Editoria de Charles Mayo Goss. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

HANNS, Luiz Alberto. **A teoria pulsional na clínica de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

HARARI, Roberto. **Uma introdução aos quatro conceitos fundamentais de Lacan**. Tradução Marta M. Okamoto, Luiz Gonzaga B. Filho. São Paulo: Papirus, 1990.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Tradução Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. **O Seminário 01: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

\_\_\_\_\_. **O Seminário 04: A relação de objeto**. Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. **O Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LE GUEN, Jean-Marie. **Obésité, le nouveau mal français**. Paris: Armand Colin, 2005.

LOLI, Maria Salete Arenales. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000.

MARQUESINI, João Batista; KOCH, Simone Campello. **Aos novos magros...** Curitiba: Center Design, 2001.

MIELI, Paola. **Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos**. Tradução Vera Ribeiro e Ana Vicentini de Azevedo. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

NASIO, Juan David. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. **Os 7 conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

OBESIDADE supera fome no país. Pesquisa. **Jornal do Commercio**, Recife, 14 dez. 2006. Disponível em: <[http://jc.uol.com.br/jornal/2006/12/14/not\\_212542.php](http://jc.uol.com.br/jornal/2006/12/14/not_212542.php)>. Acesso em 14 dez. 2006.

NEWMAN, Cathy. La obesidad. **National Geographic en Español**, Buenos Aires, p. 44- 59, ago. 2004.

QUEIROZ, Telma Corrêa da Nóbrega. **Do desmame ao sujeito**. Dirigido por Claudia Mascarenhas Fernandes. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (Coleção 1ª infância).

QUINET, Antônio. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RECALCATI, Massimo. **La última cena: anorexia y bulimia**. Buenos Aires: Editorial Del Cifrado, 2004.

\_\_\_\_\_. **Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis**. Buenos Aires: Editorial Síntesis, 2003.

ROCHA, Breno. **Definição de fisiologia e anatomia**. Disponível em: <<http://www.corpohumano.tpg.ig.com.br/generalidades/homeostase/homeostase.html>>. Acesso em: 05 dez. 2005.

ROLIM, Jaciara Maria de Araújo. **A Gastroplastia: uma alternativa para a perda de peso e a procura da saúde em pacientes obesos do Hospital da Polícia Militar de PE**. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Veiga de Almeida, Recife, 2003.

SAFRA, Gilberto. O uso do Material Clínico na Pesquisa Psicanalítica. In: SILVA, Maria Emília Lino. (Coord.). **Investigação em Psicanálise**. São Paulo: s.n., 1993. p. 119 - 132.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SOLER, Colette. **O que Lacan dizia das mulheres**. Tradução Vera Ribeiro; Consultoria Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: s.n., 2005.

THEODORO, L. R. et al. Avaliação do reganho de peso após cirurgia bariátrica. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DA OBESIDADE**, 8., 2006, Salvador. Anais...Salvador, 2006.

VALAS, Patrick. **As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo**. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: 2001.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.