

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 06/10/2019.

JULIANA MEDEIROS SILVA

**SOBRE O ESTATUTO PSÍQUICO DA OBESIDADE FRENTE À
DEMANDA CONTEMPORÂNEA:
sintoma e acontecimento de corpo**

ASSIS

2017

JULIANA MEDEIROS SILVA

**SOBRE O ESTATUTO PSÍQUICO DA OBESIDADE FRENTE À
DEMANDA CONTEMPORÂNEA:
sintoma e acontecimento de corpo**

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

Orientador: Prof^o Dr. Gustavo Henrique Dionisio

Bolsista: CAPES

ASSIS

2017

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

B586s Silva, Juliana Medeiros da
Sobre o estatuto psíquico da obesidade frente à demanda contemporânea: sintoma e acontecimento de corpo / Juliana Medeiros Silva. Assis, 2017.
198 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. Gustavo Henrique Dionisio

1. Obesidade - Aspectos psicológicos. 2. Psicanálise. 3. Corpo humano. 4. Manifestações psicológicas de doenças. I. Título.

CDD 616.398

Juliana Medeiros Silva

**SOBRE O ESTATUTO PSÍQUICO DA OBESIDADE FRENTE À
DEMANDA CONTEMPORÂNEA: sintoma e acontecimento de
corpo**

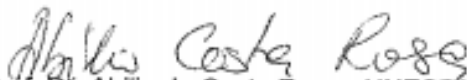
Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestrado Acadêmico em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 06/10/2017

COMISSÃO EXAMINADORA



Presidente: Prof. Dr. Gustavo Henrique Dionísio - UNESP/ASSIS



Membros: Prof. Dr. Abílio da Costa Rosa - UNESP/ASSIS

Prof. Dr. Niraldo de Oliveira Santos - SÃO PAULO-SP

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Luis Gabriel do Rosário da Silva e Laurinda da Cunha Medeiros Silva, que me apoiaram e me incentivaram na realização desse sonho, sempre com palavras de ânimo nos momentos mais difíceis. Obrigada por me propiciarem, ao longo da vida, meios e condições para que eu pudesse trilhar meus objetivos e conquistar aquilo que desejo, sempre priorizando o bem-estar dos filhos. Sem vocês eu não chegaria até aqui. Mãe, obrigada pelos lanchinhos no quarto quando os prazos apertavam, foram fundamentais para que eu pudesse concluir o que era preciso.

Ao meu irmão, Gabriel Medeiros Silva, por me ajudar nos momentos de crise, resolvendo, inclusive, problemas técnicos que inviabilizavam a continuidade do trabalho. Você foi parceiro.

Ao meu orientador, Gustavo Henrique Dionisio, que desde o início abraçou o meu tema e se dispôs a me auxiliar nesta longa caminhada, me orientando e se mostrando compreensível diante das peripécias da vida. Obrigada por contribuir com seu vasto conhecimento e por todo apoio.

Às minhas amigas, Juliana Dornelas da Silva e Catarina Pires Carneiro, por compartilharem comigo essa fase, pela incansável escuta nos momentos de crise, pelas leituras e por todo acolhimento quando eu achava que não chegaria ao fim. Amizade assim é coisa rara.

À querida Eliane da Costa Dias, grande incentivadora deste trabalho quando ele ainda era apenas uma ideia para um futuro distante. Obrigada por me fazer acreditar que seria possível e que deveria realizá-lo naquele momento. Suas palavras realmente me tocaram e me deram força para investir nesta empreitada.

A todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram presentes ao longo deste processo e puderam acompanhar a construção deste trabalho, tão caro para mim. Lívea, Nívea, Carolina, Vanessa, Daniela, Lauane, Camila, Raphael, Mariana e tantas outras, meu obrigada. Tê-los ao meu lado foi um diferencial.

Ao André Morelli, meu parceiro de editoração na revista Parrésia, pelas dicas e incentivo para conclusão do trabalho.

À agência de fomento CAPES pelo suporte técnico e financeiro para realização deste trabalho. À pós-graduação da UNESP por me receber no programa e propiciar esta experiência tão importante para meu crescimento profissional.

Aos membros da banca examinadora, Niraldo de Oliveira Santos e Abílio da Costa Rosa, por aceitarem fazer parte deste momento e por toda contribuição dada desde a qualificação. Foi um privilégio contar com pessoas tão queridas e às quais eu tanto admiro o trabalho.

SILVA, Juliana Medeiros. **Sobre o estatuto psíquico da obesidade frente à demanda contemporânea: sintoma e acontecimento de corpo**. 2017. 198 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). –Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017.

RESUMO

A prevalência de sobrepeso e de obesidade vem se apresentando como um dos principais desafios enfrentados pela saúde no âmbito mundial. Considerada pela medicina uma doença crônica, multifatorial e de complexo tratamento, a obesidade afeta todas as faixas etárias da população e é um importante fator de risco para outras doenças, sendo responsável pela morte de mais de 2,8 milhões de pessoas por ano. Seu impacto reflete e interfere de forma significativa na qualidade de vida, na realização das atividades diárias e na busca pelos serviços de saúde, além de ter implicações diretas na aceitação social, nas relações interpessoais e na própria relação do sujeito consigo e com seu corpo, trazendo assim uma série de prejuízos àquele que a desenvolve. Inúmeros tratamentos buscam minimizar os efeitos da obesidade e até mesmo encontrar sua cura, no entanto, as respostas dadas pelos sujeitos nem sempre acompanham os esforços da ciência no combate ao excesso de peso, resultando muitas vezes no insucesso das terapêuticas e destacando algo que diz da ordem psíquica. A dificuldade de controle da obesidade, seus índices expressivos e progressivos e as questões psíquicas que envolvem essa manifestação chamam a atenção e convocam também o psicanalista à reflexão. O que poderia significar esse “boom” da obesidade no contexto contemporâneo? Que lugar a obesidade pode assumir para o sujeito em sua economia psíquica? – Eis perguntas fundamentais e que nortearam este estudo. Frente a esse cenário e diante das múltiplas facetas da obesidade e suas vicissitudes, a presente pesquisa, teórica e qualitativa, resguardada à vivência com essa população, se propõe a discutir sobre o estatuto dessa manifestação no corpo, característica da obesidade – o excesso de peso – a partir do referencial teórico da psicanálise, visando refletir sobre esse fenômeno na atualidade e sobre a função que o peso excessivo pode assumir para o sujeito, considerando também as designações de *sintoma* e *acontecimento de corpo*. Este trabalho objetiva discutir sobre a obesidade em sua integralidade, considerando o corpo a partir de sua unidade biológica (orgânico) e psíquica (orientado pela pulsão e pelo desejo), contribuindo, assim, para compreensão mais abrangente dessa manifestação em seus aspectos psíquicos, físicos e sociais.

Palavras-Chave: Obesidade – aspectos psicológicos. Psicanálise. Corpo humano. Manifestações psicológicas de doenças.

SILVA, Juliana Medeiros. **On the psychic status of obesity in relation to the contemporary requirement: symptom and body event.** 2017. 198 p. Dissertation (Masters in Psychology). – São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2017.

ABSTRACT

The prevalence of overweight and obesity is occurring as one of the main challenges faced by worldwide healthcare. Considered by medicine as a chronic disease, having multifactorial and complex treatment, obesity affects all age groups of the population and is an important risk factor for other diseases, being responsible for the death of more than 2.8 million people per year. Its impact reflects and significantly interferes in quality life, daily activities and in the search for health services; and also has in social acceptance, interpersonal relationships and the subject's own relation with himself and his body, bringing a serie of prejudices to the one who develops it. Numerous treatments seek to minimize the effects of obesity and even find its cure; however, the responses given by the subjects do not always accompany the efforts of science in the fight against overweight, often resulting in the failure of therapies and highlighting something about the psychic issue. The difficulty of controlling obesity, its expressive and progressive raise, and the psychic problems involved in this manifestation attract attention and also invite the psychoanalyst to reflect. What could this obesity 'boom' mean in the contemporary context? What place can obesity assume for the subject in his psychic economy? - These are fundamental questions that guided this study. Faced by this scenario and in view of the multiples aspects of obesity and its vicissitudes, the present theoretical and qualitative research, despite the experience with this population, proposes to discuss about the status of this manifestation in the body characteristic of obesity, the excess weight, from the theoretical reference of psychoanalysis, in order to reflect on this phenomenon in the present time and about the function that the excessive weight can assume for the subject, also considering the designations of symptom and event of body. This work aims to discuss obesity in its completeness, considering the body from its biological (organic) and psychic (driven by drive and desire) unity, thus contributing to a more comprehensive understanding of this manifestation in its psychic, physical and social rights.

Keywords: Obesity - psychological aspects; Psychoanalysis; Human Body; Psychological manifestations of diseases.

Sumário

Introdução	09
Parte I	
I.I. Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos.....	26
I.II. Da beleza ao estigma do horror e da doença	32
I.III. Do orgânico ao psíquico.....	41
I.IV. O limite dos tratamentos e a importância da psicanálise.....	55
Parte II	
II.I. O corpo na psicanálise e a imagem corporal: vias de constituição do sujeito.....	78
II.II. O corpo a partir de Lacan.....	100
Parte III	
III.I. O sujeito no contemporâneo e as manifestações psíquicas	122
III.II. Obesidade no contexto contemporâneo: o sujeito “engolido”, o sujeito “amarrado”.....	144
O momento de concluir	174
Referências.....	178

Introdução

*“Desejo, necessidade, vontade
Necessidade, desejo, eh!
Necessidade, vontade, eh!
Necessidade”
(Titãs, Comida)*

A alimentação, intrínseca à existência, é uma das experiências mais primordiais e antigas vivenciadas pelos seres vivos. Incitado pelo instinto de sobrevivência e pelo meio social, o homem é estimulado a comer desde o seu nascimento até o fim de sua vida, estabelecendo com o alimento/ato de se alimentar relações que vão muito além da inerente necessidade de subsistência e nutrição. É seguro dizer que o alimento, vital para manutenção do funcionamento do organismo e agente de preocupação em escala mundial (seja por sua escassez, desperdício ou excesso), assegurado pelo ato da alimentação, é propulsor de uma experiência única e marcante para cada indivíduo e, também, uma das primeiras formas de afeto recebida e assimilada, deixando impressões que influenciam o sujeito ao longo da vida.

A amamentação é o primeiro passo de inserção do homem no campo da alimentação e um dos mais rudimentares modos de relação com o meio externo; sua importância para o desenvolvimento do bebê é reconhecida tanto pelos benefícios nutricionais e imunológicos quanto pelos desdobramentos psíquicos que esse ato pode ter. É por meio da boca que o bebê interage pela primeira vez com o mundo e com o seu semelhante, iniciando o desbravamento do que é ser humano e de existir em uma realidade. Ao ser alimentado, o bebê entra em contato com o outro, recebendo deste não só o conforto abdominal advindo pela saciedade da fome, mas também o contato físico e o afeto, proporcionando frequentemente uma experiência prazerosa e de satisfação¹, a qual contribuirá para sua constituição enquanto sujeito e propiciará a manutenção de vínculos afetivos na idade adulta²(FREUD,

¹ Vale dizer que nem sempre as primeiras experiências alimentares são prazerosas; em alguns casos, o bebê pode vivenciá-las de forma traumática, dependendo de como se dá o processo. Além dessas experiências iniciais, a relação com o alimento/ato de se alimentar também pode ser sentida de forma desprazerosa em outros momentos da vida, independentemente da idade.

² Freud, em seus textos *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* (1905/1996), *Introdução ao Narcisismo* (1914/2010) e *Os Instintos e Seus Destinos* (1915/2010) já sinalizava a

1905/1996; FREUD, 1914/2010; FREUD 1915/2010; FREUD, 1924/2011; WINNICOTT, 1945/2000; LACAN, 1962 – 1963/2005; KLEIN, 1952/1982; KLEIN, 1973). Dessa condição de deleite é que, na maioria dos casos, se apreende desde a primeira infância que comer é bom, conforta, além de ser indispensável ao desenvolvimento – concepção esta insistentemente reforçada pela mídia destinada ao público, tanto adulto quanto infantil.

Ao longo da vida, o comportamento alimentar varia e se adapta de acordo com as experiências e condições vivenciadas, não sendo incomum que o alimento (ou sua ausência) assuma lugar de amparo, satisfação, expressão e alívio de emoções que, inclusive, ocasionalmente não conseguem ser nomeadas, assim estabelecendo uma importante função psíquica. O que decorre dessa relação, tão particular e ao mesmo tempo tão vital, é que muitas vezes o sujeito se perde (ou poderíamos dizer: se encontra?) nesse vínculo, e a comida, recusada ou ingerida em demasia, sucumbe ao *status* de problema, como vemos, por exemplo, nos casos de anorexia, bulimia e obesidade.

Se por muitos anos a desnutrição foi considerada uma das maiores preocupações mundiais e alvo de intenso combate pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde, hojea obesidade parece pretender superá-la, assumindo, no cenário mundial, níveis de equivalência e até mesmo de destaque (WHO, 2002; BATISTA & RISSIN, 2003; WHO, 2014b; WHO, 2016), demarcando, assim, uma importante mudança histórica no cenário alimentar.

Cercada por mitos e preconceitos e considerada uma das “enfermidades” mais antigas e versáteis do ser humano, a obesidade é detentora de diferentes compreensões, enredadas e forjadas em distintos contextos históricos e, também, uma das manifestações mais paradigmáticas que se apresenta na contemporaneidade. Sua trajetória ao longo dos anos, assim como seu caráter multifacetado e os desdobramentos advindos deste, convidam a ciência a constante reflexão, apontando a importância e a influência das mudanças sócio-históricas na compreensão dessa manifestação, principalmente no que tange à ação e ao impacto que essas mudanças exercem sobre o homem, no âmbito individual e coletivo.

importância das experiências libidinais infantis e das primeiras relações objetais estabelecidas pela criança como um fator fundamental para o desenvolvimento da afetividade na fase adulta.

Reconhecida em 1997 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pela primeira vez como uma manifestação epidêmica no cenário mundial³ (WHO, 2000) e hoje como a maior epidemia do século XXI (WHO, 2002; WHO, 2012; WHO, 2014), a obesidade se apresenta como protagonista de alguns dos muitos “problemas”enfrentados na atualidade e tem trazido à tona problematizações de extrema urgência e pertinência. Com um requintado arcabouço de complicações e desdobramentos, a obesidade está incluída entre os principais fatores que levam a Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁴ (DCNTs) graves e se tornou responsável por um número significativo de óbitos, além de onerosos gastos para o sistema de saúde (WHO, 2012), sendo considerada atualmente a mais importante doença nutricional do mundo ocidental⁵ (TARDIDO & FALCÃO, 2006).

Além dos sérios comprometimentos orgânicos e físicos que decorrem dessa manifestação, ela é também permeada por relevantes aspectos e repercussões psicológicas, figurando, muitas vezes, como uma importante fonte de prejuízos a níveis social e pessoal, principalmente se considerarmos os padrões e as exigências estéticas de beleza vigentes na atualidade.

O avanço rápido e progressivo nos índices de obesidade, que ultrapassa a proporção esperada de acordo com o crescimento populacional e circunscreve sua magnitude enquanto expressão patológica, vem promovendo, principalmente nos últimos 20 anos, um aumento expressivo de pesquisas visando compreender sua etiologia e sua heterogeneidade, assim como encontrar meios de minimizar seus efeitos e até mesmo proporcionar sua cura. No entanto, apesar da evolução na compreensão dessa manifestação e a

³ Esse reconhecimento é resultado de dois anos de um estudo realizado pela OMS em parceria com mais de 100 pesquisadores de todo o mundo e resultou no compilado *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*, publicado pela OMS em 2000.

⁴ As DCNTs, consideradas um sério problema de saúde pública, são doenças multifatoriais de longa duração que se desenvolvem no decorrer da vida e tem forte impacto na saúde mundial. Em 2001, segundo a OMS, as DCNTs já eram responsáveis por cerca de 60% das mortes no mundo e a estimativa é de que em 2020 esses índices aumentem para 75%, caso o quadro não seja revertido. Dentre as principais DCNTs destacam-se as doenças cardiovasculares, a diabetes, o câncer e as doenças respiratórias crônicas, resultado de diversos fatores, dentre eles o tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável, onde a obesidade se inclui. O rápido crescimento desses índices, associado à dieta, se apresenta como consequência dos hábitos alimentares adotados na sociedade atual, onde há predominância de alimentos açucarados, gordurosos e extremamente calóricos (OMS, 2002; WHO, 2002b; WHO, 2014).

⁵ Dado que ratifica a importância do fator cultural.

despite dos inúmeros esforços da medicina e das diversas ações implantadas para combater o excesso de peso, a incidência da obesidade se apresenta incontrolável e suas múltiplas peculiaridades ainda constituem uma interrogação em distintas áreas do conhecimento, delatando, assim, certo limite da ciência.

Embora o excesso de peso seja altamente discutido na medicina e na mídia, o tema ainda carece de discussões no meio psicanalítico, onde o assunto vem ganhando espaço mais recentemente. As peculiaridades presentes na obesidade, somadas aos insucessos de seus tratamentos e à dificuldade da medicina em controlar sua ocorrência, tem levado ao reconhecimento da importante dimensão subjetiva presente nessa manifestação e revelado a necessidade de discussões mais abrangentes e integradas sobre o corpo e o “adoecer”, convocando também o psicanalista a um posicionamento.

Na atualidade, em que observamos uma nova concepção das subjetividades, na qual o corpo assume um lugar privilegiado e se torna palco principal das mais diversas manifestações⁶ (BIRMAN, 2003; GOROSTIZA, 2006; LAURENT, 2012; BIRMAN, 2014a; DUNKER, 2015), pensar sobre a obesidade certamente exige muito mais do que pensar sobre o corpo físico (carne/tecido adiposo) excessivo e dotado de seus inúmeros aspectos orgânicos e clínicos: implica reconhecer a sua importância, levando em conta as distintas e complexas etiologias e demandas que envolvem a obesidade, considerando o corpo também a partir da ótica psíquica e enquanto detentor de uma construção e função no social. Neste sentido, implica olhar para o sujeito⁷, que muitas vezes se utiliza do corpo como meio de expressão/comunicação e/ou de se fazer vivo, visto, escutado.

⁶ Vale dizer que o uso do corpo como palco de manifestações psíquicas já era constatado e estudado desde Freud, em seus estudos pré-psicanalíticos. O que marca a atualidade é o aumento no uso desse corpo enquanto delator de questões psíquicas, onde emergem manifestações que parecem trazer em si características que marcam o contemporâneo.

⁷ A noção de sujeito, termo assim denominado por Lacan e que tem sua referência no campo psicanalítico desde Freud, originou-se a partir da concepção do aparelho psíquico e do campo pulsional, que circunscrevem a noção de subjetividade, marcando um “para além” do homem enquanto ser vivo/organismo, ou seja, um ser inserido na ordem social por meio da linguagem e da família (GARCIA-ROZA, 2001). Neste sentido, podemos dizer que o sujeito não é inato, não “nasce” e tampouco se “desenvolve”: ele se constitui e o faz a partir do campo da linguagem e da relação com seu semelhante, é inconsciente, é o sujeito do desejo (LACAN, 1998; ELIA, 2004).

É preciso, entretanto, esclarecer que, apesar de orgânico e psíquico tratarem por fim de uma unidade inseparável, a dimensão de corpo adotada e estudada pela medicina é distinta daquela compreendida pela psicanálise e, conseqüentemente, o olhar que se destina às manifestações do corpo também se distingue, como no caso da “doença” – significante do saber médico.

O corpo, concebido sob o prisma biológico, é visto pela medicina como um organismo e estudado por ela em termos de suas funções, da especificidade de seus órgãos e do funcionamento de suas células (ZORZI & STARLING, 2010). Nesse seguimento, o corpo é tido como um conjunto de sistemas harmônicos em funcionamento e a doença está associada à disfunção ou lesão do organismo, de forma que diante de qualquer alteração, como o distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, esse corpo é interceptado pelo saber médico, que logo trata de nomear o sintoma e tentar eliminar a doença que se revela, ainda que essa nem sempre seja de causação orgânica.

Diversa a essa compreensão, a psicanálise entende o corpo a partir da ordem psíquica, como um complexo, regido pela pulsão, pelo desejo e pela sexualidade (FREUD, 1905/2006), donde o “adoecer” pode assumir uma função psíquica. Lacan, no seminário sobre os *Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise* (1964/2008), afirma que “tudo o que está no organismo como órgão se apresenta sempre com uma grande multiplicidade de funções” (p. 99), o que leva a concluir que todo órgão pode ter uma função, e, mais além, o corpo como um único órgão pode ser palco de muitas manifestações psíquicas. Neste sentido, orientado pela pulsão e pelo desejo, o corpo deixa de ser apenas carne e ganha contornos mais complexos, se apresentando como um corpo que fala e que o faz das mais diversas formas, inclusive através do “adoecimento”.

Nessa lógica, a obesidade assumiria então o *status* de manifestação, trazendo em si algo que diz do sujeito e não necessariamente de uma doença, como preconiza a medicina. Compreendida então como manifestação, a intervenção passa a ser outra; ao invés de se buscar a “cura”, tal como a medicina faz, a psicanálise busca entender o que há de latente na obesidade e, assim, a partir da fala, promover alguma mudança subjetiva que venha refletir no modo de existir do sujeito e em seus hábitos. Nesse sentido, a psicanálise

não se apresentaria enquanto uma modalidade de tratamento corretivo ou educativo, mas como uma modalidade voltada a compreensão da obesidade em sua singularidade para cada sujeito.

Tomando essa distinção entre corpo-orgânico e corpo-pulsional e sua inerente existência enquanto unidade no sujeito, a pergunta que pareceria simples e óbvia em primeira instância se torna difícil de responder: de que se tem fome? E ainda, por que, em alguns casos, a fome parece ser insaciável? Evidentemente, não podemos negar a necessidade fisiológica do organismo, posto que a fome e a sede são duas das mais poderosas forças motivacionais inatas do ser humano; no entanto, a percepção da fome e sua diferenciação da vontade de comer vão muito além do aspecto orgânico e trazem em seu âmago contingências que envolvem desde seu recorte psicossocial até sua compreensão a partir dos aspectos emocionais. Em outras palavras, há uma fundamental distinção entre a alimentação por fome (demanda do organismo) e a alimentação por desejo/vontade de comer (demanda psíquica, que, muitas vezes, se apresenta sob a forma de fome insaciável), limiar no qual a obesidade se mostra inserida.

Considerando o corpo pulsional, podemos dizer que esse exige um “mais-de-comer”, um comer para além da ordem orgânica, perspectiva na qual a relevância psíquica deixa claramente sua marca: come-se também psiquicamente. A veracidade desse fato é clara: quantas vezes o organismo está satisfeito e é forçado a encontrar um “espacinho” para a sobremesa predileta? Quantas vezes se tem “fome” de algo específico? O prato preferido, aquela comida que lembra a infância... Até mesmo o gosto por um alimento e a rejeição por outro demarcam o caráter subjetivo presente na alimentação. Aliás, quantas vezes o chocolate é utilizado para acalmar ou acalantar um dissabor?

É nesse cenário, onde a subjetividade se faz imperativa e a medicina encontra seu limite, que observamos na clínica *psí* uma crescente demanda de atendimento a pessoas com obesidade. O reconhecimento da importância das questões subjetivas/psíquicas que atravessam essa manifestação leva, na maioria dos casos, o médico a indicar ao paciente um tratamento multidisciplinar, onde a psicologia e a psicanálise encontram seu espaço, principalmente quando o recurso de tratamento escolhido é a cirurgia bariátrica,

também conhecida por gastroplastia ou, popularmente, cirurgia de redução de estômago, indicada para os casos mais graves de obesidade.

Indispensável (leia-se: obrigatória) para a realização desse procedimento, a avaliação psicológica apenas foi reconhecida em sua importância muito tempo após o nascimento da cirurgia bariátrica, mediante o atravessamento das inúmeras complicações psicológicas e psiquiátricas pós-cirúrgicas apresentadas pelos pacientes (COUTINHO, 1999; GARRIDO, 2003; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005). Essas intercorrências, que culminavam no comprometimento dos resultados da cirurgia, fizeram com que o saber *psi* se tornasse um aliado fundamental no tratamento da obesidade mórbida, tanto no preparo quanto (e principalmente) no período pós-cirúrgico – momento em que o sujeito se depara com a realidade de sua escolha. Foi nesse cenário de aliança entre esses dois saberes que a realização deste trabalho se tornou possível.

A experiência com obesos mórbidos e a inquietação frente a essa manifestação e suas diferentes formas de significação para o sujeito se deu a partir de minha prática clínica junto a uma equipe multidisciplinar de preparo e acompanhamento para realização da gastroplastia⁸, em uma rede particular de assistência à saúde, conciliada com estudos paralelos acerca de doenças com destaque contemporâneo como depressão, anorexia e obesidade, sob o prisma da psicanálise freudiana e lacaniana. A função da psicologia nesse contexto consistia em verificar as condições psíquicas dos pacientes que desejavam se submeter à cirurgia bariátrica e suas possibilidades para lidar com as repercussões físicas e psicológicas que advêm dessa técnica tão invasiva e “definitiva”. Deste modo, era esperado por parte da equipe que a psicologia avaliasse se o paciente possuía condições de atender às exigências da cirurgia, sendo um impeditivo, a princípio, apenas em casos mais graves (como depressão grave, esquizofrenia, pacientes em surto e/ou com histórico de psicose desencadeada, dentre outras especificidades) e sem acompanhamento psiquiátrico, assim como em pacientes totalmente descomprometidos com o

⁸ Vale dizer que a minha inserção se deu em uma equipe que já estava em funcionamento há bastante tempo, de forma que, concomitantemente, eu atendia a pacientes egressos no programa e a pacientes que já haviam realizado a cirurgia, com os quais eu estava tendo contato pela primeira vez naquele momento.

programa⁹. Ao final da avaliação, era emitido um relatório declarando se o paciente estava apto ou não ao procedimento e, conseqüentemente, liberando-o ou não da intervenção cirúrgica. Cabia à psicologia, também, acompanhar o paciente no período pós-operatório, dando suporte às possíveis questões que pudessem surgir e comprometer o autocuidado e o emagrecimento.

A inserção da psicologia na equipe se dava por meio de atendimentos individuais e de palestras informativas em grupo, onde eram discutidos diversos temas, como bulimia, anorexia, compulsão alimentar, ansiedade, depressão, imagem corporal, dentre outros – preparo que durava em torno de 10 meses, podendo variar de acordo com as necessidades de cada sujeito. O objetivo central era instrumentalizar e auxiliar o paciente nesse processo para que, compreendendo melhor sua obesidade e tendo clareza sobre as diversas e possíveis mudanças advindas da cirurgia, pudesse aderir de forma mais consciente ao tratamento, obtendo bons resultados com o procedimento.

Após a realização da cirurgia, era exigido que o paciente mantivesse o acompanhamento psicológico por no mínimo dois anos (o que muitos não seguiam), sendo posteriormente encaminhado para acompanhamento externo quando suas questões não mais se referiam à obesidade/emagrecimento ou quando estas demandavam um tratamento analítico regular. Salvo essas situações, transcorridos os dois anos de pós-operatório, o paciente obtinha alta.

A avaliação psicológica era uma das etapas anteriores impostas para realização da gastroplastia e, muitas vezes, o paciente chegava para o atendimento com a expectativa única de obter um relatório que o autorizasse a realizar o procedimento – o que, para frustração desse, não ocorria. Esse relatório, que por si só era capaz de impedi-los de realizar o procedimento naquele momento (pelo menos com a nossa equipe), era anexado ao restante do protocolo (relatórios nutricionais e médicos, assim como aos diversos

⁹ Neste sentido, cabe ressaltar que o paciente que não aderiu ao programa estabelecido pela equipe e não cumpria todas as etapas (donde se inclui a avaliação psicológica), era automaticamente impedido de fazer a cirurgia. Outro aspecto responsável por barrar a realização do procedimento cirúrgico era o ganho de peso ao longo do processo, ao que a psicologia também precisava estar atenta, uma vez que significava uma dificuldade do paciente de mudar sua relação com a comida, o que provavelmente traria problemas no pós-operatório.

exames exigidos) para que enfim o paciente pudesse (ou não) ser encaminhado à cirurgia.

A particularidade dos sujeitos que ali se apresentavam, a dificuldade de adesão às recomendações da equipe e a comum pressa¹⁰ pelo procedimento me fazia questionar o significado de todos aqueles relatórios. O que poderiam aqueles papéis, emitidos em um período curto de tempo, garantir, comparados à complexidade dos sujeitos que ali se apresentavam? Seria realmente possível preparar alguém para algo tão complexo ou estaríamos apenas advertindo-os sobre o procedimento e suas repercussões? Neste sentido, o que seria esse preparo denominado indispensável? E mais, considerando a psicologia, de qual liberação estávamos de fato falando, considerando que muitas vezes o paciente já estava com tudo pronto para realizar a cirurgia e, em alguns casos, até mesmo com data marcada¹¹?

De antemão, a seriedade e a complexidade da cirurgia me intrigavam: o que movia aquelas pessoas para, com tantos métodos de emagrecimento, recorrerem à gastroplastia, que se apresenta como um procedimento invasivo e com mudanças tão abruptas? Embora muitos alegassem o insucesso com outros métodos de emagrecimento, era evidente, em seus discursos, que, em sua maioria, a tentativa tinha sido boicotada por eles mesmos, que não conseguiam se implicar de fato no emagrecimento e seguir as recomendações médicas e nutricionais.

O que chamava a atenção, contudo, é que embora muitos nem parecessem se esforçar, era nítido que para outros havia algo muito mais forte que os impedia de realizar as mudanças necessárias. Essa constatação me levava a questionar se havia desejo pelo emagrecimento, considerando todo o

¹⁰ Neste sentido, cabe observar que muitos pacientes, ao serem encaminhados para a equipe cirúrgica e se depararem com um protocolo que demandaria em média 10 meses de preparo, recorriam às vias jurídicas e à Agência Nacional de Saúde (ANS), buscando, através de liminares, encurtar o processo.

¹¹ Vale esclarecer que muitas vezes os pacientes vinham para a nossa equipe após iniciar o preparo com outros profissionais e instituições, de forma que muitos chegavam munidos de exames e liberações médicas e nutricionais, faltando por vezes apenas a liberação da psicologia. Em sua maioria, esses pacientes declaravam estar na reta final para realizar a cirurgia e alguns já tinham até data marcada, apesar de muitas vezes apresentarem uma lacuna em seus preparos e carecerem de informações fundamentais – o que nossa equipe procurava sanar em um preparo reduzido. É de se imaginar que por vezes houve um desajuste na própria equipe, na medida em que o médico, comovido com a demanda do paciente, tentava “encurtar” o processo, para que o paciente pudesse ser encaminhado à cirurgia o quanto antes.

significado que esse termo tem psicanaliticamente, ou se aqueles sujeitos estariam somente tentando responder a demandas outras, como a do social. E, se queriam emagrecer, de que se tratava aquilo que tornava o emagrecimento tão difícil?

Diante dessas circunstâncias, a preocupação com os desdobramentos da cirurgia era implacável: se não conseguiram realizar as mudanças necessárias para o emagrecimento de forma lenta, como conseguiriam se adequar às mudanças instantâneas e impositivas advindas da cirurgia? O que significava essa escolha que os deixava, em certa medida, sem escolha?

Apesar das limitações que o contexto impunha a um tratamento analítico, a escuta era inevitável. Diante do convite à fala, feito a esses pacientes, a fim de compreender em que contexto se situava sua obesidade e o que movia a escolha pela cirurgia, se observava questões que iam muito além do emagrecimento e apresentavam algo do sofrimento psíquico do sujeito¹². Estava diante de sujeitos envolvidos em questões que mais falavam e sinalizavam a predominância de sua subjetividade desvelada em seu corpo do que propriamente do aspecto orgânico de sua doença - o que, neste sentido, poderia justificar que os demais tratamentos (médicos, nutricionais e farmacológicos) não tivessem obtido o resultado desejado.

Os discursos evidenciavam que a obesidade não refletia apenas o corpo tomado estritamente em sua concepção biológica, mas a unicidade entre a *psique* e o corpo físico. Desse modo, o corpo obeso, que apresentava no físico seu estigma, anunciava, na mesma medida, que não se tratava da demanda crua, como se apresentava à equipe, mas de algo da ordem psíquica, se apresentando então como suporte e reflexo de uma série de questões que, muitas vezes, não conseguiam ser ditas e percebidas, destacando os aspectos psíquicos enquanto fundamentais na existência daquele corpo excessivo e patenteando a importância de se atentar ao inconsciente.

Durante os atendimentos, era comum o relato de outras questões que não diretamente incidiam sobre a obesidade e/ou o tratamento propriamente dito. Algumas pessoas passavam sessões sem ao menos tocar no assunto

¹² É importante sinalizar que, apesar da escuta intrínseca ao atendimento e da disponibilidade/demanda de muitos pacientes para falar, o trabalho realizado era bastante pontual, de forma que, ao evidenciar questões mais graves ou uma demanda de análise, esses pacientes eram encaminhados para tratamento externo.

“excesso de peso”, “dieta” ou “cirurgia”; problemas familiares, dificuldades no trabalho, conflitos inter-relacionais, insatisfações, baixa autoestima, traumas, perdas ao longo da vida, dentre outros “problemas” que causavam sentimentos com os quais não conseguiam lidar eram temas constantemente trazidos para o atendimento¹³. Entretanto, a associação desses sentimentos com a vontade de comer nem sempre ocorria.

Em contrapartida, alguns pacientes falavam exclusivamente sobre o excesso de peso e as dificuldades advindas desse (dificuldades de locomoção, prejuízos no sono e problemas de saúde eram os preferidos) e pareciam buscar, com certa pressa, uma solução que possibilitasse sanar sua insatisfação.

Os opostos se apresentavam em todos os sentidos e, comumente, os sujeitos que ali se apresentavam assumiam duas posições para relatar seu ganho de peso. Enquanto alguns pacientes conseguiam fazer uma reflexão sobre o desenvolvimento da obesidade, relacionando-a com seus processos afetivos, psíquicos e cotidianos e, delimitando um marco que desencadeasse o ganho de peso, como casamento, falecimento da mãe, nascimento dos filhos, relações conturbadas com os pais, outros nada conseguiam associar ao ganho de peso, permanecendo na concretude do fato: “estou obeso”, “preciso emagrecer” e aqui vale incluir um “e se possível para ontem”, alegando não ter percebido que estavam engordando daquela forma, descrevendo o susto ao se depararem com a realidade (realidade essa apresentada por um outro, normalmente o médico ou o outro social, diante do preconceito)¹⁴.

Embora as condições de atendimento pudessem representar um viés para um discurso voltado mais especificamente a realização da cirurgia, o que se constatava nos atendimentos é que, em sua maioria, esses sujeitos (incluindo-se aqui muitos daqueles que relacionavam sua obesidade aos aspectos psíquicos) não estavam preocupados ou desejosos de entender sua

¹³ Outros trabalhos corroboram com essa observação. Loli (2000), por exemplo, relata casos clínicos de pacientes que permaneceram por longo período em acompanhamento, mas cujo foco dos atendimentos se dava em torno dos conflitos vivenciados pelo sujeito nas mais diversas instâncias da vida. Crespo (2008), ao apresentar ao longo de sua dissertação os casos clínicos, também evidencia a presença de diversos conflitos, permeando a existência do sujeito e incidindo sobre sua obesidade.

¹⁴ Diversos estudos corroboram com a referida observação clínica. A título de exemplo, cito alguns: Souza, 2005; Machado, 2011; Loli, 2000; Vasconcellos, 2005; Crespo, 2008; entre outros.

obesidade e tampouco de entrar em contato com sofrimento psíquico e/ou lidar com suas questões, ainda que alguns até falassem sobre elas. Suas preocupações se pautavam em resolver o quanto antes seu “problema de saúde” e acabar com sua *infelicidade* – que, aliás, era tema recorrente para justificar a opção pela cirurgia como última alternativa.

Na contramão da maioria, havia também as exceções: pacientes que chegavam convictos pela opção da cirurgia e que durante o processo de avaliação psíquica se davam conta de que não estavam preparados para cirurgia ou que não a desejavam de fato, optando por abandonar o programa de emagrecimento cirúrgico e por buscar primeiramente tratamento analítico¹⁵.

A prática clínica possibilitou perceber que a obesidade tinha um significado muito particular para cada sujeito, em alguns casos dando contorno a algo praticamente insustentável, embora houvesse a presença de elementos comuns que culminavam no ganho de peso, como separações, traumas de infância, gestações indesejadas, mudanças abruptas na rotina de vida, abuso sexual e lutos mal elaborados, ressaltando que, de acordo com sua estrutura psíquica, cada sujeito reagia de uma forma no pós-operatório¹⁶, tanto a curto quanto a médio e longo prazo.

Além disso, se constatou que, mesmo após a cirurgia bariátrica, um número significativo de pacientes não conseguia emagrecer de forma esperada, voltava a engordar ou passava a apresentar outros sintomas importantes, tais como: automutilações, bulimia, uso intenso de álcool, ideação suicida e, em alguns casos, várias dessas manifestações foram concomitantes num mesmo sujeito. Assim, as interrogações se faziam indispensáveis: o que viria a sustentar o ganho de peso que não permitia que o emagrecimento se concretizasse da forma esperada? Do que aqueles sujeitos não conseguiam abrir mão? Que estatuto a obesidade tinha para aqueles sujeitos? Nessa altura

¹⁵ Vale um agradecimento a esses pacientes que, em muitos momentos de pressão, por parte da equipe que aguardava apenas a conclusão da avaliação com a psicologia para que o paciente pudesse dar sequência ao protocolo, me davam forças para continuar e me faziam apostar em possibilidades que iam muito além de um “simples” relatório. Agradeço não pela desistência, mas por me manterem crédula de que, apesar das condições adversas, a fala e a escuta ainda operavam como dispositivos importantes (e possíveis), capazes de promover movimento, mesmo que diante de um contexto árido, possibilitando que aqueles sujeitos pudessem questionar seu desejo. Isso me mostrava que, contrariando a demanda, muitas vezes alienada e “inabalável” pela cirurgia, era possível fazer vacilar a “certeza” do sujeito.

¹⁶ Por exemplo, no caso de uma estrutura psicótica, a cirurgia poderia representar o desencadeamento de um surto após o procedimento.

já era evidente que não se tratava de um fenômeno idêntico em todos os sujeitos, ou seja, não estava diante apenas de uma obesidade, mas sim de obesidades, cuja função variava de acordo com as vivências e a estrutura psíquica do sujeito.

Assim, ecoava a pergunta: quereriam esses sujeitos realmente se curar ou se desvencilhar do “mal” sobre o qual se queixavam? Lacan, em seu texto *O Lugar da Psicanálise na Medicina* (1966/2001), diria que “no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (p. 10). Neste sentido, ao falar sobre os desígnios do médico, Lacan propõe uma importante reflexão, ao referir que o paciente muitas vezes “põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la” (p.10). Assim, o doente pediria ao médico, do modo mais manifesto, para autenticá-lo como doente, ou seja, pediria que “o preservem em sua doença, que a tratem de maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença” (p. 10).

Embora esse pedido feito pelo paciente – de autenticação no lugar de doente e de preservação do sintoma – seja inicialmente destinado à prática do médico (uma vez que, ao sintoma se manifestar, este profissional é o primeiro a ser requisitado), vale dizer que não é reservado apenas a essa especialidade, sendo na maioria das vezes estendido a outros saberes, inclusive o *psi*. O diferencial se dá na medida em que a medicina, preparada apenas para atender prioritariamente às funções do organismo, se mostra impossibilitada de escutar esse apelo feito pelo sujeito, ponto no qual a escuta atenta, oferecida pela psicanálise, pode fazer diferença.

As implicações desse pedido perante o tratamento são incontestáveis. Diante dessa dissonância entre o pedido verbalizado pelo paciente (pedido de cura) e o que ele realmente quer (muitas vezes permanecer em sua condição), a distância entre *demanda* e *desejo* se instaura, e muitos tratamentos (não somente os da obesidade, mas tantos outros) se tornam ineficazes, apresentando por vezes consequências importantes. Ao não ouvir esse pedido silencioso do sujeito, qualquer intervenção – seja ela médica, nutricional ou psíquica – fica fadada ao fracasso. Quiçá por isso, inclusive, alguns pacientes

que buscavam a cirurgia relatavam anos de tratamentos anteriores sem resultado efetivo ou, então, apresentavam os sérios sintomas que eram observados no pós-operatório.

Diante dos diferentes casos, singulares e em certos pontos tão parecidos, as questões afervoravam, instigavam e persistiam. Que lugar a obesidade pode assumir para o sujeito em sua economia psíquica? Seria de fato a obesidade apenas uma doença, tal como considerada pela medicina, ou estaríamos diante, também, de uma forma de existir que vai muito além de um corpo opulento? Em outras palavras, o conceito de doença compreenderia a real e única dimensão dessa manifestação no corpo?

Para além das possíveis e diversas questões que permeavam a obesidade, o olhar unicamente de doença (física, ou, mais recentemente, psíquica) que era destinado a essa manifestação causava certo incômodo, tanto para mim quanto para alguns sujeitos que se apresentavam tranquilos mediante sua condição de obesidade e que procuravam a cirurgia apenas após longos “sermões” médicos e familiares. Sem contestar a importância da obesidade enquanto sério fator de risco à saúde (uma vez que isso já está posto e é real), mas considerando a historicidade da obesidade e sua designação enquanto doença, os questionamentos eram fomentados. Não poderiam aqueles sujeitos comer pelo motivo que fosse e se sentirem bem assim, sem necessariamente serem categorizados e classificados como doentes? Onde viria tanto incômodo (muitas vezes alheio ao sujeito) com o peso excessivo? Que exigências estaríamos, enquanto sociedade, impondo aos sujeitos? E ainda, não estaríamos produzindo novas doenças para serem tratadas pela lógica incessante do mercado, com seus produtos cada vez mais específicos e de “última geração”?

Diante de uma medicina que a cada dia se reforça como produto da união entre capitalismo e ciência, criando novas demandas endereçadas ao saber médico e dispendo-se facilmente a patologizar expressões e padronizar ideais estéticos, essas questões parecem bastante pertinentes. Nessa perspectiva, Quinet questiona “até que ponto o desenvolvimento das neurociências e da psicofarmacologia se presta ao Discurso Capitalista?” (1999, p. 09) e se ainda se não seria possível, a partir deste discurso, haver uma inversão na ordem das coisas, ou seja, “em vez de termos drogas cada

vez mais eficazes para combater novos males decorrentes da transformação da sociedade, será que não são os ‘males’ que agora são criados e categorizados em novas síndromes para serem então tratados pelas novas drogas?” (1999, p. 09- 10). Vale a reflexão.

A escuta dos muitos sujeitos que ali se apresentavam, permeada pelas inúmeras observações e questionamentos advindos da prática clínica junto a esta população, fomentava o interesse e a necessidade de um aprofundamento teórico sobre o tema, visando, inclusive, a sustentação da posição de contraindicação da cirurgia para os pacientes que não estivessem aptos do ponto de vista psíquico (e, nesse caso, se incluem aqueles que não desejavam romper/transformar aquilo que sustentava sua obesidade, ainda que se mantivessem irredutíveis na escolha pela cirurgia).

Assim, diante desse corpo não apenas orgânico, mas envolto em suas peculiaridades psíquicas, isto é, *erógeno* por excelência, esta pesquisa trata da obesidade na ordem da psique e visa refletir teoricamente sobre o estatuto psíquico desta manifestação no corpo – o excesso de peso, característico da obesidade – no contexto atual, considerando os conceitos de sintoma e acontecimento de corpo, circunscritos nas designações psicanalíticas que se amparam em Freud e Lacan¹⁷. Para tanto, o aparelho psíquico será abordado do ponto de vista econômico, considerando sua estruturação, as teorias das pulsões e seus destinos e as formas de aparição do sintoma.

É considerando as inúmeras variáveis que podem levar uma pessoa a se tornar obesa e a singularidade dessa manifestação para cada sujeito que este estudo não se interessa apenas pelos casos em que há compulsão alimentar, depressão e/ou ansiedade (embora muitos trabalhos psicanalíticos – e não psicanalíticos – circunscrevam essas manifestações como ponto chave na ocorrência da obesidade), buscando algo para além dessa visão. Desse modo, aventamos a hipótese de pensar em “obesidades estruturais”, de suas ocorrências no cenário contemporâneo e de suas possibilidades de tratamento, incluindo-se a via da psicanálise.

Cabe dizer, entretanto, que dada a origem multifatorial, a cronicidade e a gravidade da obesidade no cenário mundial, não restringiremos sua

¹⁷ Não excluimos a possibilidade de termos de nos referir a outros autores não inseridos na referência freudo-lacanianiana, como é o caso de Birman, Winnicott e McDougall.

compreensão apenas às questões da organização psíquica do sujeito: buscaremos também, com base nas leituras e nas considerações apresentadas ao longo do texto, interrogá-la, atentando à organização da sociedade no contexto contemporâneo. Neste sentido, consideraremos as questões relacionadas à cultura e aos fenômenos psicossociais, sem desconsiderar a importância da obesidade enquanto “patologia” e os desdobramentos concretos desta na vida do sujeito.

A fim de tornar possível a discussão dos temas propostos, a presente pesquisa, de cunho qualitativo, se deu a partir de uma revisão crítica da literatura disponível, buscando, alicerçada na articulação teórica, uma compreensão mais integrada sobre a manifestação da obesidade, assim como responder aos questionamentos apontados. Primeiramente, foi realizado um levantamento acerca do estado da arte sobre a obesidade, a fim de obtermos dados que possibilitassem compreender a extensão do problema em termos médicos e sua repercussão no cenário mundial. O segundo levantamento bibliográfico se destinou à literatura psicanalítica, procurando obter textos que tratassem sobre a obesidade e suas diferentes possibilidades de conceituação enquanto manifestação no corpo¹⁸, assim como sobre a posição do sujeito no contemporâneo – além de outros textos que pudessem contribuir com na construção da discussão proposta. Em seguida, se deu a apreciação dos textos, que propiciaram a fundamentação teórica e a articulação das questões apresentadas.

Este trabalho apresenta-se dividido em três partes, nas quais se discute, respectivamente: 1) caracterização e extensão do problema da obesidade, considerando o panorama mundial dessa manifestação, seus aspectos históricos, orgânicos e psíquicos, assim como as possibilidades de intervenção/tratamento. Essa parcela do trabalho se destina a abordar a obesidade em seu aspecto mais amplo, trazendo dados empíricos e também pautados nas conjecturas do saber dos manuais, apresentando, desta forma, o tema a partir de um viés mais global e apontando para questões importantes e

¹⁸ Ambos foram realizados por meio da busca ativa nas bases de dados eletrônicas, tais como o Portal Nacional BSV Brasil em Saúde, Scielo e Pubmed, além de revistas e livros que tratam sobre a problemática, incluindo a literatura produzida por Freud, Lacan e seus seguidores. As palavras-chave *Obesidade*; *Psicanálise*; *Sintoma*; e *Acontecimento de Corpo* foram utilizadas como norteadoras na busca ativa das referências.

que podem servir como norteadoras para compreensão do fenômeno da obesidade na atualidade; 2) conceituações de corpo e sua construção pela via da imagem corporal na psicanálise freudiana e lacaniana, apresentando, de forma resumida, como se configura o corpo psicanalítico e as estruturas psíquicas; 3) constituição do sujeito na contemporaneidade e a influência do contexto vigente na manifestação dessa patologia, considerando também as diferentes possibilidades de conceituação psicanalítica para as manifestações no corpo: sintoma (conversão) e acontecimento de corpo (neoconversão) e o enlace da obesidade nestas vertentes.

Pretendemos, através das discussões aqui propostas, apresentar um modo mais integrado de olhar para obesidade, considerando sua manifestação enquanto a de um corpo que fala, insistentemente, mas que fala de um modo de existir e de um sofrimento, ou até mesmo de uma absorção/rendição à estrutura e ao discurso da sociedade vigente, tomando como base não o olhar da medicina, que vê a obesidade, de antemão, como um mal a ser combatido, mas, em face da psicanálise, que buscará entendê-la como um modo de existência do sujeito envolto em todas as condições que o atravessam no contemporâneo. É importante ressaltar, contudo, que diante da complexidade da obesidade, este trabalho é apenas uma parcela das muitas possibilidades de se compreender essa manifestação, não tendo a pretensão de ser completo.

Acreditamos, por fim, que o trabalho possa contribuir com um olhar mais amplo sobre essa manifestação, apresentando, de forma sistemática, um pouco do que já se produziu na literatura sobre o tema, e auxiliar na prática clínica com pessoas obesas, oferecendo subsídios para aqueles envolvidos com o tratamento destes sujeitos.

O momento de concluir

O tema da obesidade é bastante discutido na atualidade, principalmente pela medicina e pela mídia, sempre apontando os riscos que o excesso de peso trás e destacando a importância de se controlar o peso e manter um padrão “saudável” de alimentação. As características em torno da aparência apresentada pelo corpo “desforme” é outro ponto bastante difundido na mídia e que vem ganhando espaço no cenário contemporâneo, em que o padrão de beleza aponta para corpos magros ou “sarados/definidos”. Nesse cenário, o olhar de doença e feiura que se destina a essa manifestação parece se sobressair às condições psíquicas que levam o sujeito à condição de obesidade.

O tratamento de pessoas obesas tem trazido à tona a importância da investigação e compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem essa manifestação e tem convocado também o psicanalista a intervir no cuidado desses sujeitos. O reconhecimento das questões psíquicas que atravessam o ganho de peso tem propiciado mais investigações no campo na psicologia e da psicanálise e sinalizam questões muito particulares de cada sujeito, deixando, assim, de ser apenas uma doença endocrinológica, como entende certa medicina. Embora, de certa forma, o reconhecimento dos aspectos psicológicos ainda seja inicial e referira-se principalmente a questões associadas a um estado psicológico momentâneo (logo, passível de ser “resolvido” com algum tratamento) do sujeito (como, por exemplo, uma experiência desagradável, um trauma, uma vivência de luto, uma depressão, uma compulsão alimentar, uma ansiedade exacerbada, dentre outros) que leva-o à ingestão demasiada de alimento, o que a clínica psicanalítica nos mostra é que a obesidade pode ter uma função ainda mais específica. Essa discrepância na forma de olhar e entender a obesidade muitas vezes se apresenta como um impasse entre a medicina, que vê na obesidade uma *doença* anunciando a morte e que deve ser combatida a todo custo, e a psicanálise, que escuta um sujeito que vê sua obesidade como uma forma de existir.

A configuração de múltiplos significados da obesidade marcam a relevância de que essa manifestação seja cautelosamente pensada no contexto contemporâneo, a fim de se obter uma compreensão mais aprofundada e singularizada para que se possa escutar o significado que a obesidade ganha para cada sujeito.

Considerando o que foi exposto neste trabalho, fica claro que o contexto no qual a sociedade contemporânea está alicerçada influencia na incidência da obesidade, favorecendo e até mesmo estimulando o aumento de sua ocorrência. Apesar desse cenário facilitador, entretanto, o que se constata é que há algo do sujeito que vai ao encontro destas contingências da sociedade, algo que diz inclusive de uma condição estrutural, de modo que há diversas formas de se compreender a manifestação da obesidade. É preciso atentar-se ao fato de que, quando falamos em obesidade, devemos dizê-la no plural, uma vez que não se trata apenas de uma obesidade, mas de diferentes formas de um mesmo fenômeno aparecer, configurando assim sua pluralidade, “obesidades”, inclusive sua pluralidade enquanto um fenômeno que pode se dar com diferentes funções a partir das estruturas psíquicas.

Nesse sentido, destacamos duas formas de se compreender a obesidade: por um lado, pensamos a obesidade pela via do recalçamento, donde a localizamos enquanto uma manifestação da ordem de um sintoma social dominante. Entendemos que, desse modo, trata-se de um sujeito da obesidade, um sujeito que está obeso, ou seja, um sujeito que diante da sua constituição psíquica poderia ser capturado pelas contingências da sociedade, que, no cenário atual, dissemina objetos de consumo e do gozo, em que o sujeito seria levado a encontrar no alimento aquilo de que “necessita”. Partindo dessa compreensão, estaríamos diante de um sujeito neurótico, cuja manifestação da obesidade responderia à lógica do sintoma e, enquanto sintoma, apresentaria uma mensagem endereçada ao Outro, sendo possível ser tratada pela via da palavra. Por outro lado, e considerando as observações constatadas na clínica psicanalítica na atualidade, em que o corpo parece ganhar maior destaque, circunscrevendo um campo de delimitações, atentamos-nos também aos casos em que a obesidade se apresentaria pela via da foraclusão, atrelada a uma função decerto mais específica, uma função de contorno, uma espécie de enlace no social; em outras palavras, uma forma

de circunscrever o corpo, de se fazer um corpo. Nesse sentido, estaríamos diante de um sujeito que é obeso. A manifestação na obesidade assume uma condição estruturante, que vai além de uma possibilidade de ser capturado; o sujeito já está capturado.

A questão da obesidade nos sujeitos da foraclusão é um aspecto ainda pouco estudado e que merece atenção. Considerando que nem sempre esses sujeitos apresentam os fenômenos elementares comuns à psicose desencadeada, é preciso atentar-se aos casos em que a obesidade pode se apresentar enquanto um acontecimento de corpo – o que demarca uma condição mais peculiar, exigindo uma escuta mais refinada.

O reconhecimento da manifestação da obesidade também enquanto um acontecimento de corpo é fundamental, principalmente para os casos em que a cirurgia bariátrica é indicada como método de tratamento/intervenção. Por se tratar de uma obesidade presente em uma estrutura psíquica da foraclusão, porém enquanto uma psicose não desencadeada, uma psicose ordinária, a condição estruturante da obesidade pode passar despercebida por psicólogos que não se norteiem pela psicanálise, podendo levar a uma catástrofe. Nesse sentido, a cirurgia bariátrica, uma intervenção no real do corpo, representaria um risco de desencadeamento da psicose, rompendo com aquilo que sustentava o laço social, que dava contorno ao corpo, aquilo que barraria/separaria o sujeito das demandas do Outro.

É considerando a pluralidade de subjetividades e significações que a obesidade pode ter para cada sujeito que a psicanálise poderia então intervir no tratamento destes sujeitos a partir de escuta atenta, em que seria possível localizar algo estrutural do sujeito e sua relação com o gozo, propiciando uma compreensão mais adequada e real do significado que o peso excessivo tem para o sujeito. Diante dos casos que pertencem à estrutura psíquica do recalçamento sabemos bem o que fazer. Contudo, como a psicanálise poderia intervir diante da obesidade enquanto acontecimento de corpo? Inicialmente, penso que a questão da escuta e da sustentação seria indispensável. Mas haveria algo mais que a psicanálise pudesse fazer por esses sujeitos? Eis aí uma longa e fundamental discussão. Embora a psicanálise venha se apropriando e discutindo mais sobre a obesidade, constatamos que a literatura psicanalítica carece de trabalhos voltados a pensar a obesidade a partir da

foraclusão. Em sua maioria, os trabalhos se dedicam a tratar a obesidade pela via da compulsão alimentar e do sintoma. Entretanto, considerando as distintas possibilidades de fundamentação para manifestação da obesidade, é indispensável que se pense a obesidade a partir das estruturas psíquicas, principalmente a partir da noção de acontecimento de corpo, inclusive para se nortear o tratamento e cuidado desses sujeitos.

A pesquisa que aqui se apresentou, cujo enfoque é de aprofundamento teórico e a discussão da obesidade a partir deste, não incluiu, neste momento (mestrado), a participação de sujeitos, e, diante disso, não foi possível a investigação de casos clínicos; contudo, vale destacar que seria de grande valor para a clínica psicanalítica que trata da temática dos obesos que este trabalho pudesse ser desenvolvido, sendo extremamente rico que se pudesse estudar casos em que a obesidade se situa enquanto um acontecimento de corpo. Mas fica para as próximas “degustações”.

Referências

- ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A. & COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p. 162-166. 2003.
- AGRA, G. & HENRIQUES, M.E.R.M. Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. **Ver. Eletr. Enf.**, v. 11, nº 4, p. 982 – 992. 2009.
- ALMEIDA, G.A.N; LOUREIRO, S.R & SANTOS, J.E. Obesidade mórbida: estilos alimentares e qualidade de vida. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 51, nº 4. 2001.
- ALMEIDA, S.S.; ZANATTA, D.P. & REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 1, p. 153-160. 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV)**. Ed. 4. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-V)**. Ed. 5. Armed Ed. 2014.
- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura-2) como indicador do estado nutricional do adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431 – 436. 1992.
- ANTÔNIO SÉRGIO F.C. et al. Programa Nacional de Combate à Obesidade. In: Divisão de Doenças Genéticas CeG, editor.: Direção Geral da Saúde. 2005.
- ANTUNES, M. C. C. et al. A obesidade como sintoma contemporâneo: uma questão preliminar. **ASEPHallus**, Rio de Janeiro, v. 07, n. 13. 2012.
- BALABAN, G. & SILVA, G. A. P. Prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **J Pedriat**, 77, p. 96 – 100, 2001.
- BALL, K. & ATLANTIS, E. Association between weight perception and psychological distress. **International Journal of Obesity**, v.32, p.715-721. 2008.
- BARIATRIC SURGERY. **Fitness Performance Journal**. 2006.
- BATISTA, F. M. & RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19, SUP I: p. S181 – S191. 2003.

BAUDELAIRE, C. **Sobre a modernidade**. Rio de Janeiro. Paz e Terra Ed. 1996.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade do consumo**. Rio de Janeiro: Elfos, 1995.

_____. **Simulacros e simulação**. Relógio D'água: Lisboa, 1991.

BAUMAN, Z. O mal-estar – moderno e pós-moderno – e o sonho de pureza. In: **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor Ed. 2003.

BERMAN, M. Tudo o que é sólido desmancha no ar. A aventura da modernidade. São Paulo: Companhia das letras. 1986.

BESSESEN, H. D. Update on obesity. *J Clin. Endocrinol. Metab*, v. 93, n. 6.2008. Disponível em: <http://press.endocrine.org/doi/10.1210/jc.2008-0520?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&>.

Acesso em: 07 de março de 2016.

BIRCH, L. L. Childhood overweight: family environmental factors. In: Chen C; Dietz, W. H – **Obesity in childhood and adolescence**. Nestle Nutrition Workshop Series, PediatricProgram, 49, p. 161–176. 2002.

BIRMAN, J. Corpo e Formas de Subjetivação em Psicanálise. **Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial**, Rio de Janeiro. 2003

_____. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Ed. 2004a.

_____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira Ed. 2014b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n 12. Brasília. 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.569 DE 28 DE JUNHO DE 2007**. Disponível em www.ministeriosaude.gov.br. Acesso em: 10 de maio de 2016.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2007: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2008: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2009: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília.2015.

BODENLOS, J.S. et al. Associations of mood and anxiety disorders with obesity: comparisons by ethnicity. **J Psychosom Res**. 2011 Nov;71(5):319-24.

BOUCHARD C; PÉRUSSE L; RICE T; RAO DC. The genetics of human obesity. *In: Bray GA, Bouchard C, James WPT. Handbook of obesity*. New York: Marcel Dekker; 1998. p.157-85.

BROTTON, J. ***The Renaissance: A Very Short Introduction***. OUP, 2006

BRUCE, B. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. ***Journal of Health Psychology***, v. 13, n. 8, p. 1190-1197, 2008.

BRUCH, H. ***Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within***. New York: Basic Books Publishers. 1973.

CABALLERO, B. The global epidemic of obesity: an overview. ***Epidemiol Ver***, v. 29, p.01-05. 2007.

CALLIGARIS, C. Apresentação. *In: Melman, C. Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta. 1992.

CAPELLA, R. F. et al. Vertical BandedGastroplasty – GastricBypass: preliminary report. *ObesitySugery*, v. 1, p. 389-395. 1991.

CASELL J. A. Social anthropology and nutrition: a different look at obesity in America. *J Am Diet Assoc*, v. 95, n 4, p. 424-427. 1995.

CASTIEL, L. D, *A Medida do Possível. Saúde, Risco e Tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Contracapa/Editora Fiocruz. 1999.

CAVALCANTE, R. D. **Análise Comportamental de Obesos Mórbidos e de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica**. Dissertação (MestradoemPsicologia). Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2009.

CHRISTIAN, R. R; BARNARD, R. J. Effects of exercise and diet on chronic disease. *Journal of applied Physiology*, 98, p. 03–30, 2005.

CONASON, A. et al. Substance use following bariatric weight loss sugery. *Jama Surg*, v. 148, n. 2, p. 145-150. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236115513_Substance_use_followin_g_bariatric_weight_loss_surgery>. Acesso em: 15 de março de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1766_2005.htm. Acesso em: 12 de maio de 2016.

COUTINHO, W. Consenso Latino-Americano de Obesidade. *Arq. Bras. deEndocrinolMetab*, v. 43, n. 1, p. 21-67. 1999.

_____. Etiologia da obesidade. Artigo de revisão. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**, Edição 30 - Ano VII. 2007.

CRESPO, M. T. P.**Obesidade e Subjetividade na Adolescência: O Sujeito na Balança**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2008

DATASUS. Indicadores Municipais de Saúde. **Mortalidade: Estado RS**. 2008.

DEBORD, G. A sociedade do Espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto. 1994.

DIXON, J.B.; DIXON, M.E.; O´BRIEN, P. E. Depression in association with severe obesity: chances with weight loss. *ArchIntern Medical*, v. 163, n. 17, p. 2058-65. 2003.

DOR, J. O estágio do espelho e o Édipo. In: **Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem**. Porto Alegre. Artes Médicas Ed. 1989.

_____. Estruturas e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Taurus Ed. 1994.

DUARTE, A. C. et al. Síndrome metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. **Axcel Books do Brasil**. Rio de Janeiro, 2005.

DUNKER, C. I. L. Mal-estar, Sofrimento e Sintoma. São Paulo: Boitempo. 2015.

DWIVEDI, G & SHRIDHAR. History of Medicine: Sushruta – the Clinician – Teacher par Excellence. 2007.

FAITH, M. S, et al. Evidence for independent genetic influences on fat mass and body mass index in a pediatric twin sample. **Pediatrics**, 104, p. 61 – 67. 1999.

FAITH, M. S; MATZ, P. E & JORGE M.A. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res*, v. 53, n. 4, P. 935-942. 2002. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00308-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00308-2) Acesso em: 6 de novembro de 2016.

FARIAS, C.N.F. Psicanálise/Medicina: Qual laço possível? In: COLOQUIO DO LEPSI. **Proceedings [online]**. 2004.

FERREIRA, V.A. & MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 24(2). 2006.

FOBI, M. et al. Band erosion: incidence, etiology, management and outcome after banded vertical gastric bypass. **Obesity Surgery**, v.11, nº 6, p. 699-707. 2001.

FOBI, M. & LEE, H. Silastic ring vertical banded gastropalsty for the treatment of obesity: two years of follow-up in 84 patients (corrected). **J Natl Med Assoc**. v.86, p.125-8. 1994.

FONSECA-ALANIZ, M. H. et al. O tecido adiposo como centro regulador do metabolismo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 216-229, Apr. 2006 .

FREUD, S. Histeria (1888). In: **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 – 1889)**, volume I. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Carta 69 (1897). In: **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 – 1889)**, volume I. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Carta 71 (1897). In: **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 – 1889)**, volume I. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Carta 75 (1897). In: **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 – 1889)**, volume I. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893 [1888 – 1893]). In: **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 – 1889)**, volume I. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. As neuropsicoses de defesa (1894). In: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Volume III. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896a). In: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Volume III. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa (1896b). In: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Volume III. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. **A interpretação dos sonhos (1900)**, volume IV. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]). In: **Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos (1901 – 1905)**, volume VII. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade (1905). In: **Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos (1901 – 1905)**, volume VII. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. Tratamento Psíquico (ou Anímico) (1905). In: **Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos (1901 – 1905)**, volume VII. Edição *Standart* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago Ed. 1996.

_____. **Obras Completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893 – 1895)**. Em coautoria com Josef Breuer. Companhia das Letras. 2016.

_____. A psicoterapia da histeria. In: **Obras Completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895)**. Companhia das Letras, 2016.

_____. Observações sobre um caso de neurose obsessiva (“O Homem dos Ratos”, 1909). In: **Obras Completas, volume 9: observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O Homem dos Ratos”], uma recordação de**

infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910). Companhia das Letras, 2013.

_____. Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão (1910). In: **Obras Completas, volume 9**: observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O Homem dos Ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910). Companhia das Letras, 2013.

_____. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico (1911). In: **Obras Completas, volume 10**: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O Caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Companhia das Letras, 2010.

_____. O início do tratamento (1913). In: **Obras Completas, volume 10**: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Companhia das Letras, 2010.

_____. Totem e tabu (1912-1913). In: **Obras Completas, volume 11**: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914). Companhia das Letras. P. 13 – 244. 2012.

_____. Contribuição à história do movimento psicanalítico (1914). In: **Obras Completas, volume 11**: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914). Companhia das Letras. P. 245 – 327. 2012.

_____. Introdução ao narcisismo (1914). In: **Obras Completas, volume 12**: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Companhia das Letras, 2010.

_____. Os instintos e seus destinos (1915). In: **Obras Completas, volume 12**: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Companhia das Letras, 2010.

_____. Repressão (1915). In: **Obras Completas, volume 12**: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Companhia das Letras, 2010.

_____. Luto e Melancolia (1915). In: **Obras Completas, volume 12**: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Companhia das Letras, 2010.

_____. Segunda Parte: Os Sonhos (1916). In: **Obras Completas, volume 13**: Conferências introdutórias à psicanálise (1916/1917). Companhia das Letras. 2014.

_____. Terceira Parte: Teoria geral das neuroses (1917). In: **Obras Completas, volume 13**: Conferências introdutórias à psicanálise (1916/1917). Companhia das Letras. 2014.

_____. O problema econômico do masoquismo (1924). In: **Obras Completas, volume 16: O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923 – 1925)**. Companhia das Letras, p. 184 – 202. 2011.

_____. O eu e o id (1923). In: **Obras Completas, volume 16: O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923 – 1925)**. Companhia das Letras, p. 13 – 74. 2011.

_____. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: **Obras Completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926 -1929)**. Companhia das Letras. 2014.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In: **Obras Completas, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930 -1936)**. Companhia das Letras. 2010.

_____. Novas conferências introdutórias à psicanálise (1933). In: **Obras Completas, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930 -1936)**. Companhia das Letras. 2010.

FROTA, A.C. Obesidade: uma doença crônica ainda desconhecida. In: **SaudeSdPePd**, editor.: Direção Geral da Saúde. 2007.

GARRIDO Jr, A.B. Cirurgia em obesos – experiência pessoal. **Arq. Bras. deEndocrinol. &Metabol**, v. 44, nº 1, p. 106 – 110. 2000.

_____. Cirurgia da Obesidade. São Paulo. Atheneu Ed. 2003.

GIGANTE, D. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p 236 – 246. 1997.

_____. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde em Revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, 2004.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIUGLIANO, R & CARNEIRO, EC. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 17-22. 2004.

GONZALEZ P, JF; GOMEZ, CG; ARRIAGADA P, G. Evaluación mediante score Baros de los resultados delbypass gástrico eneltratamiento de laobesidad mórbida.**RevChilCir**, Santiago, v. 58, n. 5, p. 365-370, oct. 2006 .

GOROSTIZA L. A Nobreza do Sintoma. **Latusa Digital**, v. 3, n. 21, 2006.

GROSTEIN, S.; SILVA, RF. & MARON, G. Suplência e psicose ordinária. In: Fluentes, MJ & Veras, M. (orgs.). *Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI*. Rio de Janeiro: EBP; Salvador: Corrupio, 2008.

HANSEN, G.L. Espaço e tempo na modernidade. **GEOgraphia**, ano 2, nº 3. 2000.

HARVEY, David. Modernidade e modernismo. In: Harvey, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 1992. p.21-51.

HASLAM, D. Obesity: a medical history. **Obes Rev.** 8 Suppl, p. 31-6. 2007.

HASLAM, D. W & JAMES, W. P. Obesity. **The Lancet**, v. 366, n. 9492, p. 1197-209. 2005.

HERSCOVICI, C. R. & BAY, L. **Anorexia Nervosa e Bulimia: Ameaças à Autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

HIRSCH J; LEIBEL RL. The genetics of obesity. **Hosp Pract** 1998; 33(3):55-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 de março de 2016.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 de março de 2016.

_____. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002 - 2003**. Rio de Janeiro. 2004.

JIMENEZ, S. Depressão e Melancolia. In: Almeida, C. P. & Moura, J. M. (Orgs). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 1997.

KAILA, B & RAMAN M. Obesity: a review of pathogenesis and management strategies. **Can J Gastroenterol**, v. 22, n. 1, p. 61-68. 2008.

KANAZAWA, M. et al. Criteria and classification of obesity in Japan and Asia-Oceania. p. 732-737. 2002.

KLEIN, M. (1952-1982). Sobre a Observação do Comportamento dos Bebês (A. Cabral, trad.). In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs & J. Riviere (Eds.), **Os Progressos da Psicanálise** (2ª ed., pp. 256-289). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

KUSHNER, R. Managing the obese patient after bariatric surgery: a case report of severe malnutrition and review of the literature. **J. Parenter Enteral Nutr.**, v. 24, nº 2, p. 126 – 132. 2000.

LACAN, J. Du discours psychanalytique. In: **Lacan in Itália**. (1972) Milão: La Salamandra. 1978.

_____. O Lugar da Psicanálise na Medicina (1966). **Opção Lacaniana**, nº 32, p. 08-14. Dezembro, 2001.

_____. O simbólico, o imaginário e o real. In: **Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. P. 09 – 53. 2005.

_____. Introdução aos Nomes-do-Pai. In: **Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. P. 57 – 87. 2005.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 96 – 103. 1998.

_____. A agressividade em psicanálise (1948). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 104 – 126. 1998.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 238 – 324. 1998.

_____. A significação do faló (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 692 – 703. 1998.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 807 – 842. 1998.

_____. Posição do inconsciente (1960 - 1964). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1998.

_____. Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista (1964). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1998.

_____. A ciência e a verdade (1966). In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1998.

_____. Para além da psicologia (1954). In: **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud** (1953 – 1954). Rio de Janeiro. Zahar Ed.p. 101 – 214. 2009.

_____. O momento da resistência (1954). In: **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud** (1953 – 1954). Rio de Janeiro. Zahar Ed.p. 101 – 214. 2009.

_____. A tópica do imaginário. In: **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud** (1953 – 1954). Rio de Janeiro. Zahar Ed.p. 101 – 214. 2009.

_____. O universo simbólico (1954). In: **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954 – 1955). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 43 – 59. 2010.

_____. Psicologia e Metapsicologia (1954). In: **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954 – 1955). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 11-24. 2010.

_____. Uma definição materialista do fenômeno de consciência (1954). In: **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954 – 1955). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 60 – 77. 2010.

_____. O circuito (1955a). In: **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954 – 1955). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 110-130. 2010.

_____. Introdução ao *Entwurf*(1955b). In: **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954 – 1955). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 131-142. 2010.

_____. A dissolução imaginária. In: **O seminário, livro 3: As psicoses** (1955 – 1956). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 109 – 123. 1988.

_____. Da rejeição de um significante primordial. In: **O seminário, livro 3: As psicoses** (1955 – 1956). Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 170 – 186. 1988.

_____. A dialética da frustração (1956). In: **O seminário, livro 4: A relação de objeto (1956 – 1957)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 59 – 75. 1995.

_____. As vias de perversão do desejo (1957). In: **O seminário, livro 4: A relação de objeto (1956 – 1957)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 153 – 199. 1995.

_____. O objeto fetiche (1957). In: **O seminário, livro 4: A relação de objeto (1956 – 1957)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 153 – 199. 1995.

_____. A estrutura dos mitos na observação da fobia do pequeno Hans (1957). In: **O seminário, livro 4: A relação de objeto (1956 – 1957)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. P. 203 – 450. 1995.

_____. **O seminário, livro 5: As formações do inconsciente (1957-1958)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1999.

_____. **O Seminário, livro 7: A ética na psicanálise (1959 – 1960)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 2008

_____. **O seminário, livro 8: A transferência (1960-1961)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 2010.

_____. O mito do Édipo hoje (1961). In: **O seminário, livro 8: A transferência (1960-1961)**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 2010. P. 329 – 400.

_____. Revisão do Status do Objeto. In: **O Seminário, livro 10: A Angústia. (1962-1963)** Rio de Janeiro: Zahar. 2005.

_____. **O Seminário, livro 10: A Angústia.** (1962-1963) Rio de Janeiro: Zahar. 2005.

_____. Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. In: **O seminário – Livro 11.** (1964) Jorge Zahar Ed. 2008.

_____. **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise** (1969-1970). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Rio de Janeiro: Zahar. 1992.

_____. Do mito forjado por Freud. In: **O seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante** (1971). Rio de Janeiro: Zahar. 2009.

_____. **O seminário, livro 20: Mais, ainda** (1972 - 1973). Rio de Janeiro: Zahar. 2008.

_____. **O seminário, livro 23: O sintoma** (1975 - 1976). Rio de Janeiro: Zahar. 2007.

_____. Televisão (1974). In: **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Zahar. 2003.

LASCH, C. A personalidade narcisista de nossos dias. In: Lasch, Christopher. **ACultura do Narcisismo:** a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LAURENT, E. A luta da psicanálise contra a depressão e o tédio. In: Almeida, C. P. & Moura, J. M. (Orgs). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 1997.

LAURENT E. **Falar com seu sintoma, falar com seu corpo.** 2012. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/template.php> Acesso em: 08 de agosto de 2014.

LEAL, C.W. & BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 29, nº 3. 2007.

LEMOS, J.C. et al. Severe stress switches CRF action in the nucleus accumbens from appetitive to aversive. **Nature**. v. 490, n. 7420, p. 402-406. 2012.

LIMA, R. Crítica do Gozo Capitalista. In: **Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano.** Goiás: Germinal Ed. 2002.

LIPOVETZKY, G. (1983). **La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo.** Barcelona. Anagrama Ed. 1994.

LIPOVETSKY, G. Os Tempos Hipermodernos. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LOLI, M. S. A. *Obesidade como sintoma – Uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor. 2000.

LUPPINO, F.S. et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *ArchGenPsychiatry*, v. 67, nº 3, p. 220 – 229.2010.

LYOTARD, JEAN-FRANÇOIS. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

MACHADO, M. G. **A obesidade para o obeso: Uma leitura psicanalítica**. Dissertação (mestrado em psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011.

MANCIBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: um breve percurso histórico. *Psicol. Cienc. Prof.* V. 22, nº 1. 2002.

MANCINI, M. C. Obesidade e doenças associadas. In: **Tratado de Obesidade**. Itapevi: AC farmacêutica, 2010, p. 253 – 264.

MANCINI, M. C.& HALPERN, A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **ArqBrasEndocrinolMetab**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 497-512, out. 2002.

MARCELINO, L. F. & PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776. 2011.

MARCHIOLLI, A. C. D.; MARCHIOLLI, P. T. O.; SILVA, L. B. C. As conseqüências psicossociais da cirurgia de redução de estômago. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 175-214, 2005.

MARCUZZO, M; PICH, S; DITTRICH, MG. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 943-956. 2012.

MARQUES-LOPES, Iva et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 327-338, Sept. 2004.

MARTINS, S. O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão. **Ver. Port. Med. Fam**, v. 28. 2012.

MATOS, M.I. & ZANELLA, M.T. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em paciente com obesidade Grau III. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**, v. 3, nº 9. 2002.

MATOS, M. I. R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 165-169. 2002.

MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Overcoming obesity: An initial economic analysis**. Nov, 2014. PDF. Disponível em: <<http://www.mckinsey.com/search.aspx?q=obesity>> Acesso em: 14 de abril de 2015.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta. 1992.

_____. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. CMC Ed. 2003.

_____. **O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço**. Companhia de Fred Ed. 2003/2008.

MELO, M. E. Diagnóstico da obesidade infantil. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)**. 2011.

_____. Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)**. 2011.

MELLO FILHO, J. **Grupo e Corpo**. POA: Art. Méd., 2000.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 298 – 709. 2004.

MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MILLER, J-A. Jaques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato. In: **Opção Lacaniana Online**. Ano 5. Número 13. 2014.

MIZUNO T.M. et al. Transgenic neuronal expression of proopiomelanocortin attenuates hyperphagic response to fasting and reverses metabolic impairments in leptin-deficient obese mice. **Diabetes**, v. 52, n. 11, p. 2675-83. 2003.

MOLINER, J. & RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 44-60, dez. 2008.

MONTEIRO JUNIOR, F. C. et al . Efeito da perda ponderal induzida pela cirurgia bariátrica sobre a prevalência de síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 92, n. 6, p. 452-456. 2009.

MORAES, A.L; ALMEIDA, E.C & SOUZA, L.B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis**, v. 23, nº 2. 2013.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 5Ed. 2010, 282p.

NAMMI, S; KOKA, S & CHINNALA, K.M. Obesity: an overview on its current perspectives and treatment options. **Nutr J.** Apr 14; 3:3. 2004.

NASCIMENTO, C.A.D; BEZERRA, S.M.M.S. & ANGELIM, E.M.S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 18, nº 2, p. 193 – 201. 2013

NASIO, J. D. **Cinco Lições Sobre a Teoria de Jacques Lacan.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1993.

_____. **Lições sobre os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1997.

_____. **Meu corpo e suas imagens.** Rio de Janeiro. Zahar Ed, 2009.

NASSER, D & ELIAS, A. Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: Garrido Jr. (org). **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

NEGRAO, AB.; LICINIO, J. Leptina: o diálogo entre adipócitos e neurônios. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 205-214, June 2000 .

NG, MARIE et al. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980 – 2003: a systematic analysis. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766–781. 2014.

OLIVEIRA, V.; LINARDI, R.; AZEVEDO, A. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Rev Psiquiatria Clinica.** São Paulo, v. 31, n. 4, p. 199-201. 2004.

ONIS, M; BLOSINER. M. & BORGHI, E. Global Prevalence and Trends of overweight and obesity among preschool children. **Am J. Clin. Nutr**, 92, p. 1257-1264. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID 10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10ª rev. 1997.

_____. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.** Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>> Acesso em: 10 de abril de 2015.

_____. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global.** Relatório da Consultadoria da OMS, Genebra. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Obesidade e Excesso de Peso. In: **Organização Pan-Americana da Saúde Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, p. 27. 2003.

PORTER, Roy. **Cambridge. História Ilustrada da Medicina.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1991.

_____. A imagem rainha ou a boneca barroca. **Opção Lacaniana**, v. 11, p. 46 - 51. [edição impressa]. 1994.

_____. A clínica do sujeito na depressão. Freud e a melancolia. In: Almeida, C. P. & Moura, J. M. (Orgs). **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 1997.

_____. A ciência Psiquiátrica nos Discursos da Contemporaneidade. In: **Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano.** Editora Germinal. 2002a.

_____. As Novas Formas de Sintoma na Medicina. In: **Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano.** Editora Germinal. 2002b.

PUHL, R & BROWNELL, K. D. Bias, discrimination, and obesity. **Obes Res**, v. 9, n. 12, p. 788-805. 2001.

RECALCATI, M. O “demasiado cheio” do corpo. Por uma clínica psicanalítica da obesidade. In: **Latusa.** Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro, v. 7, n. 03, 2002.

RIEBE, D. et al. Evaluation of a Healthy-lifestyle approach to weight management. **American Health Foundation and Elsevier Science**, p. 45 – 53. 2002.

RODRIGUES, L. G. **Obesidade infantil: associação do grau de adiposidade com fatores de risco para doenças cardiovasculares.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 1998.

ROIZMAN, D. **A obesidade “não toda” ou quando a gordura fala**. Escuta Ed. 2017.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec; EDUESP. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROTH, G. Obesidad y/o bulimia. In: GORALI, V. **Estudios de Anorexia y Bulimia**. Buenos Aires. ATUEL Ed. 2000.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar Ed. 2000.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SANTORO, S. et al. Gastrectomia vertical com medidas antirrefluxo. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 287-294. 2014.

SCHADT, E. E, et al. Genetics off gene expression surveyed in maize, mouse and man. **Nature**, 422, p. 297 – 302. 2003.

SEGAL, A; CARDEAL, MV & CORDÁS, TA. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Rev. Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.

SÉRGIO, F.C.A, et al. Programa Nacional de Combate á Obesidade. In: **Divisão de Doenças Genéticas CeG**, editor.: Direção Geral da Saúde. 2005.

SHIRAGA, E. A doença obesidade e a atuação da equipe multidisciplinar no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. In: FRANQUES e ARENALES-LOLI (orgs). **Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006.

SICHERI, R., CASTRO, J. F., MOURA, A. S. Factors associated with dietary patterns in the urban Brazilian population. **Cad SaudePublica**, 19 suppl, p. 47 - 53. 2003.

SIGOLO, R. P. Pensamento médico e História: um breve ensaio. **Revista de História Regional**, v. 1. Ponta Grossa, 1996.

SILVA, A.N.M.C. & COSTA, E. Obesidade Mórbida: fome? De ser feliz? **Pensando Famílias**, v. 5, nº 5, p. 75 – 81. 2003.

SILVA, S. & MAIA, A. Experiências adversas na infância de adultos com obesidade mórbida. **Acta MedPort**, v. 20, p. 495-501. 2007

SILVA, M.M. Complicações psicológicas tardias após cinco anos de cirurgia bariátrica. In: Rubens, R. **Avanços em sono e seus distúrbios**. Rio de Janeiro, Abrasco Ed. P. 78-80. 2005.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O.G. Org. **O Fenômeno Urbano**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1973.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **O início da cirurgia bariátrica no Brasil**. Disponível em: <http://www.scbm.org.br/wordpress/o-inicio-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>. Acesso: 10 de maio de 2016.

_____. **Coesas: História**. Disponível em: <http://www.scbm.org.br/coesa.php?menu=1>. Acesso: 10 de maio de 2016.

_____. **Preparação eficiente é fundamental para realização de cirurgia bariátrica**. Disponível em: <http://www.scbm.org.br/wordpress/preparacao-eficiente-e-fundamental-para-a-realizacao-de-cirurgia-bariatrica/>. Acesso: 10 de maio de 2016.

_____. **Cirurgia Bariátrica e Metabólica**. Disponível em: <http://www.scbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-bariatrica-e-metabolica/>. Acesso: 10 de maio de 2016

_____. **Cirurgia. Técnicas Cirúrgicas**. Disponível em: <http://www.scbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/#>. Acesso: 10 de maio de 2016.

_____. **Cirurgia. Legislação Resolução CFM 1.942/2010**. Disponível em: <http://www.scbm.org.br/legislacao.php?menu=2>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

SOUZA, E. M. C. Z. D. Ensaio sobre obesidade e função paterna. In: **Psicanálise e Hospital – 4. Novas Versões do Pai. Reprodução assistida e UTI**. Maria Decat de Moura Org. Autêntica. 2005.

STAFFIERE, J.R. A study of social stereotype of body image in children. **J.Pers.Soc.Psychol.**, n. 7, p. 101-104, 1967.

STROBEL, A. et al. A leptina missense mutation associated with hypogonadism and morbid obesity. **NatGenet**, 18, p. 213 -215. 1998.

STUNKARD, A.J. & ALLISON, K.C. Binge eating disorder: Disorder or marker? **Int J Eat Disord**, 34:S107–S116. 2003.

TARDIDO, A. P. & FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras NutrClin**, v. 21, n. 2, p.117-24. 2006.

THE LANCET. Body mass index and cause-specific mortality in 900.000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies, v. 373, p. 1083-1096. 2009.

_____. **Global Burden of Disease study 2010**. Dez, 13. 2012. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/global-burden-of-disease>> Acesso em: 08 de agosto de 2014.

TOMKINS, A. Que padrões usar para medir obesidade em crianças? **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 82, n 4, p. 246-248. 2006.

TSIGOS, C. et al. Management of obesity in adults: **European Clinical Practice Guidelines**. P. 106-116. 2008. [PDF]

UTRINI, M. C. **Obesidade e distorção da imagem: a dificuldade de reconhecimento da imagem corporal pelo obeso**. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade). Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro. 2013.

VALVERDE, A. J. R. Humanismo, ciência, cotidiano – sob o Renascimento. **Margem**, São Paulo, n. 17, p. 63-71. 2003

VASCONCELLOS, S. C. **Relação mãe-filha e sua influência na gênese da obesidade mórbida – um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea). Universidade Católica de Salvador. Salvador. 2005.

VEDANA, E. H. B. et al. **Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil**. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 7, p 1156-1162, 2008.

VERDOLIN, L.D. et al. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 25-31. 2012.

VIANA, N. Universo Psíquico e Reprodução do Capital. *In: Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano*. Editora Germinal. 2002.

WHITAKER, R. C. et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. **N Engl J Med**, 333, p. 869 – 873, 1997.

WONDERLICH, S. A, et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. V. 42, n. 8, p. 687-705. 2002. <<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20719>> Acesso em: 8 de outubro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, Technical Report Series 854. 1995.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, Switzerland. 2000.

_____. **Expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva. 2002a.

_____. The world health report: 2002. **Reducing risks, promoting health life**. Geneva. 2002b. Disponível

em:<http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1> Acesso em: 15 de agosto de 2014.

_____. **Global strategy on diet, physical activity an health: obesity and overweight.** Geneva. 2003.

_____. Obesity and overweight. Set. 2006. Disponível em: <[http://www.mclveganway.org.uk/Publications/WHO Obesity and overweight.pdf](http://www.mclveganway.org.uk/Publications/WHO_Obesity_and_overweight.pdf)> Acesso em: 15 de agosto de 2014.

_____. **World Health Statistics 2012.** 2012a. Acesso em: 08 de Agosto de 2014.

_____. Obesity. 2012b. Disponível em: <www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/> Acesso em: 16 de agosto de 2014.

_____. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.** 2014a.

_____. **World Health Statistics 2014.** 2014b.

_____. **Global Nutrition Targets 2025 Childhood Overweight Policy Brief.** 2014c. [PDF].

_____. **Obesity and overweight.** 2015

_____. **Obesity and overweight.** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acesso em: 23 de janeiro de 2017.

ZINI, R. B. et al. Presença de sintomas depressivos em obesos classe II e III. **Psicol. hosp**, v. 7, nº 2, p. 75-84. 2009.

ZORZI, R. & STARLING, I.G. **Corpo humano: órgãos, sistemas e funcionamento.** Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010, 232p.

ZUCCHI, M. Editorial.In: A fuga nas doenças impossíveis.**Latusa.** Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro, v. 7, n. 03, 2002.