

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Psicologia

**“APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA:
AMPLIANDO A COMPREENSÃO À
LUZ DA PSICANÁLISE”**

Giovana Parizzi Serra Truzzi

São Paulo, novembro de 2008

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Psicologia

**“APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA:
AMPLIANDO A COMPREENSÃO À
LUZ DA PSICANÁLISE”**

Giovana Parizzi Serra Truzzi

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob a orientação do Prof. Hemir Barição.

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo

2008

São Paulo, novembro de 2008

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe, Roseli, pelo amor incondicional, por sempre me aceitar da maneira que sou e pelo constante apoio e carinho.

Ao meu pai, Oswaldo, por ser um dos principais responsáveis pela minha formação na PUC, acreditando sempre em meu potencial e por me acolher nas dificuldades.

À minha irmã, Ana Luiza, por ser tão doce, amiga e atenciosa comigo.

Ao Bruno, pessoa com quem compartilho as delícias e irritações do dia-a-dia, por ter me ajudado tanto durante este trabalho e por ser tão companheiro, minha paixão querida.

Ao professor Hemir Barição, orientador que me acompanhou, me acalmou e auxiliou na construção deste trabalho.

À professora Maria Cecília Vilhena, pela importante colaboração no início do trabalho, quando me auxiliou na escolha do tema e no planejamento da pesquisa e que, ao final, se dispôs carinhosamente a compartilhar comigo o resultado deste processo.

À Celina, pela cuidadosa atenção, paciência e insistência em não me deixar desanimar ao longo desta construção, tanto profissional quanto pessoal, me ajudando a encontrar significados antes nebulosos.

Aos queridos amigos da PUC, por termos podido dividir as angústias do caminho que percorremos e pelos vários momentos divertidos que vivemos.

Aos professores que tive ao longo da Faculdade que, sem dúvida, colaboraram para despertar minha curiosidade sobre os temas humanos e, portanto, que me fazem querer estudar mais.

Por fim, agradeço à J., sujeito estudado nesta pesquisa, por sua grande colaboração e disposição (tanto emocional quanto temporal), e à N., sua secretária, que sempre me atendeu com muita gentileza.

Giovana Parizzi Serra Truzzi: Após a cirurgia bariátrica: ampliando a compreensão à luz da Psicanálise, 2008

Orientador: Hemir Barição

Resumo

A obesidade é um dos grandes problemas de saúde pública hoje em dia, não só pelo crescente aumento de casos como também pelas graves conseqüências que implica para a saúde do indivíduo. Diante disso, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de novas técnicas para o tratamento da obesidade: foram desenvolvidas então as cirurgias bariátricas, que vêm ocorrendo em grande escala tanto no Brasil como no exterior.

À luz da Psicanálise, entende-se que a obesidade pode ser vista como uma constante busca de satisfação pulsional, em que a comida recebe um super investimento e, nesse sentido, pode ser entendida como um sintoma psíquico. A presente pesquisa, qualitativa, busca ampliar o campo de compreensão a respeito de possíveis mudanças na dinâmica psíquica de uma pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica. Depois da cirurgia, o que ocorre com o super investimento dado à comida? Há alguma mudança no modo como lida com as satisfações? Há alguma substituição do sintoma? Para isso, foram feitas duas entrevistas semi-dirigidas com uma pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica. A partir das entrevistas, verificou-se que a opção pela cirurgia bariátrica foi o modo encontrado para manter sua relação com a comida e para que seu mecanismo psíquico não fosse abalado.

Palavras-chave: obesidade grau III, sintoma, cirurgia bariátrica, Psicanálise.

Sumário

Introdução.....	1
• Considerações sobre a obesidade.....	4
• Obesidade como sintoma psíquico.....	6
• Tratamentos para obesidade	11
Método.....	17
• Sujeitos.....	17
• Local.....	17
• Instrumentos.....	18
• Procedimento.....	18
• Cuidados éticos.....	19
Resultados.....	21
A questão do narcisismo.....	22
Discussão.....	26
Conclusão.....	34
Bibliografia.....	35
Anexo I (Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido).....	38
Anexo II (Informações sobre o sujeito e as entrevistas).....	40
Anexo III (Primeira entrevista).....	41
Anexo IV (Segunda entrevista).....	53

Introdução

A obesidade é um dos grandes problemas de saúde pública hoje em dia, não só pelo crescente aumento de casos como também pelas graves conseqüências que implica para a saúde do indivíduo (Oliveira, 2004). Pesquisas indicam que aproximadamente 30% da população mundial estão acima do peso desejado, cinco milhões da população norte-americana apresentam mais de 45 kg acima do peso ou índice de massa corpórea acima de 40 e, entre a população brasileira, existem hoje 27 milhões de pessoas com excesso de peso, sendo 6,8 milhões destes considerados obesos (Waidergorn, 1999).

Dados indicam que de 2% a 8% dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo são destinados à obesidade (Fandiño, 2004). A percepção de que as recomendações nutricionais, utilização de remédios anti-obesidade e indicação de exercícios físicos regulares eram tratamentos insuficientes em muitos casos de obesidade abriu espaço para a necessidade de outras opções de tratamento.

As cirurgias anti-obesidade (bariátricas) são desenvolvidas, como uma alternativa mais radical no tratamento da obesidade. Elas podem ser de três tipos: 1) cirurgias restritivas, que limitam a capacidade gástrica, 2) procedimentos mal-absortivos (ou disabsorvitivos), que interferem na digestão e 3) uma combinação das duas técnicas. Essas cirurgias são consideradas, no momento, os métodos mais eficazes no tratamento da obesidade grau III, quando o Índice de Massa Corporal ultrapassa 40 kg/m². A presença desse grau de obesidade está associada à grande probabilidade de fracasso nos tratamentos menos invasivos; estima-se que 95% dos pacientes que se

submetem ao tratamento convencional recuperam seu peso inicial em até dois anos (Segal, 2002).

Além disso, a obesidade grau III está associada à piora na qualidade de vida do indivíduo, baixa auto-estima, alta frequência de comorbidade e redução da expectativa de vida. Segundo Koyama (2007), estudos demonstram que a taxa de mortalidade de pessoas com obesidade mórbida entre 25 e 40 anos é 12 vezes maior do que para pessoas com peso normal.

Os pacientes candidatos à cirurgia passam por uma rigorosa avaliação feita por uma equipe multiprofissional, já que a obesidade é uma doença multifatorial, definida por um conjunto de sinais e sintomas atribuíveis a mais de uma causa e que não necessita de todas elas presentes, necessariamente, para que o fenômeno da obesidade se dê.

Pessoas que se submetem à cirurgia apresentam reações diversas, expressando diferentes graus de satisfação com os efeitos da cirurgia, mas algumas também expressam dificuldades em lidar com questões que emergem a partir do pós-operatório. Carvalho (2004) analisou alguns depoimentos de pessoas que passaram pela cirurgia e observou que algumas relataram ter passado por uma cirurgia bem-sucedida e que, além do emagrecimento, alcançaram uma posição de sujeito, pois se responsabilizaram pelas conseqüências e limites acarretados pela cirurgia. Já Marchesini (1997, apud Waidergorn, 1999, p.80) indica em seus estudos que muitos obesos, após a cirurgia, demonstram dificuldade em aderir à dieta e boicotam o tratamento, continuando a ingerir alimentos com alto teor calórico, apontando, assim, para uma dificuldade de emagrecer também pelo que a obesidade pode representar.

Loli (2000) aponta que a Psicanálise ressalta que as funções desempenhadas pela comida e pela gordura, para cada indivíduo, revelam um profundo valor e significado simbólico na estruturação psíquica das pessoas.

A necessidade de rever o significado da comida também é posta aos pacientes de forma mais intensa a partir do pós-operatório, uma vez que há uma série de restrições alimentares.

Entendendo a obesidade como um sintoma psíquico, o estudo com o sujeito tem como objetivo principal identificar o quanto a cirurgia atuou neste sintoma e se, a partir de então, houve alguma mudança na dinâmica psíquica do sujeito para encontrar uma nova forma de manifestar sua questão: ou através de outro sintoma, ou resolvendo o conflito (entrando em contato com ele tentando sua elaboração a partir do pós-cirúrgico), ou colocando-se em um lugar de extrema angústia por não saber lidar com esta situação; ou seja, diante de um impedimento real para a manifestação do sintoma obesidade (realizar a cirurgia e não pode comer como anteriormente), qual foi a “saída” psíquica encontrada por este sujeito?

A presente pesquisa se desenvolve da seguinte maneira: primeiramente aprofunda questões associadas ao tema, assim como busca situar historicamente a obesidade, procura compreender de forma mais clara a relação peso-questões psicológicas do ponto de vista da Psicanálise e esclarecer sobre os tipos de procedimentos (cirurgias restritivas, procedimentos mal-absortivos e técnicas mistas) e, a partir disso, detém-se no estudo de um sujeito que se submeteu à cirurgia bariátrica.

1. Considerações sobre a obesidade

Atualmente, a questão da obesidade chama atenção por seu crescimento cada vez maior. No entanto, verificou-se que a obesidade se faz presente há muito tempo, revelando ser um fenômeno que chama a atenção de diferentes povos desde tempos muito remotos.

Segundo Faria (2007), pode-se dizer que muito da história humana foi marcada pela luta contra a fome. O homem primitivo ingeria grandes quantidades de alimento com o objetivo de armazenar energia para garantir sua sobrevivência. A obesidade em tempos remotos dizia da capacidade de sustentar a vida, e portanto, era extremamente positiva. Loli (2000) relata que “uma das primeiras representações da forma humana nomeada de Vênus de Wilendorf é datada do período Paleolítico (20.000 até 30.000 anos a.C.) e trata-se de uma estátua de uma mulher extremamente obesa com grandes peitos e abdome enorme.” (p. 17). Essa autora ainda diz que existem outras figuras paleontológicas que demonstram grande admiração desses povos pela obesidade feminina e que persistem até o período final do neolítico. Há também indícios de esculturas pré-históricas gregas, egípcias e babilônicas que revelam a preferência por mulheres de quadris, abdomens e coxas amplas. Também na Idade Média e no período do Renascimento as mulheres com formas bastante arredondadas eram vistas como extremamente sensuais. Por certo tempo, ser gordo era sinônimo de ter acesso aos alimentos em uma época em que poucas eram as técnicas de conservação e onde não era tarefa simples a obtenção de alimentos. Ser obeso era ter vasta reserva de energia e, portanto, era ter poder, ser importante e bem-sucedido. O campo estético da época valorizava o excesso de gordura, quando se associava peso corporal à

beleza e ao poder. As recepções oferecidas eram outro exemplo disso, proporcionar aos convidados verdadeiras orgias alimentares era visto como demonstração de poder.

Por outro lado, também são antigos os registros sobre a busca por emagrecimento. O sábio grego Hipócrates, que viveu entre 400 e 300 a.C., já dava indicações sobre dieta e execução de exercícios físicos para a obtenção de um corpo saudável. Os astecas atribuíam a obesidade a um infortúnio dos deuses e acreditavam que qualquer doença tinha algum tipo de influência sobrenatural. Há também registros em papiros da civilização egípcia dizendo que a obesidade era uma doença. O próprio código de Hamurabi, segundo Polito (2001), escrito mais de 2100 anos antes da era Cristã, atribuía ao regime alimentar propriedades terapêuticas. Faria (2007) faz uma ressalva de que, apesar de citada desde longa data, pode-se dizer que a obesidade é um problema tipicamente contemporâneo, que começou a ser detectado por volta de um século atrás e que recentemente vem crescendo descontroladamente entre crianças, jovens e adultos em diversos países.

A partir da literatura, notamos que tanto nos povos antigos quanto nas sociedades mais atuais os hábitos alimentares estão intimamente ligados aos costumes e valores culturais, e, como podemos observar, a questão da obesidade vem sendo tratada de várias maneiras ao longo da história do homem, acompanhando momentos econômicos, políticos, sociais e culturais de cada época.

Seguindo a importante reflexão feita por Polito (2001), não é difícil o reconhecimento de que, atualmente, apesar da obesidade poder ser considerada uma epidemia, e, portanto, estar sendo vista como sério problema

contemporâneo, a fome ainda é um dos principais problemas sociais de nosso país e de vários outros do mundo. No entanto, é de essencial importância ressaltar que essa fome, como necessidade para sobreviver, é cruelmente agravada por outra fome, a “fome emocional”. Este segundo tipo de fome é experimentado pela solidão e pelo vazio da sociedade atual, e não é apenas vivenciada pelas pessoas privadas de alimentos: pode-se dizer com toda a clareza que ela acomete inclusive os obesos. Mais adiante essa distinção entre as diferentes “fomes” será mais profundamente discutida. Para terminar esta parte do trabalho, ficamos com um sincero e cru parágrafo que pode muito nos acrescentar a essa discussão:

A felicidade prometida pelas aplicações indiscriminadas da ciência moderna sob forma de tecnologia está se transformando em seu contrário; de um lado, temos a falta elementar de alimento e conforto, que traz fome e miséria física ao Terceiro Mundo; de outro lado, temos a miséria psicológica que acompanha o excesso de alimento e conforto dos países desenvolvidos, onde cresce a solidão, a indiferença, a violência sob todas as formas; o conforto não trouxe felicidade, qualquer que seja o regime político reinante. (Patrício, 1995, p.140; apud Polito, 2001, p.17)

2. Obesidade como sintoma psíquico

A medicina psicossomática surge por volta de 1818, época em que foi cunhado o termo “psicossomático” pelo psiquiatra alemão J. C. Heinroth, com a idéia de ampliar o olhar sobre a doença e ter uma visão holística sobre ela. Já na década de 1930, surge na América, com Alexander, Dunbar, Cannon e Selye, um movimento fundamental para a consolidação da psicossomática no sentido de promover uma medicina integral e humanista.

Sami-Ali (1992) entende a medicina psicossomática como “uma maneira de introduzir variáveis psicológicas num domínio que se define como orgânico, adicionando variáveis psíquicas as variáveis orgânicas”. (p. 159) Já Alexander (apud Koyama, 2007) acredita que: “cada doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas humorais e que os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são apenas dois aspectos de mesmo processo”. (p.33) Justificam-se então os tratamentos multidisciplinares, entendendo que, após uma avaliação das necessidades, um conjunto de terapias selecionadas tende a colaborar mais para o bem-estar do indivíduo do que tratamentos exclusivos. Loli (2000) indica que, no caso da obesidade, existem muitos relatos médicos de fracassos nos tratamentos anti-obesidade, especialmente quando se trata de manter a longo prazo uma grande quantidade de peso perdido. Roz comenta que há um grande “mistério” sobre o que impele o sujeito a comer em excesso, a sentir-se satisfeito ou insaciado, e que é exatamente nesse ponto que algo parece escapar ao entendimento do fenômeno; “esta compreensão só avançará se buscarmos elementos no campo da subjetividade, ao qual o apetite está intrinsecamente ligado.” (p. 5)

Segundo Loli (2000), menos de 5% dos casos de obesidade tem uma causa orgânica que a justifique e indica que a Psicanálise pode dar importante contribuição ao tratamento da obesidade. Além disso, a autora salienta que muitas vezes as pessoas se referem a marcos com grande carga emocional em suas vidas a partir dos quais começaram a engordar. Esses relatos, definitivamente, não podem ser ignorados quando se pensa em um efetivo tratamento para a obesidade.

A discussão sobre a relação entre obesidade e eventos emocionais marcantes não é o único aspecto importante, mas deve ser levado em consideração no estudo sobre a obesidade, e, por isso, segue sendo feita por Loli (2000): “Na medicina, a possibilidade da obesidade ser um sintoma de distúrbio emocional foi discutida, em primeiro lugar, na literatura francesa no séc. XIX, quando atribuiu-se o desenvolvimento da obesidade a eventos e períodos de grande estresse emocional.” (p.19) Estudos com pessoas que viveram no período da Primeira Guerra Mundial também foram de grande importância para o levantamento de hipóteses sobre esta relação. Verificou-se que mulheres que viveram períodos de incerteza sobre a volta de entes queridos para casa tendiam a engordar significativamente, e isso não podia ser atribuído somente a um aumento da ingestão calórica. Nesta época era comum a utilização da expressão germânica “kummerspeck”, que significava “gordo de tristeza”.

Nesse sentido, a reflexão sobre o fenômeno da obesidade ainda deve incluir uma distinção entre o comer por fome e o comer por desejo. A ingestão de alimentos por fome é da ordem da necessidade biológica, física, de reabastecimento para a manutenção da vida. Já a fome guiada pelo desejo, ou apetite, busca o prazer, implica em qualidade e não é saciada quando as reservas calóricas estão reabastecidas.

Kahtalian (1992, apud Waigerdorn 1999) aponta ainda as diferenças entre a fome e o prazer de comer, característica que nos diferencia dos outros animais. Essa diferença, se por um lado nos coloca diante de situações muito prazerosas, nos coloca também diante de uma situação perigosa, já que esse comportamento pode nos levar a produzir obesidade. Freud diferenciou o

instinto humano do animal mostrando que o ser humano ingere comida não só para saciar sua fome e para gratificar suas pulsões. A criança, ao chorar em busca do seio da mãe, procura experiências que poderão ser amorosas ou frustradoras, que significarão prazer ou desprazer. Uma série de estudos aponta para o comportamento de mães que, ao ouvirem o filho chorar pelo desconforto da fralda molhada, ou por frio, atendem à solicitação da criança lhe oferecendo leite ou outro tipo de alimento. Essa resposta inevitavelmente cria marcas no entendimento da criança quanto à resposta diante de uma solicitação afetiva, já que ela poderá entender que a comida é uma forma de demonstrar afeto oriunda da pessoa por ela amada. Ao mesmo tempo, a amamentação do recém-nascido implica uma grande proximidade e relação de intimidade com a mãe e, sendo assim, a amamentação vai adquirindo conotação psíquica para o bebê que vai além da satisfação da fome biológica, passando também por uma ligação afetiva e prazerosa com a mãe. Segundo Roz, a estruturação psíquica que ocorre na infância está irremediavelmente ligada ao apetite, época em que a primazia da zona erógena é oral. Essas primeiras experiências de satisfação deixarão marcas, registros de memória no aparelho psíquico e a partir daí não podemos mais nos referir a um instinto de fome, e sim a uma pulsão oral. Denomina-se pulsão já que psiquicamente representa as excitações vindas do corpo. Roz acrescenta que “por ter um caráter simbólico, a pulsão não tem um objeto único para satisfazer-se, sendo passível de fazer substituições” (p. 2)

Carvalho (2004), a partir de seus estudos, propõe pensarmos a obesidade como um sintoma, já que entende que o processo do engordar está para além do comer demais. Acredita que a obesidade, como compulsão por

alimento, é um substituto da satisfação pulsional, portanto um sintoma. Varela (2006) relatou que há uma interessante possibilidade de entender obesidade se superarmos o conceito de corpo orgânico e o enxergarmos como corpo pulsional. Segundo esta autora, “para Freud, a satisfação, a que visa a pulsão já foi obtida um dia, na nossa pré-história individual. É uma busca sem fim, uma tentativa de reeditar essa satisfação primeira.” (p.6) A compulsão a se alimentar pode ser entendida, então, como a busca dessa satisfação, que é impossível de ser alcançada, uma vez que diz respeito à busca por uma plenitude narcísica experienciada no início da vida, decorrente da relação dual de completude mãe-bebê. Nesse sentido, pode-se dizer que não há objeto último que mate a fome do obeso, uma vez que ela não está na esfera da necessidade biológica. Carvalho (2004) acrescenta: “e, enquanto impossível, não haverá objeto que satisfaça o desejo. Há a falta. Há a castração. Para lidar com a angústia de castração, no decorrer da vida, construímos roupagens, representações que nos sustentem.” (p.4-5) A obesidade pode ser entendida como uma possibilidade de roupagem, portanto, uma proteção. Essa defesa muitas vezes está bem integrada ao ego, tornando-se fundamental para que ele se mantenha equilibrado. A partir do pós-operatório de uma cirurgia bariátrica, o paciente se vê diante de uma mudança no corpo, na representação de seu esquema corporal, enfim, na visão de si mesmo, o que pode provocar muita angústia e sofrimento se esse processo não puder ser devidamente elaborado.

Waidergorn (1999) estudou alguns autores que dão importantes contribuições para diferentes entendimentos da obesidade e do processo de emagrecimento à luz da Psicanálise:

Gluckman (1969) mostrou em seu estudo que a gordura para esses pacientes (obesos) estava ligada à força, e que a perda dessa massa muscular dava a esses indivíduos a imagem de terem se esvaziado, que os levava muitas vezes ao desencadeamento de crises psicóticas. Kahtalian (1977) descreve a gordura como sinal de proteção e isolamento, e segundo sua experiência, a retirada da mesma traz ao indivíduo ansiedade e a idéia de caos e pânico. Se por um lado o indivíduo deseja seu emagrecimento, por outro, o teme... Mello Filho (1991) refere que a obesidade funciona muitas vezes como um falso self mental e corporal, que protege um verdadeiro self frágil e mal-estruturado, atribuindo a isto a enorme dificuldade de emagrecimento destes pacientes. (p. 74)

Como se pode observar, o processo de emagrecimento é vivido por cada sujeito de forma singular, a partir do que a obesidade representa simbolicamente, o que demonstra a inegável ligação existente entre a psique e o corpo, a ponto de podermos considerar, após o que foi explicitado até aqui, a obesidade como um sintoma psíquico.

3. Tratamentos para obesidade

Frente a todo esse panorama, a cirurgia bariátrica é uma alternativa cujo resultado esperado inclui perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas, maior qualidade de vida e possibilidade de manutenção de um peso mais baixo em longo prazo. No entanto, sabe-se que melhores resultados após a cirurgia são obtidos se incluir, concomitantemente, um trabalho de mudanças internas, já que a obesidade não é apenas uma questão médica, mas também psicológica.

A primeira intervenção cirúrgica contra a obesidade foi realizada na Suécia, em 1952, e tinha por objetivo impedir a absorção de gordura no trato intestinal e provocar diarréias. No entanto, verificou-se que, a longo prazo, os benefícios não superavam os efeitos colaterais.

Ao longo desses anos várias técnicas foram desenvolvidas e as atualmente utilizadas caracterizam-se por produzir mecanismo de restrição e/ou de má-absorção dos alimentos ingeridos. Atualmente a técnica que combina desses dois mecanismos é a que mais vem sendo realizada por ser considerada a mais avançada, com melhores resultados e menores riscos, como é o caso da cirurgia proposta por Fobi-Capella. Com o mesmo nome de seus idealizadores, essa cirurgia consiste em reduzir o reservatório gástrico (volume variando de 20ml a 50ml) e a restrição ao seu esvaziamento por um anel de contenção (orifício menor que 1,5cm). Esta cirurgia foi primeiramente realizada no Brasil por Arthur B. Garrido Jr. e, em 1999 o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade do tratamento cirúrgico para pacientes com obesidade mórbida. Após acordos com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, a cirurgia foi incluída entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a portaria no. 628/GM de 26 de abril de 2001.

Os pacientes candidatos à cirurgia passam por uma rigorosa avaliação feita por uma equipe multiprofissional, composta por endocrinologistas, cardiologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, cirurgiões e psicólogos (Segal, 2002), já que a obesidade é uma doença multifatorial que envolve vários componentes. Embora os fatores genéticos sejam de grande relevância, no geral é consenso que são o ambiente e as circunstâncias da vida do sujeito que facilitarão ou não a expressão da

obesidade. No que diz respeito à função do psicólogo nessa avaliação, Oliveira (2004) diz que “O papel do psicólogo é o de avaliar se o indivíduo está apto emocionalmente para a cirurgia e auxiliá-lo quanto à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré e pós-cirúrgico” (p.1-2). No entanto, o trabalho do psicólogo não se restringe a isso, já que a mesma autora ressalta que o acompanhamento psicológico é aconselhável em todas as etapas do processo. Além disso, segundo Waidergorn (1999), “a avaliação psicológica tem como objetivo inicial levantar as dificuldades mais acentuadas do paciente. O atendimento pré e pós-cirúrgico vem com a proposta de conscientizá-los das mudanças radicais em relação à alimentação e nas possíveis transformações psíquicas advindas da mudança corporal.” (p. 74)

O diagnóstico da obesidade pode ser feito qualitativa ou quantitativamente. No caso do diagnóstico quantitativo, pode-se realizar a somatória das pregas cutâneas ou calcular o índice de massa corpórea (IMC ou BMI – *body mass index*). Este último recurso é o mais utilizado por não necessitar de instrumentos de alto custo e é obtido através da fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 (\text{m}^2)}$$

No entanto, a utilização do IMC tem algumas limitações, já que não distingue massa magra e gordura, nem a distribuição dela, podendo identificar indivíduos musculosos como obesos. A literatura aponta para diversas formas de diagnóstico da obesidade, como espectroscopia bioelétrica de frequência múltipla (TOBEC), impedância bioelétrica de frequência única, absorpciometria dual de raio X (DXA), condutibilidade elétrica corpórea de raios X (DXA), potássio corpóreo total (40K), água duplamente marcada, tomografia

computadorizada e ressonância nuclear magnética. Por seus custos elevados, esses métodos são de uso limitado na prática clínica, sendo o IMC de muito maior aplicabilidade tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática diária.

O quadro que segue apresenta a classificação de OMS para sobrepeso, segundo WHO (1997, apud Koyama, 2007):

IMC	CLASSIFICAÇÃO OMS	DESCRIÇÃO USUAL
< 18,5kg/m ²	Baixo peso	Magro
18,5 a 24,9kg/m ²	Faixa normal	Peso saudável, normal
25 a 29,9kg/m ²	Sobrepeso grau I	Sobrepeso
30 a 34,9kg/m ²	Sobrepeso grau IIa	Obesidade
35 a 39kg/m ²	Sobrepeso grau IIb	Obesidade
> 40kg/m ²	Sobrepeso grau III	Obesidade mórbida

Além do IMC maior que 40 kg/m², o paciente deve preencher mais alguns critérios, como a presença de doenças com, no mínimo, cinco anos de evolução - e que melhorem com a perda de peso, como é o caso da hipertensão arterial, diabetes melito, apnéia do sono, ausência de doenças endócrinas como causa da obesidade e histórico de falha nos tratamentos tradicionais feitos anteriormente. É necessário que esses critérios sejam atendidos para que a cirurgia seja autorizada pelo SUS ou pelos convênios. Quanto à possibilidade de contra-indicações, não há consenso na literatura, porém, segundo Fandiño (2004), a cirurgia estaria contra-indicada a pacientes com insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio, cirrose hepática e portadores de pneumopatias graves. Sabe-se também que um cuidado

especial deve ser dado a pacientes dependentes de álcool, bem como a pacientes que possuam transtorno depressivo, afetivo bipolar ou psicótico. Segundo Oliveira (2004), “de forma geral, utiliza-se o bom senso de liberar o paciente com transtorno psiquiátrico já estabilizado ou pelo menos tendo iniciado o tratamento específico, considerando o risco da própria obesidade mórbida como principal indicador do ato cirúrgico.” (p. 3)

É importante destacar que a cirurgia anti-obesidade é um procedimento de grande porte e, portanto, complexo, que pode apresentar riscos e complicações. O paciente precisa estar totalmente esclarecido quanto ao procedimento cirúrgico que se submeterá e sobre os riscos e benefícios que a cirurgia possibilitará. O psicólogo tem papel fundamental neste processo, pois proporciona um espaço onde o paciente pode ser auxiliado na elaboração de dúvidas, medos, fantasias e esclarecido sobre questões técnicas. Os pacientes de forma geral amenizam o sofrimento causado pela cirurgia, idealizando o futuro emagrecimento.

Teoricamente, a cirurgia Fobi-Capella é um procedimento reversível, porém, na prática, a reversão é muito difícil de ser efetuada, principalmente pela dificuldade de remover corretamente os quase 400 grampos utilizados na sutura mecânica.

O período imediatamente após a intervenção cirúrgica é relatado pelos pacientes como o mais difícil, já que além da fase de recuperação do ato cirúrgico e de adaptação à nova dieta há a necessidade do manejo da ansiedade, expectativa e insegurança diante da nova etapa. Segundo Oliveira (2004),

No pós operatório, as mudanças rápidas que acontecem, tanto relacionadas aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo, acabam exigindo do paciente uma reflexão, e emergem questões emocionais. É neste momento que o trabalho psicológico é de extrema importância, podendo auxiliar o paciente a se conhecer e a se compreender melhor, a aderir de forma mais eficiente ao tratamento, envolvendo-o e tornando-o responsável pela vivência de criação de uma identidade e estimulando a sua participação efetiva no processo de emagrecimento. (p. 40)

Fica clara, então, a importância de que um trabalho psicológico possa ocorrer com pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica, uma vez que alterar algo relacionado à obesidade é tocar também em algum aspecto psíquico.

Método

Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, ou seja, busca uma compreensão detalhada sobre os significados e características trazidas pelo sujeito. É uma análise que se processa pela descrição, através de uma abordagem interpretativa dos fenômenos com base na Psicanálise.

1. Sujeitos

Participou desta pesquisa um indivíduo que havia se submetido a cirurgia bariátrica por volta de um ano atrás. Este tempo foi considerado razoável para que o sujeito já tivesse se adaptado à nova condição e foi considerando, a partir da literatura, que seu peso estivesse se estabilizando. O participante é do sexo masculino, tem 55 anos, tem nível superior completo, é casado pela segunda vez e tem filhos. Esses dados estão esquematizados no anexo II.

2. Local

A primeira entrevista ocorreu na sala do escritório de trabalho do sujeito, por solicitação do mesmo, e sendo assim, a pesquisadora atendeu a solicitação entendendo que seria mais confortável para o entrevistado. Já a segunda entrevista ocorreu na residência do sujeito, que, naquele momento, estava descansando após retornar de viagem horas antes.

3. Instrumentos

Foram realizadas duas entrevistas semi-dirigidas, com mais ou menos um mês e meio de intervalo entre as duas. A opção por entrevistas semi-dirigidas foi feita para que, primeiro, o sujeito tivesse a liberdade de falar livremente sobre o assunto, e, segundo, para que pudesse ser questionado a respeito de especificidades que a literatura aponta como sendo essenciais para a compreensão do processo de ressignificação da comida no pós-operatório, de atuais modos de lidar com a satisfação, englobando aspectos do engordar, do comer, da opção pela cirurgia e do processo pelo qual passou no pós-operatório, assim como sobre possíveis deslocamentos, ou resoluções, do sintoma. Foi também solicitado ao sujeito que produzisse uma autobiografia, com o intuito de observar suas auto-percepções e o peso que porventura possa ter dado à cirurgia e ao processo que passou.

4. Procedimento

O sujeito foi convidado, por telefone, a participar da pesquisa. Foi esclarecido a ele que se tratava de um estudo de conclusão de curso para a graduação em Psicologia. O tema da pesquisa também foi revelado, e então, diante do sujeito aceitar participar da pesquisa, marcamos o primeiro encontro.

A primeira entrevista durou por volta de cinquenta minutos, foi gravada em áudio e posteriormente transcrita (anexo III). No início desta, a pesquisadora esclareceu o participante sobre o processo que lhe envolvia e, na seqüência, a entrevista só teve início após a assinatura do termo do consentimento (para ver um modelo do consentimento assinado, vide anexo I). A pesquisadora também solicitou que o sujeito entregasse a autobiografia ao

final do processo, por volta de duas semanas depois da última entrevista. Foi considerado interessante que a biografia só fosse entregue ao final para que o indivíduo pudesse já estar imerso no tema.

A partir da primeira entrevista, foi elaborado um roteiro que norteasse a segunda entrevista, e que objetivava a elucidação de elementos que não haviam ficado claro na primeira entrevista e contribuíssem para a compreensão das hipóteses levantadas no primeiro contato. Essa segunda entrevista foi realizada um mês e meio após a primeira, durou aproximadamente vinte minutos e foi gravada. O conteúdo foi também posteriormente transcrito (anexo IV).

Nos dias que se seguiram à segunda entrevista, foi avaliado que o sujeito já havia fornecido bastante material para a análise da pesquisadora durante as duas entrevistas, e que, então, seria pedir ao sujeito que se expusesse muito e que tivesse que entrar demais em contato com suas próprias questões, sem que a pesquisadora pudesse dar acolhida e contorno suficientes para isso, se o pedido da produção da autobiografia fosse mantido. Essa reflexão da pesquisadora com seu supervisor teve como desfecho que a solicitação da autobiografia fosse suspensa, esclarecendo ao sujeito que a pesquisadora já dispunha de informações suficientes para sua pesquisa, dadas a abertura e colaboração importantes de sua parte.

5. Cuidados éticos

Este trabalho buscou atender as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa, envolvendo seres humanos. O projeto do presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê

de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e após receber parecer positivo, a pesquisadora deu seqüência ao trabalho.

Resultados

A reflexão a partir das duas entrevistas abriu uma porta para a necessidade de estudar outro vértice não considerado na hipótese do trabalho, e, então, sentiu-se falta de discutir sobre um assunto considerado importante para poder melhor se debruçar sobre a análise das entrevistas. Desta forma, optou-se por inserir outro capítulo que desse mais elementos para a construção do estudo antes de partir para a análise dos dados.

A questão da obesidade do sujeito estudado nesta pesquisa passa bastante por seu mecanismo narcísico, processo que será discutido nesta próxima parte do trabalho a partir do capítulo “Ideal do eu, eu ideal, sublimação”, de Luis Hornstein, inserido em seu livro “Introdução à Psicanálise” (1989), o qual procura elucidar idéias de Freud sobre o narcisismo, e a partir do capítulo “Sobre o narcisismo”, do próprio Freud.

A questão do narcisismo

Primeiramente é importante esclarecer que, para Freud, o processo narcísico primário faz parte do processo de constituição do sujeito e que, portanto, é uma fase normal do desenvolvimento psíquico pela qual todos passamos. Pode-se dizer que, para além disso, o narcisismo é uma localização no curso do desenvolvimento da libido, é uma fase intermediária entre o autoerotismo e a possibilidade de voltar a libido ao objeto, ou seja, o amor objetal.

A criança, desde antes de seu nascimento, é alvo de inúmeras projeções de seus pais, e será marcada não apenas por isso mas também pelo que irá representar para cada um dos pais segundo a história individual deles. Segundo Hornstein (1989) “a criança vem encarnar, na cena real, algo da ordem do eu ideal dos pais. Isto não é a patologia da maternidade ou da paternidade. É a normalidade.” (p.173) Acrescenta que o comovente amor parental, com todas as suas características infantis, é, na verdade, o narcisismo revivido dos pais. A criança vem como “promessa” de realizar todos os desejos não cumpridos de seus genitores, na tentativa de obturar uma falta essencial. Para que então, a criança constitua seu narcisismo primário, é necessário que ela represente essa ilusão narcísica para os pais, a partir do entrecruzamento do discurso do desejo deles.

É só a partir desse narcisismo primário que se constitui o eu da criança, porém, esse processo só é possível se também o seu cuidador estiver desempenhando dois requisitos: exercendo os cuidados com a criança libidinalmente, ou seja, com prazer; e ao mesmo tempo, é necessário que a

criança seja vista como um outro sujeito, e não como uma extensão do cuidador.

Se considerarmos que foi constituído um narcisismo primário, ou seja, que o bebê foi cuidado sendo tomado como um sujeito e que a mãe o fez libidinalmente, faz-se necessário refletir sobre quais são as perturbações que atingem esse narcisismo primário. Segundo Hornstein (1989), “a criança constitui-se como ideal materno, há uma completude do lado da mãe e, diz Freud, assim as coisas não andam; algo se passa para que o eu se desidentifique com o ideal.” (p. 174) Este mesmo autor ressalta a necessidade de fazer uma diferenciação entre o que significa eu ideal e o que seria o ideal de eu, já que Freud utiliza os termos indistintamente, o que, segundo ele, provoca certa confusão. “Freud postula que no princípio há um eu ideal, o eu está identificado com o ideal, eu = ideal, mas diz: esse eu ideal, narcisismo primário, a criança identificada como eu de prazer, com todo o poderoso, tem que se ver perturbado.” (p.174-175) Avança dizendo que essa perturbação seria a crise edípica, momento em que aparece um terceiro e, portanto, ocasião em que a criança se dá conta de que existe uma parte do desejo materno da qual ela está excluída, percebendo assim que ela não contém o todo valorizado, que algo lhe escapa.

Chegamos então à questão de que é a triangularidade edípica, a descoberta da criança que ela não é tudo para a mãe, que a força a uma renúncia: “matar” a criança onipotente que ela acreditava ser porque possuía tudo. Para conseguir se recompor narcisicamente após essa renúncia, a criança tem que se identificar com o idealizado, que agora não é mais parte do eu, é aquilo que caracteriza o que ela não tem, mas que precisa chegar a ter

um dia. O ideal fica então projetado para o futuro, separado do “eu atual”. Para poder atingir esse idealizado, lança-se mão do processo identificatório. A partir daí, segundo Hornstein (1989),

O sentimento de onipotência da criança identificada com o ideal é severamente questionado pela experiência vivida, seu eu não pode persistir na posição de plenitude, e a criança (mediante a crise da castração) constituirá um ideal de eu com o qual tentará recuperar a perfeição narcisista primordial, mas, agora sim, às custas de um rodeio identificatório que procurará diminuir a distância do eu com o ideal. (p.176)

É a partir deste ponto que a inserção desta parte no trabalho se justifica para a maior compreensão da problemática do sujeito estudado. Por isso, acompanharemos, a seguir, as claras elucidações feita por Hornstein (1989):

Como efeito da decepção edípica, o ideal já não coincide com o eu. O pai produz uma ferida no narcisismo primário, que só permitirá uma recomposição da auto-estima mediante o cumprimento das exigências do ideal, abrindo assim uma dimensão temporal: só no futuro o eu poderá coincidir com o ideal. O eu não é o ideal, mas pode chegar a sê-lo. Entre o eu e o ideal, instala-se o projeto, que é o que motoriza a mudança. Essa separação entre o ideal e o eu não deve impedir que o sujeito invista narcisicamente o que está presente no eu atual. A perda da identificação com o eu ideal é condição determinante para que se invista narcisicamente o tempo futuro. (p.176)

Freud acrescenta que o que o sujeito projeta para seu ideal no futuro pode ser entendido, na realidade, como um substituto do que em sua infância era o eu real. Isto seria a castração no registro identificatório, ou seja, sempre falta algo para que o eu atual coincida com o ideal. Essa distância denuncia a necessidade de se aceitar a impossibilidade de viver na plenitude

experimentada na relação dual com a mãe. Essa plenitude só poderá ser alcançada momentaneamente, uma vez que não há objeto que sature definitivamente o campo do desejo. Freud definia isso como aceitar a castração: o reconhecimento de que há um objeto perdido, o qual faz um “fosso” onde vêm se inserir os objetos transacionais. A castração no campo identificatório é a aceitação da permanente distância entre o ideal e o eu. “Distância que não tem que ser traumatizante, mas que não pode ser anulada, a não ser naqueles poucos momentos nos quais sente-se uma plenitude absoluta quanto ao que se é.” (Hornstein, 1989, p.177) Neste momento, o autor refere-se, por exemplo, à sensação de apaixonar-se ou à sensação de se entregar finalmente um trabalho de conclusão de curso após meses de empenho. Nestes instantes de euforia, pode-se dizer que o ideal do eu e o eu ideal coincidem. Não podemos negar que esses fatos trazem muita sensação de bem-estar, mas, como sabemos, são passageiros e, passado o momento de euforia, voltam a não coincidir o eu e o ideal. Uma conquista seria, então, um momento do eu ideal. No entanto, quando se fala de uma perdurabilidade de uma estrutura do eu ideal, diz-se de um uma falta de tolerância entre a distância que existe entre o eu e o ideal, de forma que qualquer distância é vivida como colapso narcísico.

O ideal do eu marca, para o sujeito, um caminho a ser seguido; mas, quando esta espera não é tolerada e, então, não se suporta esta distância, “colando” o eu ao ideal, há um fechamento: “não existe nada que o futuro possa me dar, que o presente não esteja dando.” (Hornstein, 1989, p.179)

Discussão

A discussão deste trabalho será a tentativa de fazer uma leitura da vivência do sujeito entrevistado sobre o significado da cirurgia a que se submeteu como forma de tratamento para a obesidade.

Os temas abordados na introdução foram selecionados com o objetivo de dar elementos para esta reflexão a partir de uma hipótese inicial mas, após as entrevistas, houve a percepção de que uma nova frente de entendimento era mais possível, o que justificou a inserção do capítulo “A questão do narcisismo”.

Também é importante ressaltar que as considerações feitas a seguir são apenas algumas interpretações possíveis e que este trabalho não tem a finalidade de buscar uma verdade para a problemática do entrevistado.

*

O início da primeira entrevista é marcado pela clara posição do sujeito, que, para fins deste estudo, denominaremos de J., de extrema valorização de sua cultura culinária familiar. Pode-se observar que são relatados com riqueza de detalhes os costumes gastronômicos de cada lado de seus avós, com ênfase às mulheres, como sendo grandes cozinheiras e muito apropriadas desta função.

Logo a seguir o entrevistado explicita uma identificação muito forte com o pai: ele também tinha muito prazer em comer e, não é exagero considerarmos que possuía um vício em se alimentar bem. Segundo as

palavras do sujeito, o pai tinha “como único hobby na vida comer” e “era todo o dinheiro dele gasto em sair de casa para comer muito bem” (primeira entrevista). Isso nos revela que o pai de J. tinha adicção por comer bem e, sem dúvida, muita voracidade para atender a esse hábito. J. cresceu com esta referência, diz que antes de se casar, quando ainda morava com os pais “...praticamente conheci todos os principais restaurantes de São Paulo, meu pai nos levava...” (primeira entrevista).

A mãe de J., segundo ele, assim como seu pai, também era obesa, mas, em certa altura da vida estabelece uma ruptura com esse hábito familiar: entra para os “Vigilantes do peso¹”, grupo de pessoas existente em várias cidades brasileiras que se organizam em reuniões semanais para emagrecer através de uma dieta de pontos, em que cada alimento vale certa quantidade de pontos e a pessoa que faz o regime não deve ultrapassar um limite diário deles, segundo sua meta de emagrecimento.

Este processo foi vivido pela mãe de J. quando ele não morava mais com os pais, já havia se casado, no entanto, parece que é a mãe que, com este corte, com esta ruptura, faz o papel de “terceiro” na relação de J. com a comida, assim como, ainda mais intensamente, abala a relação de seu pai com a comida. Parece que é neste momento que J. percebe existir outro modo de se relacionar com a comida, apesar de, na prática, em nada mudar seus hábitos alimentares, naquele momento.

Segundo J., seu pai viveu dois grandes baques na vida: o momento em que sua esposa resolve entrar para os “Vigilantes do peso”, o que pode ser entendido como vivenciado pelo pai como uma traição a seus valores, e o

¹ Para maiores esclarecimentos a respeito deste programa de emagrecimento, sugere-se o acesso ao site www.vigilantesdopeso.com.br

segundo quando sua esposa vem a falecer. Quando a mãe de J. começa a emagrecer, como tentativa de ficar mais bonita, vaidosa, saudável (sic); seu pai, em certo momento, parece querer “acompanhar” a esposa nesse processo e se recolocar em um lugar atraente para ela, submetendo-se a uma cirurgia plástica. O pai, para J., seria então a figura que come com muita voracidade mas que, por amor à esposa, tenta emagrecer através da plástica. Nesse sentido, parece que J. “reedita” o drama dos pais com sua própria esposa quando faz a opção pela cirurgia. No entanto, em seu caso, ele seria o efetuator do corte, da ruptura com a alimentação voraz, e, caberia a sua esposa a mesma opção que coube a seu pai: emagrecer para não perder a posição, ou se recolocar, perante o companheiro. Talvez essa possa ser a sensação de “estranhamento” descrita por J. em sua relação com a esposa atualmente, após ele ter emagrecido devido ao processo cirúrgico.

É possível perceber que esta reedição transgeracional tem efeitos na fala de J. pois, no momento da entrevista em que fala a respeito do falecimento da mãe, ele se atrapalha quanto à idade em que ela se encontrava quando começou a adoecer, fazendo uma confusão que pode ser entendida como um ato-falho em torno da década dos 50 anos, o que nos revela um ponto de angústia. Isso poderia estar dizendo sobre algo de um medo da morte, inconsciente para J., na medida em que fez a cirurgia aos 54 anos, está com 55 e deixa aberta, em sua fala e pela associação de temas que faz, a possibilidade de entendimento de que, para ele, a ruptura de sua mãe com a cultura familiar de “comilança” (sic) tenha algum tipo de relação com fato de ela ter sido acometida pela doença que a vitimou. Então se ele, nesta reedição da história dos pais, está identificado com a mãe no que diz respeito à ruptura com

o comer muito, talvez lhe pare a questão do quanto ele também pode ser acometido por algo fatal precocemente.

J. também relata sobre dois picos de engorda ao longo de sua vida: conta que quando se casou já gostava e comia bastante e bem, mas que era magro, assim como sua esposa. O primeiro desses picos seria quando assumiu um cargo na universidade em que trabalhava e o segundo seria quando tomou posse do cargo público que ocupa atualmente. J. relata que esses momentos lhe causaram uma “ansiedade descontrolada” (segunda entrevista), o que ilustra a idéia defendida por Loli (2000) de que a obesidade também está relacionada a marcos com grande carga emocional para o sujeito. Aliás, a questão do trabalho é outra que chama bastante a atenção na fala de J.: tanto quanto sua adicção à comida, J. também se define como um “workaholic”, ou seja, viciado em trabalhar. Esta característica, segundo ele, foi determinante para que percebesse que a obesidade estava começando a interferir na qualidade de seu trabalho e que, portanto, o fez optar por fazer a cirurgia. Relata que em seu trabalho é “muito rigoroso, muito preciosista” (primeira entrevista) e que quer sempre que as coisas funcionem muito bem, não aceitando debilidades em seu comportamento profissional. Menciona que considera isso um “defeito” (sic), o que na verdade revela ser uma característica muito valorizada por ele, pois diz que não aceita que as pessoas com quem trabalha tenham debilidades no comportamento profissional e que, mais uma vez, isso foi decisivo para que resolvesse fazer a cirurgia.

J. atribui, exclusivamente, a opção por fazer a cirurgia pelo fato da obesidade estar interferindo negativamente em seu desempenho profissional. Menciona: “nunca tive vaidade, não sou um cara vaidoso” (primeira entrevista)

esteticamente, no entanto a vaidade está colocada em seu campo profissional. Relata que fez uma viagem a trabalho e que nela, após subir muitas escadas, teve extrema dificuldade em participar das reuniões pois estava “com o joelho estourado” (primeira entrevista), da quantidade de peso que tinha que suportar (estava nesta época com 162kg) e “com a respiração muito debilitada” (primeira entrevista). Relata que a sensação limitante que experimentou nesta viagem foi decisiva para que ele fizesse a cirurgia, o que nos revela o quanto o trabalho é um importante lugar de estabelecimento narcísico para J. Ao chegar no final das escadas ele não pode exercer toda a sua potência colocada no trabalho, não obteve o próprio reconhecimento de ser um bom profissional. Desta forma, pode-se dizer que existem dois grandes vícios na vida de J.: a comida e o trabalho e, na medida em que são vícios, em ambos os casos há um deslocamento da função de objeto que esses dois aspectos desempenham, ou seja, não são objetos de desejo e sim do campo da necessidade.

Se considerarmos como necessidade para o sujeito o reconhecimento como ótimo profissional (“a vontade de ser, de marcar minha trajetória como melhor profissional nesses dois lugares” - segunda entrevista), observamos que o outro vício, a comida, passou a impossibilitar que esta necessidade fosse suprida. Manter o hábito de comer como lhe era de costume estava atrapalhando seu desempenho profissional e, portanto, abalando este lugar narcísico, que, optando pela cirurgia, deixa claro que não estava disposto a perder.

Ser um “workaholic”, ou seja, ter que produzir o tempo todo e muito bem, aliado a sempre comer bastante, a ponto de chegar a 162kg, demonstra que J. “funciona” segundo um mecanismo de ter sempre que preencher um

vazio, tanto em relação ao tempo quanto em relação ao estômago, denunciando dificuldade de entrar em contato com a falta, com a incompletude. É essa a questão central observada pela presente pesquisa, segundo J., comer lhe “fazia bem... me trazia alegria, felicidade” e após comer, a sensação que experimentava era de “muita felicidade, muita alegria, muito bem-estar”, portanto pode-se dizer que ele fazia uso da comida como uma droga, já que ela desencadeava toda essa vivência no campo da necessidade. Na fala de J., em certo momento da vida, ele começa a “usar a comida como um processo psicológico de expiação das dificuldades, ou seja, além de gostar de comer bem, eu comecei a comer muito como forma de compensação e alívio”. Pode-se refletir, a partir do capítulo que discute o narcisismo, pelo autor Hornstein (1989), que isso revela que a comida tinha a função de tampar todas as faltas, todos os desconfortos e incômodos sentidos por J., lhe proporcionando prazer pelo sentimento de completude, aproximando, então, seu eu do ideal, na busca pelo prazer absoluto e demonstrando a impossibilidade de se deparar com a falta, com as imperfeições e as limitações.

Após experimentar esses momentos de extremo bem-estar, J. adormecia, mas ao acordar tinha que se haver com a realidade, que não funciona segundo as leis do princípio do prazer, ou seja, a realidade “mina” a sensação de completude, de totalidade, de tentativa de manutenção do eu ideal. A realidade, portanto, traz frustrações; a solução encontrada por J. para lidar com elas era comer demais na tentativa de restabelecer o bem-estar perdido, fechando assim o ciclo pulsional. A comida era provedora de prazer, mas um prazer que não se sustenta, que não é definitivo, e, portanto, abria-se para J. a lacuna existente entre o eu e o ideal. Isso não era tolerado por ele,

que buscava preenchê-la com a intenção de manter a coincidência entre o eu e o ideal, revelando uma falta de tolerância com a distância que está colocada para todos entre essas duas instâncias e, portanto, insuportáveis para ele pois isso era vivido como um colapso narcísico, idéia que foi discutida a partir do texto de Hornstein (1989).

Além disso, pode-se pensar que a saída encontrada por J. para lidar com as frustrações, comer até não senti-las mais, é uma maneira que não o enriquece psicologicamente, já que não ativa recursos que o ajudem a suportar a realidade, optando pela “droga”.

É a partir deste panorama que podemos compreender que a cirurgia foi uma forma encontrada para não lidar com as causas da obesidade, J. faz a cirurgia para que, psicologicamente, nada seja alterado. Do mesmo modo, como antes, após o período de dieta mais rigorosa que se procede à cirurgia, J. pode comer até preencher o estômago de forma a sentir-se pleno, o emagrecer ocorre devido à menor quantidade de comida que precisa ser ingerida, mas o mecanismo psíquico é o mesmo. Diante dessa apreensão, observa-se que a dependência da comida, o vício por ela, como sendo o recurso para lidar com as frustrações trazidas pela realidade se mantém, J. continua “refém da droga”.

J., em sua fala, demonstra claramente que não houve mudança em sua relação com a comida, diz que a cirurgia “é a coisa mais fantástica possível que alguém possa imaginar... eu não podia imaginar que os resultados fossem tão extraordinários...”; “diminui peso, acertei a minha saúde e voltei, ou melhor, escapei da situação de perda da eficiência no trabalho e continuo comendo bem e bebendo maravilhosamente bem, então o que aconteceu, portanto, é uma magia, um fenômeno extraordinário...”; “eu estou vivendo um momento

de extrema felicidade, estou comendo muito bem, prazerosamente, gastronomicamente, degustando...”. Tais falas demonstram que seu modo de lidar com os conflitos trazidos pela realidade foi preservado, permitindo que J. continuasse utilizando os mesmos recursos e, assim, não o “libertando” de seu vício e “poupando-lhe” de ter que se haver com seus conteúdos internos que lhe causam mais angústia.

A cirurgia bariátrica, então, permitiu que J. emagrecesse, trazendo mudanças em seu corpo, mas não em seu funcionamento psíquico. Segundo ele, atualmente está muito feliz com os resultados que a cirurgia lhe propiciou, no entanto, faz uma ressalva: “hoje se há uma preocupação, ela não é estética, ela não é de nenhuma ordem a não ser, será que vai estancar e começar a reverter?” (primeira entrevista). J. se refere ao processo de emagrecimento, revelando uma preocupação que realmente não é da ordem estética, e sim psíquica. Parece que há um ponto de angústia sobre uma dúvida a respeito de até quando (e o quanto) será que esta cirurgia vai resolver mesmo sua questão com a comida.

Conclusão

Esta pesquisa tinha como base a idéia de que a obesidade é um sintoma psíquico que se manifesta a partir de um conflito do sujeito. A hipótese investigada era que, se a cirurgia bariátrica constituía um impedimento na produção desse sintoma, qual era a solução encontrada pelo sujeito? Havia um deslocamento, um deslizamento do sintoma para outra esfera da vida do sujeito? Havia uma ressignificação do que era o processo do comer?

A entrevista com este sujeito demonstrou que, na verdade, a cirurgia não afetou seu sintoma, nem seu mecanismo psíquico. J. emagreceu, mas não sofreu qualquer alteração em sua relação com o objeto. Seu circuito pulsional se mantém sem alterações, ele continua ligado à comida da mesma maneira e buscando as mesmas sensações de plenitude, de totalidade, de satisfação da necessidade. A busca pela cirurgia foi feita como um modo de garantir a manutenção de seu lugar narcísico assegurado pelo trabalho e que se encontrava ameaçado pela obesidade, o que justificou a necessidade sentida pela presente pesquisa de inserir um capítulo sobre questões relacionadas à temática do narcisismo após a efetuação das entrevistas. Desta forma, observou-se que a problemática da obesidade deste sujeito estava intimamente relacionada com sua questão narcísica.

Muitos esclarecimentos ainda podem ser feitos sobre o tema. Fica a dúvida sobre quais seriam as explicitações feitas em uma entrevista em que o sujeito houvesse se submetido a esse tipo de cirurgia há mais tempo. Será que o mecanismo teria se sustentado ou haveria alguma alteração mais significativa do ponto de vista psíquico?

Bibliografia

CARVALHO, Simone Borges de. **Obesidade: uma articulação pela vertente do sintoma.** Trabalho apresentado no II Simpósio de psicologia Hospitalar, promovido pelo Centro de Estudos do Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora, em 06 de novembro de 2004.

FANDIÑO, Júlia; Benchimol, Alexander K.; Coutinho, Walmir F. e Appolinário, José C. **Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos.** *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Abr 2004, vol.26, no.1, p.47-51. ISSN 0101-8108

FARIA, Eduardo Vial. **Características nutricionais e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes atendidos em ambulatório da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais em Belo Horizonte.** Belo Horizonte, 2007. 161p. Dissertação (Mestrado em) – Faculdade de Medicina, Universidade de Minas Gerais.

FREUD, Sigmund (1914). **Sobre o narcisismo: uma introdução.** In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974, p. 83-119

HORNSTEIN, Luis. **Ideal do eu, eu ideal, sublimação.** In: *Introdução à Psicanálise.* São Paulo: Editora Escuta, 1989, p.171-184.

KOYAMA, Renata Emy. **A mobilidade de pacientes obesos no pós-cirurgico bariátrico.** São Paulo, 2007. 142p. Dissertação (Mestrado em) – Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LOLI, M. S. A. **Obesidade como Sintoma: uma Leitura Psicanalítica.** São Paulo: Vetor, 2000.

OLIVEIRA, Verenice Martins de; Linardi, Rosa Cardelino e Azevedo, Alexandre Pinto de. **Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos.** *Rev. psiquiatr. clín.*, 2004, vol.31, no.4, p.199-201. ISSN 0101-6083

POLITO, Fabíola Mansur. **O significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso: vivendo preconceitos e buscando reconhecimento.** Florianópolis, 2001. 110p. Dissertação (Mestrado em) – Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

ROZ, Deborah Patah. **Os distúrbios de apetite e a clínica pediátrica.** Texto não publicado.

SAMI-ALI. **Pensar o somático. Imaginário e Patologia.** Guide-Artes Gráficas Ltda, 1992.

SEGAL, Adriano e Fandiño, Julia. **Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas.** *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Dez 2002, vol.24, suppl.3, p.68-72. ISSN 1516-4446

VARELA, Ana Paula Gramacho. **Você tem fome de quê?** *Psicol. cienc. prof.*, mar. 2006, vol.26, no.1, p.82-93. ISSN 1414-9893.

WAIDERGORN, Lea, Lopes, Claudia e Evangelista, Roberto. **O acompanhamento psicológico do obeso mórbido.** *Psikhê – R. Cur. Psic. Cent. Univ. FMU*, vol.4, no.2, p. 74-82, jul./dez., 1999.

Anexo I



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE PSICOLOGIA

Eu, _____ ,
RG no. _____ , estou ciente da minha participação na pesquisa
“Após a cirurgia bariátrica: ampliando a compreensão à luz da Psicanálise”, a qual visa
compreender o processo da re-significação do alimento e de sua ingestão em indivíduos
que tenham sido submetidos à cirurgia bariátrica. Compreendo que a pesquisa está
sendo desenvolvida pela aluna Giovana Parizzi Serra Truzzi, do 5º. ano da Faculdade de
Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), e que a
pesquisa se refere a atividade acadêmica do Trabalho de Conclusão de Curso,
supervisionada pelo professor Hemir Barição, com o qual poderei entrar em contato,
caso necessite, pelo telefone (11) 36708320 ou pelo e-mail psicopuc@pucsp.br.

Estou ciente de que minha participação ocorrerá por meio de entrevista e de uma
autobiografia escrita; autorizo a gravação em áudio da entrevista que darei e sua
posterior transcrição e análise pelo(a) pesquisador(a), com o objetivo de ensino e
pesquisa. Fui informado de que essas informações poderão ser publicadas para fins
acadêmicos e científicos, e estou ciente de que serão resguardadas em sigilo minha
identidade e informações que possam levar a ela, com o intuito de preservar minha
privacidade. Estou ciente de que o método de entrevista semi-dirigida está sendo
proposto pois é o que melhor contempla os objetivos a serem alcançados pela pesquisa,
e que um outro método acarretaria em uma perda qualitativa do processo.

Fui informado (a) que em nenhum momento da pesquisa ocorrerá violação dos
direitos humanos e que o(a) pesquisador(a) esclarecerá quaisquer dúvidas que possam
surgir antes, durante e depois do processo ao qual participarei. Também estou ciente de
que tenho a liberdade de retirar meu consentimento e de interromper minha participação
a qualquer momento do processo, sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo.
Fui esclarecido(a) de que possíveis desconfortos, como mal-estar ou mobilização

intensa, podem ser gerados pela minha participação na pesquisa, uma vez que estarei diante de um assunto de minha intimidade, e que, caso isso ocorra, o(a) pesquisador(a) estará a disposição para acolhimento psicológico e/ou encaminhamento a outro profissional. Também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CEP – PUC/SP), localizado na Rua Ministro de Godoy, 969, telefone: 36708466.

Estou ciente de que esta pesquisa não prevê qualquer tipo de gasto financeiro por minha parte e que, caso isso ocorra, serei ressarcido. Por fim, compreendo que minha participação na pesquisa contribuirá para o estudo de um aspecto importante da saúde pública contemporânea do Brasil.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante da pesquisa

Aluna-pesquisadora: Giovana Parizzi Serra Truzzi

Orientador: Hemir Barição

Anexo II

Dados do sujeito:

Idade = 55 anos

Nível de instrução = superior completo

Profissão = professor universitário, mas atualmente exerce um cargo público

Estado civil = casado pela segunda vez

Filhos = possui mais de um

Siglas utilizadas nas transcrições a seguir:

P = Pesquisadora

S = Sujeito (J.)

Observação:

Algumas informações dadas pelo sujeito foram modificadas para que o sigilo de sua identidade fosse preservado. Nessas situações, os termos modificados estão grifados, mas mantém o sentido original dado pelo sujeito na entrevista.

Anexo III

Primeira entrevista:

P – Podemos começar?

S – Sim, podemos.

P – Primeiramente gostaria de saber se você foi amamentado, e caso tenha sido, por quanto tempo.

S – Fui amamentado, não sei quanto tempo, como foi há 55 anos atrás, não era prática, não era o usual a amamentação de muito tempo naquela época, então não sei avaliar, não vou ter condições de responder com precisão.

P – Você é o filho mais velho? Seus pais planejaram a gravidez?

S- Sou filho mais velho, daquele jeito clássico, meus pais casaram em 52, depois de um ano eu nasci, em 53, muito provavelmente, muito certamente eu fui concebido na lua-de-mel.

P – E como era sua relação com a comida na infância? Alguma memória?

S – Sim, aí sim, sou neto de duas famílias que tinham origem italiana e que tinham por hábito comer muito bem e muito. Duas avós que eram exímias cozinheiras; uma e outra de regiões distintas da Itália. Uma avó mais comidas do sul da Itália, mais farta, mais molhos, mais caças, sobretudo mais na linha de matar o que vai comer, portanto matavam os frangos, os porcos na própria casa.

P – E quem veio da Itália foram eles?

S- Não, nenhum deles, só tenho, na verdade, tataravôs italianos. Os próprios bisavós todos, já nasceram no Brasil. O meu avô paterno, que me dá o sobrenome, tem origem portuguesa e negra. Mas de qualquer maneira, a origem fundamental da comilança vem da, e da gastronomia, vem dos italianos. O lado do avô paterno não tem nenhuma tradição importante em comer. Já os outros tinham exatamente essa história de comer, tem também o lado do norte da Itália, uma comida mais sofisticada, mais elaborada, mas tanto uma quanto outra extraordinária e feita com muito amor, com muita paixão, muita tradição, com muito volume e com muita qualidade... muita qualidade.

P – E isso se reproduzia na sua casa, na casa de seus pais?

S- Sim, se reproduzia na minha casa porque minha mãe era também uma exímia cozinheira e pegava da sogra, da minha avó, em Curitiba, a minha mãe aprendeu, a minha mãe conseguiu uma espécie de sinergia das duas culinárias italianas e agregou comida... uma comida que minha avó materna também fazia, uma comida de origem portuguesa, que era cozidos, dobradinha e algumas outras comidas doces mais brasileiras por assim dizer de origem portuguesa; portanto era um festival de comida italiana, somado com a comida brasileira de origem portuguesa, uma festa gastronômica, passei minha vida inteira comendo muito. Ainda alia-se a isso o fato do meu pai, ter como único hobby na vida comer, não fazer, mas comer. E como comerciante, ele tinha o dinheiro restrito, mas todo o dinheiro dele jamais foi pra propriedades, e sim pra restaurantes. Então soma-se a um terceiro viés, o que quer dizer que eu na década de 60, na minha infância e juventude, e 70, eu até antes de me casar em 74, mas sobretudo nos anos 60, até quando eu sai de casa, eu praticamente conheci todos os principais restaurantes de São Paulo, meu pai

nos levava aos restaurantes, era todo o dinheiro dele gasto em sair de casa pra comer muito bem.

P – E ele era obeso?

S – Era, todos eles eram muito obesos, as duas famílias obesas, o meu pai puxou a obesidade da família, minha mãe também, mas... mas minha mãe estabelece um processo de ruptura... minha mãe estabelece um processo de ruptura muito curioso, na década de 80 ela entra pros Vigilantes do Peso. Minha mãe estabelece uma ruptura de começar a comer de maneira porque, por vaidade, ela queria, ela era muito formosa, ela queria parar, ela queria reverter o processo de obesidade e introduziu-se, ela introduziu em casa os Vigilantes do Peso e criou dentro da família uma ruptura com o processo da comilança, e passou a querer comer de maneira mais saudável e em menor quantidade. Ela passou a ser professora dos Vigilantes do Peso e isso mudou a cultura da minha relação... não da minha relação porque eu já tava fora de casa, já tinha casado, já tinha a herança da gastronomia. Já tinha herdado o DNA e herdado a vontade e os meus hábitos do meu pai, de gastar pra comer bem, gastar praticamente o que ganha pra comer bem. Portanto eu sou um filho bastante disciplinado, e passo a ter na minha vida, além de trabalhar, trabalhar e trabalhar e da minha vida intelectual o hábito e a vontade de aprender a cozinhar direito, de ler, de ter literatura sobre isso, de comer bem e de gastar também o meu pequeno salário de professor universitário em comida... em comida, bebida e em viagem, como hobby.

P – Você avalia que isso passava pela relação com seu pai?

S – Sim, pai e avós, porque eles continuaram fazendo isso, a despeito de minha mãe, porque minha mãe teve um processo agudo e triste de

falecimento precoce, porque, *tadinha*, ela queria ser mais saudável, mais bonita, mas contrai um câncer de mama aos 50, aos 48 anos e morre, aos 50 e, desculpa... aos 58, deixa eu fazer a conta direito aqui, aos 58 anos de vida contrai o câncer e morre aos 62, ela morre quando eu saí do cargo da universidade, em 1996, e ela era de 1934, então exatamente 62 anos, então contrai o câncer de mama aos... 58, faz cirurgias, extrai uma mama, mas passa quatro anos de tratamento químico e radioterápico, até falecer muito jovem. Esse processo é o processo que pega todos os três filhos já fora de casa, mas destrói o meu pai. Meu pai teve dois grandes baques na vida, o primeiro quando a esposa... parte para o processo de... ruptura com a cultura familiar da gastronomia em abundância...

P – E nisso a relação dos dois, como fica?

S – Muito ruim, muito ruim... muito ruim... ele não conseguiu conviver com isso direito, tentou de alguma maneira conciliar aí isso, chegou a fazer uma cirurgia de, não de estômago... uma cirurgia de... de retirada de gordura, não era lipoaspiração, foi de tirar gordura mesmo, retirada de gordura mas não por aspiração, me fugiu o nome agora, ai meu Deus... enfim... plástica! pronto, uma cirurgia plástica, sem evidentemente nenhum resultado porque o hábito de comer continuou, e aí ele... minha mãe morre e piora ainda mais. Ele mantém todo o processo de comer com muita voracidade.

P – E essa ruptura da sua mãe com a comida, com esse conseqüente abalo aí no seu pai, você vê alguma repercussão disso em você?

S – Não... não... não, porque eu tenho um defeito importante, além de gostar de comer bem, eu tenho um defeito que é ter muita ansiedade e de usar a comida como um processo psicológico de expiação das dificuldades, ou seja,

além de gostar de comer bem eu comecei a comer muito como forma de compensação e alívio... e aí engordei demais, só pra você ter uma idéia da trajetória, quando eu caso em 74 pela primeira vez, eu pesava 74kg, eu guardo bem essa relação, quando eu me separo em 78 já pesava 78kg, aí quando eu caso em 81, já pesava 81 kg, e aí começo a desenvolver um processo de afirmação do sofrimento, de compensação, de novo o sedentarismo, quer dizer, uma coisa muito, a caminhada era escassa, pouca queima calórica, mas o processo que eu mergulhei mais foi na linha dos remédios pra compensar a pressão desregulada, mais, tentativas de fazer regimes absolutamente frustradas, aqueles clássicos que nunca dão em nada e aumentando, aumentando, aumentando, que quando eu fui pra cirurgia em agosto de 2007 eu já estava com 162kg. Mas um processo claramente decorrente de dificuldade... profissionais, político-profissionais, iniciativas, enfim da minha vida profissional e política, e também vem sempre acompanhada com dificuldades no relacionamento, então são duas coisas muito difíceis e acopladas, e como é um trabalho acadêmico, eu posso falar com tranquilidade dessas duas coisas, quer dizer, as frustrações no trabalho e a pressão, e a tensão do trabalho e situação sentimental acabaram me levando ao vício de comer e beber muito, chegou aos 162kg com facilidade porque o pouco exercício físico que eu fazia não compensava.

P – Quando você se casou pela segunda vez, sua esposa já era obesa?

S – Não, muito ao contrário. Era muito magra e também vive um duplo processo de transformação da vida. De um lado, ela não cozinhava, e sabendo da minha von... da minha história de... familiar de grandes cozinheiros na família, tendo também na família dela, de origem também luso-italiana,

sobretudo da mãe, uma grande cozinheira, mas ela não tinha prática até casar comigo, percebendo que o marido gostava muito, há uma mudança aí. A gente casa quando eu tinha 28 e ela 26, muito magra, a gente casa em 81, isso... então eu com 28 e ela com 26, muito magra, e passa... por duas razões a engordar muito... três, no caso da mulher. Ela... associa a... cultura, começar a comer bem e fazer comida, por causa do marido, certamente, a beber junto, sobretudo cerveja e se apaixona pela cerveja de uma maneira, e só cerveja, extraordinária, e tem os filhos e uma vida rigorosamente sedentária, o que disparou a obesidade dela pela genética, em nós dois, porque ambos éramos muito magros... eu quando casei pela primeira vez muito magro, ela quando casou-se comigo muito magra, mas com DNA de obesidade, tanto no meu caso quanto no caso dela, claramente obeso, a família dela era, é muito obesa, a mãe, as tias, sobretudo os irmãos, então um DNA de obesidade muito claro e também de origem... a mesma origem européia, e como você sabe, nós que somos descendentes de europeus temos uma linhagem de defesa, de preservação da vida em que a gordura fazia parte do processo de desenvolvimento das nossas famílias, então é isso. Enfim, depois só se alimentou por problemas psicológicos, evidente, claro... a gente vai se defendendo e entrando em algo que é muito legal, é curioso porque não tem droga nessa parada, nem em um nem em outro, já pra te adiantar uma pergunta que imagino que é um tema que pra você interessa como psicóloga, jamais teve droga, droga, desculpe, além do álcool... além do álcool, mas também nenhum processo de alcoolismo, se é que se pode dizer isso, eu não sei exatamente quais são os limites, mas uma bebida freqüente não com dependência, mas com prazer.

P – Queria saber um pouco de qual era a sensação que você experimentava depois de comer muito e durante muito tempo?

S – Muita felicidade, muita alegria, muito bem-estar.

P – E quanto à ansiedade, o que acontecia?

S – Passava... e isso durava o suficiente até eu acordar... porque depois, naturalmente, logo depois desse prazer vem o sono e.. e aí acordava sempre muito bem também.... quer dizer, essa alegria não durava até o fim do sono, ela permanecia até... enfim, acordava sempre muito bem, muito feliz.

P – E aquela ansiedade sentida antes de comer voltava alguma hora?

S – Não, a ansiedade natural voltava em outra situação do dia-a-dia, do estresse diário próprio do trabalho. Mas a ansiedade de antes da comida era eliminada... é uma terapia mesmo, não há dúvida nenhuma, sabia perfeitamente disso, tinha consciência disso.

P – Como é que você definia o que era a comida antes da cirurgia?

S- Então, um prazer e uma terapia, sem dúvida... sem dúvida, certamente essas duas coisas... um prazer imenso pela cultura e terapia porque me fazia bem... me trazia alegria, felicidade.

P – E agora, depois da cirurgia, como você define a comida?

S – A mesma coisa, porque a cirurgia é absolutamente, você não me perguntou ainda mas já vou responder, é a coisa mais fantástica possível que alguém possa imaginar.... eu não podia imaginar que os resultados fossem tão extraordinários, pelo menos até aqui, não sei depois, sei que há alguns casos de reversão, mas no meu caso, eu me sinto o homem mais feliz do mundo pela razão de que eu não estou obeso, joguei fora todos os remédios, na minha vida a minha eficiência está, eu não diria restabelecida porque eu jamais a perdi, eu

estava na situação limítrofe de começar a perder eficiência no meu trabalho, como eu prezo muito isso... eu já tava começando a ter sinais de fadiga, que jamais tive, eu sou um workaholic, lamentavelmente, portanto pra mim trabalhar é um prazer imenso e eu já tava começando a sentir dificuldades, foi quando teve um episódio muito importante, que foi uma viagem a outro país, eu tinha um encontro, enquanto profissional... e esse encontro era em uma cidade antiga, onde palacetes abrigam os órgãos públicos e não tem elevadores... são escadarias, e, ao chegar ao final da escada, eu, muito obeso com 162kg, já com o joelho estourado, com a respiração muito debilitada, mal consegui cumprimentar e falar e participar das reuniões, e aí eu percebi que tinha chegado no meu limite de comprometimento da qualidade do meu trabalho. No meu trabalho eu sou muito rigoroso, muito precioso, e quero que as coisas funcionem sempre muito bem, um outro defeito importante da minha personalidade; e esse defeito que eu não aceito nos outros tava começando a, começou me... eu comecei a perceber debilidades no meu comportamento profissional. Então senti que ali a obesidade já não tava... porque até então, vaidade não me preocupava, doenças recorrentes não estavam me levando a tomar decisão de fazer a cirurgia, meu medo era... qual era meu medo? Meu medo era exatamente perder o prazer de comer e de beber, de poder comer e beber. E qual é a felicidade agora? É que eu fiz a cirurgia, diminui peso, acertei a minha saúde e voltei, ou melhor, escapei da situação de perda da eficiência no trabalho e continuo comendo bem e bebendo maravilhosamente bem, então o que aconteceu portanto é uma mágica, um fenômeno extraordinário, porque aconteceu apenas uma redução importante no volume de calorias ingeridas, da ordem de metade do que o que eu comia. Então hoje eu bebo menos, porque o

álcool rapidamente me faz... me faz efeito, dado que depois da cirurgia o álcool é rapidamente absorvido pelo organismo, e portanto o estado de sonolência, o estado de efeito do álcool é muito mais rápido, portanto o volume é muito menor, eu bebo menos da metade, como a metade, e bebo um terço do que eu bebia, esse é o volume de calorias ingerida, como o álcool é muito calórico, eu tenho uma redução, e além disso, hoje eu faço muito mais exercícios, então esses efeitos combinados, eu estou vivendo um momento de extrema felicidade, estou comendo muito bem, prazerosamente, gastronomicamente, degustando...

P - E você se satisfaz?

S – Me satisfaz... e continuo bebendo, não tomo uma garrafa de vinho por dia, tomo meia garrafa de vinho por dia, e hoje estou extremamente feliz, sou um caso a ser estudado mesmo, porque... essa cirurgia eu recomendo, pra todas as pessoas que me perguntam, com muito entusiasmo e muita certeza, muita confiança dos seus resultados, um espetáculo, nota dez.

P – Que legal. E agora, você vê alguma coisa nova mais no sentido negativo, algo que não existia, alguma coisa que te incomode, que te perturbe?

S – Nada, mesmo este processo, eu fui muito feliz. Porque mesmo o processo decorrente das sobras de pele, pela perda de um volume muito grande, estamos falando da perda de 51kg em 11 meses, não tem como, evidentemente, isso tem uma consequência que eu já sabia, sobra pele pra tudo quanto é lado, mas mesmo esse processo, como eu nunca tive vaidade, não sou um cara vaidoso, a mim isso não afeta em nada, até porque eu fui muito feliz, e ela não tem me trazido, do ponto de vista estético, nenhuma grande, digamos assim, dificuldade, as pessoas, ao contrário, acham que eu

estou super bem, mais bonito, cuidado e tal... a palavra é elegante, pra não exagerar, né. Mas evidentemente que se eu fizesse uma plástica agora, se eu quisesse fazer uma plástica, eu acertaria todos os detalhes, mas não fiquei com excesso, não fiquei com aquilo que se chama saia, na barriga, minha barriga não apresenta esse fenômeno, quer dizer, o meu comportamento, do ponto de vista estético, estou super feliz, eu não tenho necessidade rigorosamente alguma de fazer, pelo menos até aqui, com 51 de perda, qualquer plástica, não tenho essa vontade, pra mim, minha preocupação agora é não continuar perdendo pra não ter que fazer, já diminuiu bastante a curva de decaimento, começo a perder muito menos, provavelmente muito próximo de estancar, e com medo de começar a engordar. Então hoje se há uma preocupação, ela não é estética, ela não é de nenhuma ordem a não ser, será que vai estancar e começar a reverter? Isso não se sabe, cada organismo responde de um jeito... a minha vontade era que ele se estabilizasse neste momento... nem perder mais, nem voltar a ganhar... aí não sei, vamos ter que fazer uma conversa daqui um ano de novo...

P – Risos

S – Aí você já mestre, pro seu mestrado em Psicologia.

P – E as relações sociais, afetivas, profissionais, observa alguma mudança?

S – Essa é mais delicada, essa pergunta que você faz, porque ela me remete, como é uma pesquisa, sou obrigado a falar a verdade, a única questão que... está de alguma maneira, como desdobramento, como subproduto desse processo todo acontecendo é o fato da minha esposa, da minha mulher, ela estar com uma reação um pouco estranha a isso tudo, porque ela resistiu... a...

a... não queria que eu fizesse a cirurgia naquele momento, reconhece os efeitos, mas está um pouco mais distante. O que também vem acontecendo bastante é uma inevitável comparação, as pessoas que falam comigo perguntam a ela se ela também vai fazer, e isso tem nos trazido esse problema... Ela evidentemente se incomoda com esse tipo de comparação, então as coisas estão um pouco estranhas...

P – E ela considera fazer a cirurgia?

S – Ela ainda não sabe o que quer fazer, não explicita nenhum desejo claro de fazer... E na época em que fiz a cirurgia, discutíamos bastante sobre o porquê eu iria fazer, então, retomando, o que me motivou a fazer a cirurgia foi começar a perceber a possibilidade de perda da eficiência no trabalho, da eficiência e da eficácia, duas coisas importantes, a ponto de eu pôr em risco, quando entrei pra cirurgia, de saber se eu ia poder continuar psicologicamente equilibrado, tendo acesso a gastronomia, a degustação, enfim, aos valores que eu sempre tive... eu resolvi pôr em risco isso... e deu certo, porque eu, porque a minha eficiência no trabalho se mantém, está renovada e ao mesmo tempo o prazer também, a compensação psicológica que a comida e a bebida, enfim, me trazem, então está tudo certo neste momento na minha vida.

P – Acho que por hoje é o suficiente, obrigada.

S – De nada.

Observação: Um pedaço dessa primeira entrevista foi perdido por conta da pesquisadora não ter percebido o final do primeiro lado da fita. Nessa parte, que não foi possível ser transcrita, o sujeito relatou sobre dois picos de engorda ao longo de sua vida: o primeiro quando foi eleito e empossado em um cargo na universidade na qual trabalhava e, o segundo, após ter sido eleito e tomar posse de um cargo público.

Anexo IV

Segunda entrevista:

P – Boa tarde. Pensando um pouco na entrevista que a gente fez, eu queria saber um pouco de como é quando, inevitavelmente o seu nível de perfeição não é alcançado, você percebe como você reage, o que pensa, o que sente?

S – Percebo, percebo, percebo sim, me sinto, eu tenho, digamos assim, tenho a percepção clara que estou exagerando nesse perfeccionismo e, porque a minha reação é muito concreta fico, muito irado (risos) quando as coisas são incompetentes, te dou um exemplo aqui, ontem mesmo é, nós da equipe do trabalho fomos a um evento e houve um erro grave, e eu fiquei muito irritado, muito irritado e não consegui disfarçar essa irritação porque tinham outras pessoas que estavam de uma maneira se sentindo prejudicadas, eu deixei de falar com pessoas que precisava, ter falado que tinham ajudado, é, as informações que me vieram estavam completamente equivocadas, então essas coisas todas me deixam muito, poderia ser levado de outra forma mas eu percebo que eu me transtorno e isso afeta meu próprio, é, enfim meu próprio comportamento, então eu percebo com muita clareza.

P - E seus próprios erros, como é que você lida?

S – Eu acredito que tenho auto-crítica, eu percebo também com muita frequência as coisas erradas, tenho uma facilidade grande de pedir desculpas, de, de procurar reparar de, quando eu percebo que eu excedi, eu saí do fora de procurar as pessoas, de alguma maneira procurar reparar aquilo, quando eventualmente eu acerto, quando eu erro eu me sinto, da minha parte eu me

sinto mal no primeiro momento, mas depois eu procuro de alguma maneira superar isso mas eu tenho uma percepção também bastante aguçada eu acho pra maioria dos mortais, porque eu percebo muitas pessoas que não conseguem ter... vivem um outro mundo né, quer dizer, um mundo mais fantasioso e não são capazes de perceber os enquadramentos eu, eu percebo quando erro, procuro corrigir, reparar, pedir desculpas quando afeta outras pessoas, e sempre aperfeiçoar o meu... o meu comportamento na direção de procurar evitar que outros erros aconteçam, é isso aí.

P – E você fica bravo com você mesmo, e é fácil de se perdoar?

S – Fico bravo comigo mesmo... e acho que é fácil, não é difícil me perdoar não, aliás como não nada difícil perdoar os demais, as outras pessoas, a menos que haja evidentemente um grau de má-fé aí é muito difícil, quando há má-fé, “sacanagem” como a gente fala, aí é muito difícil eu conseguir perdoar mas quando é um equívoco involuntário, natural é muito fácil eu sou muito, coração mole isso em particular, eu não tenho orgulho que dizer, assim de pedir desculpas, eu não dificuldade de ir lá e falar “errei, peço desculpas...”, eu não tenho dificuldade disso, claro que depois que você já magoou a pessoa... (risos), mas pelo menos é uma consideração, né...

P – E assim, quando a realidade, assim no modo geral, quando não é ninguém específico, quando os desprazeres da vida te afetam, te frustram, como você reage?

S – Eu te falei, acho, que no outro programa que eu tenho dificuldade grande de saber perder, né...

P – Não, acho que não tinha dito...

S – Não? Nossa então se não disse, digo agora...(risos) Eu procuro evitar situações em que, desnecessariamente eu possa entrar em conflito, e sair derrotado... procuro selecionar os pro... os... os... as situações em que inevitavelmente eu preciso ir pro combate, para luta, pra disputa, sempre procuro, ao longo da vida é, é... por exemplo, uma coisa, quando eu não tenho governabilidade eu caio fora antes de... de poder pôr em risco o ganhar ou perder em determinada situação, isso vale pro esporte, isso vale pra relação amorosa, e isso vale pra profissão, quer dizer, eu procuro evitar a derrota, mas como ela é pra todos nós, mortais (risos)...ela é inevitável, é... ela me frustra bastante, é difícil ter, meu comportamento em relação à derrota é muito ruim... muito ruim... deveria levar mais esportivamente.

P – Na outra entrevista também, você me disse dois picos de engorda, quando você assumiu o cargo na universidade e quando entrou no atual cargo público. Pode-se dizer que esses dois picos tenham relação com uma situação de estar sendo posto a prova?

S – Sem dúvida, sem dúvida, sem dúvida... eu criei na minha cabeça uma questão de vaidade pessoal mesmo, a vontade de ser, de marcar minha trajetória como melhor profissional nesses dois lugares e pra marcar minha trajetória e ficar pra história, e como tanto num caso quanto no outro as condições do torno conjunturais, as circunstâncias eram desfavoráveis, muito desfavoráveis a mim, isso implicava em que pra ser... me destacar precisava necessariamente superar todos os obstáculos de uma conjuntura adversa. Quando entrei no primeiro cargo, na universidade, o quadro conjuntural era o pior possível para qualquer pessoa em meu lugar, qualquer, porque era o governo do presidente D., e um governo marcado... é, parte dele foi do

presidente D., parte não... marcado por uma política de congelamento das universidades federais e, portanto, muita dificuldade de custeio e quase nenhum investimento, é... nos dois primeiros anos ainda não era governo D., foi final do governo V., e ainda foi um pouco melhor, mas uma fase de transição no Brasil muito ruim, uma tristeza para as universidades federais, pros nossos projetos, a gente queria expandir, crescer vaga tal e foi um período muito ruim para todas universidades federais, completamente diferente do período atual, em que as equipes das universidades hoje surfam numa onda de muita prosperidade, de expansão, de dinheiro, não tem dificuldade de pagar conta, e a gente tinha, então eram constantes conflitos com o Ministro da Educação, e eu ainda fui presidente de um conselho ligado as universidade federais, então tinha um embate direito com o Ministro da Educação na época e, pra defender a universidade pública gratuita de qualidade e, sua expansão e, nós vivemos um momento muito difícil na conjuntura, e então isso tudo me trazia angústias, sofrimentos e desafios, então eu precisava me provar, e, eu precisava de uma maneira passar por essas provações... neste segundo cargo então o desastre ainda era maior porque... a cidade estava como uma das mais quebrada do Brasil de 5.562, e não tinha dinheiro pra nada, um monte de credores batendo na porta... e em uma circunstância de dois anos de governo D. de novo (risos), só desgraça, tudo congelado, não havia expansão, o Brasil estagnado, um momento muito duro, então sem dúvida nenhuma eu devo ao D. e sua política dos últimos anos nenhuma facilidade pra poder fazer nada, em nenhum dos dois cargos, então isso tudo certamente me traz muita angústia porque você é cobrado e tem aquela coisa, fora que no caso específico da universidade eu não tinha conflito interno... e pesado... sempre têm, né, porque é um pedaço da

sociedade com toda as suas contradições... mas no segundo cargo que assumi, nos dois primeiros anos de governo D. sem a gente conseguir fazer nada, e ao mesmo tempo com muita dificuldade de apoio, numa situação adversa... de, é... composição política... é... é...portanto, com as condições e com a conjuntura que eu já falei muito difícil não ter dinheiro, pagando muito juro, lei de responsabilidade fiscal nos obrigando a pagar dívidas dos anteriores, praticamente não sobrava dinheiro para investir e a cidade foi se deteriorando nos primeiros momentos, a gente fazendo alguma coisa ou outra, compensava isso com política, fazendo orçamento participativo, discutindo com as pessoas, apresentando propostas, mas do ponto de vista do concreto, os dois primeiros anos foram a pão e água a gente precisava equacionar a... a... situação fiscal municipal pra equilibrar, sem poder gastar mais do que recebia, do que arrecadava e a partir daí começava um horizonte de conquista que hoje nos leva ao reconhecimento extraordinário da sociedade, mas foi muito difícil isso trazia angústia, sofrimento, tristeza e uma luta de sobrevivência política inclusive, exatamente esses dois episódios me marcaram muito e são responsáveis por uma ansiedade descontrolada e... que conjunturalmente se somava à minha já própria, à minha situação natural e potencializava todo o... todo o... o... processo de engorda né.

P – Aí já entrava naquilo que você me disse da compensação, do alívio...?

S – Isso, isso... do alívio. É, como eu não sou viciado em nada, era na comida... e um pouco do álcool, socialmente falando.

P – E ainda continuando por aí, é... não pensando o que seria profissionalmente, mas no plano pessoal, como você considera que seria,

como vivência pra você, como te afetaria se a pessoa que entrar em seu lugar no atual cargo que você exerce não for afinada com seus ideais?

S – Ficaria derrotado, muito fracassado, tenho certeza que eu ia reagir muito mal, espero não fazê-lo né, eu estou trabalhando muito, trabalhando muito porque eu não, não, não saberia conviver direito, até por conta do que eu já expliquei da questão derrota, então eu estou jogando tudo que eu posso pra que isso não ocorra, o que apesar de eu estar neste momento com as pesquisas sérias feitas pelo pessoal da própria universidade, com índice extraordinário de aceitação, na ordem de 70%, bom e ótimo e apenas 5% de rejeição, mau e ruim e péssimo, ruim e péssimo, é, isso não quer dizer que necessariamente o trabalho que eu acredito vai continuar, mas eu trabalhei pra chegar a esse ponto, pra ser o melhor no cargo que exerço... eu não saberia certamente... é... é... agüentar essa fracasso, sei lá o que aconteceria depois.

P - E a última pergunta, mas eu não sei se vale a pena a gente entrar agora, é sobre a consideração que você fez na entrevista passada sobre seu relacionamento conjugal, um pouco da situação de estranhamento. Como você avalia que isso pode se desenvolver?

S – É, eu também não sei... até porque não estou tendo tempo de pensar no coração... (risos)... acho que essas coisas ainda vão se dá, eu tenho uma mulher maravilhosa que me dá um suporte extraordinário e... filhos queridos que estão sempre juntos, impressionante essa coisa da família com a força que ela proporciona, né... então a minha expectativa, evidentemente, é poder contornar essas dificuldades todas provenientes claramente da minha... da minha pouca dedicação a esse tema em função do... do extremo envolvimento com resultado positivo que eu quero ter, né... e passado esse

processo aí certamente, é... cuidar de refazer as relações pra que elas se reconstruam num patamar e em um plano de mais cuidado, mais zelo, com a esposa, com os filhos, do que eu tenho pra divulgar... (risos)

P – Muito obrigada

S – De nada, foi um prazer.