

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: Profº Dr. Gustavo Henrique Dionísio

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 Dionísio 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**

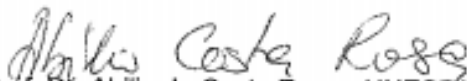
Dissertação apresentada à Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de
Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do
título de Mestrado Acadêmico em Psicologia
(Área de Conhecimento: Psicologia e
Sociedade)

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, heaving 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 completness, 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 Ensaio 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 acalentar 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 envoltos 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 dispondo-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.

PARTE I

I.1. Panorama sobre a obesidade: do viés cultural aos aspectos psíquicos

*“Bebida é água!
Comida é pasto!
Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?”
(Titãs, Comida)*

A obesidade é um tema de imprescindível discussão na atualidade. Considerada uma epidemia complexa e de grandes proporções, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países mais pobres¹⁹, a obesidade afeta todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos, e sua incidência, responsável por inúmeros prejuízos à saúde e significativas taxas de mortalidade, vem suscitando a preocupação tanto dos profissionais de saúde quanto dos governantes (WHO, 2000; WHO, 2012a; WHO, 2012b; WHO, 2014a; WHO, 2014b; WHO, 2016).

Segundo dados da OMS, a ocorrência de obesidade no mundo mais do que dobrou desde 1980²⁰, apresentando um crescimento desenfreado principalmente nos últimos anos (WHO, 2000; WHO, 2012a; WHO, 2016). Em 2002, por exemplo, estimava-se aproximadamente 1 bilhão de pessoas com sobrepeso, sendo 300 milhões consideradas obesas (WHO, 2002b); já em 2005, essas estimativas saltaram para aproximadamente 1,6 bilhões de pessoas acima do peso e 400 milhões obesas (WHO, 2006), enquanto em 2014 esses índices foram ainda mais surpreendentes: mais de 1,9 bilhões de

¹⁹ Apesar de parecer inicialmente contraditório - uma vez que um dos indicadores de pobreza está associado ao acesso a bens de consumo, como o alimento -, nos países mais pobres, o excesso de peso e a obesidade tem aumentado vertiginosamente. Segundo dados da OMS, esse crescimento está relacionado à alimentação desequilibrada, com o consumo de alimentos pouco nutritivos e excessivamente calóricos e à inatividade física (WHO, 2000; WHO, 2012; WHO, 2014; WHO, 2016). Nesse sentido, apesar da obesidade atingir todas as classes sociais, destaca-se entre a população mais pobre, quando comparada com aqueles considerados ricos, pelo fato dos alimentos mais calóricos e de baixa qualidade apresentarem custos menores, quando comparados aos alimentos considerados saudáveis.

²⁰ Dados da OMS apontam que, em algumas áreas da América do Norte, Reino Unido, Europa Ocidental, Ilhas do Pacífico, Oriente Médio, Austrália e China a ocorrência da obesidade chegou a triplicar de 1980 a 2002 (WHO, 2002).

adultos com sobrepeso e 600 milhões de obesos (WHO, 2016), ou seja, praticamente um aumento de 100% nos casos de sobrepeso e de obesidade em apenas 12 anos. A tendência, entretanto, é ainda mais assustadora. A estimativa da OMS para 2015 seria de cerca de 2,3 bilhões de pessoas acima do peso e 700 milhões de obesos (WHO, 2006).

No Brasil, quinto país de grande porte com mais obesos no mundo, segundo pesquisa publicada na revista *The Lancet*, em 2014, e 77º país com mais obesos segundo o ranking da OMS, a incidência da obesidade segue o panorama mundial e o quadro também é visto como epidêmico.

Comparando os resultados obtidos com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) entre os anos de 2006 (ano no qual os dados começaram a ser coletados) e 2012, verificou-se que inicialmente 43% da população acima de 18 anos apresentava sobrepeso, enquanto em 2012 esse índice era 51%, ou seja, além do aumento significativo dessa porcentagem, pela primeira vez o percentual de pessoas com excesso de peso superava mais da metade da população brasileira. O estudo também revelou o crescimento do índice de obesidade, que saltou de 11% em 2006 para 17,4% em 2012.

Em 2013, pela primeira vez, o VIGITEL apontou a estabilização das taxas de sobrepeso e obesidade; no entanto, a estabilização não durou muito e o número de pessoas acima do peso voltou a crescer em 2014, indicando 52,5% dos brasileiros com sobrepeso e 17,9% da população obesa (VIGITEL, 2014). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015, a última estimativa era de que 56,9% dos brasileiros com mais de 18 anos apresentam excesso de peso, sendo 20,8% destes classificados como obesos.

Embora no âmbito mundial as mulheres se destaquem com os maiores percentuais, a crescente incidência de sobrepeso e obesidade atinge tanto a população feminina quanto masculina e traz para ambos uma série de questões que vão desde as contingências de saúde até os impasses psíquicos e estéticos (WHO, 2012a; WHO, 2012b; IBGE, 2010; VEDANA ET AL, 2008; VIGITEL, 2014). Dados da OMS (2016) referentes à população mundial, por exemplo, apontam que em 2014 a estimativa era de que 11% dos homens estavam obesos e 38% com sobrepeso, ao passo que 15% das mulheres

estavam obesas e 40% com sobrepeso²¹. Entretanto, a frequência de obesidade não atinge somente a população adulta e as estatísticas surpreendem a cada dia (WHO, 2012b; WHO, 2016).

O fato de o sobrepeso e a obesidade se apresentarem cada vez mais frequentes desde a primeira infância, atingindo crianças e adolescentes, é outro aspecto que vem preocupando os órgãos responsáveis pela saúde pública, principalmente pela maior probabilidade destas crianças e jovens se tornarem adultos obesos, de modo a ter que arcar não somente com as vastas repercussões físicas, mas também psíquicas e sociais da doença – repercussões essas que já parecem arcar desde muito cedo, ainda que de forma silenciosa e/ou inconsciente (STAFFIERE, 1967; WHITAKER ET AL, 1997; RODRIGUES, 1998; BALABAN & SILVA, 2001; SEGAL, CARDEAL & CORDÁS, 2002; BIRCH, 2002; DATASUS, 2008; NAHAS, 2010; ONIS, BLOSINER & BORGHI, 2010; WHO, 2012; NG M ET AL, 2014; WHO, 2014c; WHO, 2016).

Seguindo o parâmetro mundial de obesidade dos adultos, os índices de obesidade infantil também dobraram desde 1980²² (WHO, 2000; WHO, 2002b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003; ABRANTES, LAMOUNIER & COLOSIMO, 2003; SÉRGIO ET AL, 2005; WHO, 2014c). Em 2014, a OMS já calculava em torno de 41 milhões de crianças menores de 5 anos no mundo com sobrepeso ou obesas (WHO, 2016). Contudo, se essas tendências crescentes continuarem, a estimativa é de que em 2025 esses números cheguem a 70 milhões (ONIS, BLOSINER & BORGHI, 2010; WHO, 2014c).

No Brasil, as estatísticas apontam que a obesidade infantil é a que mais cresce. A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre 2008 e 2009, pelo IBGE, apontou a presença de sobrepeso em aproximadamente 30% das

²¹ Esse dado é corroborado pelo número expressivo de mulheres que se apresentam enquanto sujeito dos estudos sobre obesidade e seus tratamentos, como a cirurgia bariátrica (VASCONCELLOS, 2005; SOUZA, 2005; CRESPO, 2008; COSTA, 2009; ZINI ET AL, 2009; CAVALCANTE, 2009; AGRA & HENRIQUES, 2009; NASCIMENTO, BEZERRA & ANGELIM, 2013). No entanto, vale observar ainda que a maior presença das mulheres nos estudos pode estar associada à maior procura dessa população por tratamento, uma vez que as mulheres parecem sofrer mais com a imposição dos padrões estéticos de beleza preconizados principalmente pela sociedade contemporânea.

²² Na África, por exemplo, o número de crianças com sobrepeso e obesidade passou de 5,4 em 1990 para 10,6 em 2014 (WHO, 2016).

crianças entre 5 e 9 anos de idade, ou seja, 1 a cada 3 crianças acima do peso indicado para sua altura e idade, sendo 15% dessas consideradas obesas. Além dos números já preocupantes, as previsões para o futuro não são as melhores. Dados do IBGE também sugerem que em 20 anos os casos de obesidade mais do que quadruplicarão na população de 5 e 9 anos de idade (IBGE, 2010).

Os dados são perturbadores e os seus desdobramentos notavelmente críticos, em âmbito mundial. Segundo o relatório de “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012”, publicado pela OMS, a obesidade e o sobrepeso já eram a causa de morte de pelo menos 2,8 milhões de pessoas por ano (WHO, 2012a), configurando-se uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo. Somente no Brasil, a obesidade já é responsável por mais de 2,6 milhões de mortes ao ano (OMS, 2005). Além disso, estimava-se que cerca de 35,8 milhões (2,3%) dos DALYs²³ globais seriam causados pelo excesso de peso ou obesidade (WHO, 2012b).

Outras consequências dessa incidência também podem ser observadas pelas inúmeras repercussões que o excesso de peso e a obesidade trazem tanto para o indivíduo quanto para a sociedade nos mais diversos âmbitos: altas taxas de comorbidades advindas do excesso de peso; busca crescente e frequente pelos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, sobrecarregando a sistema de saúde; prejuízos na rotina de vida, como: absenteísmo escolar e no trabalho, limitação na realização de atividades diárias, dificuldades de mobilidade e alterações no sono; implicações diretas na aceitação social e na própria relação do sujeito consigo, além de um impacto significativo na economia.

Segundo a OMS, estima-se que dentre os países desenvolvidos, a obesidade seja responsável por um gasto aproximado de 2 a 7% dos custos em saúde (OMS, 2005). Já no Brasil, segundo um estudo internacional conduzido pelo *McKinsey Global Institute* (2014), a obesidade é o terceiro problema de saúde pública que mais requer gastos da economia, despendendo em torno de 2,4% do PIB (Produto Interno Bruto).

²³ *Disability Adjusted Life Years* significa anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Em outras palavras, trata-se de um indicador que mede simultaneamente o efeito da mortalidade e da morbidade, considerando desde os problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos e os incapacita até a morte.

Nesse cenário epidemiológico e de consequências devastadoras, a prevalência de sobrepeso e de obesidade se apresenta como um dos principais desafios enfrentados pela saúde no âmbito mundial e diversas estratégias vêm sendo pensadas, visando conter sua expansão (COUTINHO, 1999; WHO, 2012a; WHO, 2014b). Em 2004, por exemplo, na Assembleia Mundial de Saúde, presidida pela OMS e com a presença de 192 países, pela primeira vez algumas estratégias comuns, como a melhora na alimentação e incentivo à atividade física, foram acordadas, visando à diminuição dos índices de sobrepeso e obesidade. Uma das medidas adotadas relaciona-se ao incentivo dos governos para impor limites às quantidades de açúcar, gordura e sal presentes nos alimentos, de forma que cada país deve estabelecer os níveis apropriados de contribuição de energia em nutrientes e alimentos, de acordo com suas tradições culturais e hábitos nacionais. Essas estratégias foram reforçadas na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas Sobre a Prevenção e o Controle das Enfermidades Não Transmissíveis, realizada em setembro de 2011 (WHO, 2015).

Em 2012, a Assembleia Mundial de Saúde se reuniu para pensar principalmente sobre a obesidade infantil, organizando uma série de estratégias a fim de controlar o excesso de peso na infância e evitar que as estimativas para 2015 se concretizem (WHO, 2014b).

Reconhecendo a gravidade do problema e em acordo com a necessidade de se instaurar medidas de precaução à obesidade, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu ainda a Portaria número 1.569 de 28 de junho de 2007, na qual apresenta diretrizes para atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e à assistência àqueles com excesso de peso, a serem implantadas em todas as unidades federadas (BRASIL, 2007).

Contudo, apesar das inúmeras investidas dos órgãos de saúde e das diversas ações implantadas, é notável que o excesso de peso e a obesidade saíram do controle, exigindo mais atenção do que algumas medidas preventivas. Nesse sentido, o cenário é de inquietar: por que esses índices têm crescido tanto? O que tem tornado tão difícil o combate à obesidade?

O salto imenso, observado nos últimos anos nas taxas de obesidade e sobrepeso, e a frustração no controle desta manifestação, não apenas assinalam a dimensão alarmante que o excesso de peso assumiu na

atualidade, mas também levam a refletir sobre o percurso dessa manifestação e de seus índices ao longo dos anos. O que poderia conduzir tantas pessoas à mesma manifestação? Haveria algo da atualidade colaborando com o aumento do excesso de peso? E, mais precisamente: o que poderia significar esse “boom” da obesidade no contexto contemporâneo?

Esse impasse se agrava e se torna mais intrigante quando nos deparamos com a contradição do obeso desnutrido. Se antes o retrato da desnutrição era a magreza excessiva, resultado principal da ausência de alimentos, hoje assistimos ao obeso, cujo acesso ao alimento é vasto, carecer de nutrientes. A possibilidade de coexistência das duas situações (obesidade e desnutrição) é verídica, já que não há obrigatoriamente equivalência entre ser alimento e ser nutritivo, mas é inegável a estranheza de sua concomitância. Diante de um dos maiores paradoxos da atualidade, a pergunta que fica é o que estaria subjugado por traz dessa relevante contradição. E mais: que manifestação é essa a qual nem os órgãos mundiais de saúde nem a medicina, com suas inúmeras técnicas e procedimentos, consegue conter ou apresentar uma solução definitiva? O que significa esse excesso que se apresenta no corpo?

Nesse contexto, outra pergunta se revelaria fundamental: o que o fenômeno da obesidade tem a nos dizer em vista de sua crescente demanda no contexto contemporâneo? Estaria a elevada incidência da obesidade apontando para algo da ordem do social? O que esses sintomas contemporâneos teriam a denunciar sintomaticamente? O cenário parece convocar maiores reflexões.

Apesar da atual dimensão, profilaxia e mal-estar em torno dessa manifestação, nem sempre foi assim. A obesidade em si não é um problema novo, sendo relatada desde a antiguidade por meio de obras de arte e da literatura; entretanto, sua incidência e a percepção que se tem das pessoas com excesso de peso é o que tem variado ao longo dos diferentes contextos históricos, sociais e econômicos, e trazido questões de extrema relevância.

I.II. Da beleza ao estigma do horror e da doença

*“Dizes que a beleza não é nada?
Imagina um hipopótamo com alma de anjo...
Sim, ele poderá convencer os outros de sua angelitude
– mas que trabalhadeira!”
(Mario Quintana)*

Sem dúvidas, os conceitos de beleza e de feiura sujeitam-se ao ângulo e ao olhar com o qual se contempla algo. O bonito, para um, pode ser o mesmo feio para outro, a depender da singularidade do olhar de cada sujeito e das determinações do contexto histórico que o atravessa, de modo que as noções de gordura e de magreza enquanto equivalentes à feiura ou à beleza são variáveis e concebidas a partir do viés cultural, evolutivo e, não obstante, subjetivo.

Apesar dessa variedade que se observa ao longo da história, a predominância de alguns padrões eleitos como modelos a serem seguidos é perceptível, como na atualidade, em que vivemos a primazia da ditadura da magreza enquanto padrão de beleza. Essa concepção parece muitas vezes se sobressair ao sujeito, de forma que a aparência, o corpo físico, assume também equivalência com o conteúdo interno e subjetivo de cada pessoa. Assim, se magra: bonita, boa, ativa, feliz, agradável, admirável; se obesa: feia, descuidada, gulosa, preguiçosa, dentre outros – atribuições negativas das quais os obesos raramente conseguem escapar. Mas nem sempre foi assim....

Espelho, na atualidade, de doença, estigma, preconceito e de inúmeros julgamentos, a obesidade é retratada há muitos anos na história da humanidade e já foi compreendida apenas como uma das muitas formas de existir do ser humano e até mesmo um aspecto positivo, não como um problema a ser combatido, como é vista nos dias de hoje. Com um longo percurso desde a antiguidade, o excesso de peso passou por diversas formas de percepção, desde a apreciação, sendo exaltado como símbolo de poder, riqueza, fertilidade, saúde e beleza, até a depreciação, sendo rejeitado como símbolo de horror, descontrole, doença, morte e feiura, culminando, assim, na estigmatização e na culpabilização do próprio sujeito pela condição de seu corpo.

Até meados do século XIX, a preocupação com o excesso de peso era irrisória e as pessoas acima do peso não sofriam os estigmas e o julgamento moral que observamos na sociedade atual; ao contrário, em sua maioria e dependendo do cenário histórico e cultural, eram consideradas pessoas saudáveis, enquanto aquelas mais esbeltas eram vistas como frágeis e/ou até mesmo doentes. O que teria mudado os padrões até então vigentes no passado? Eis um longo percurso.

Fazendo um breve resgate, observamos relatos da existência de homens corpulentos desde nossos ancestrais pré-históricos, quando a sobrevivência do mais apto ditava que os indivíduos que armazenavam uma quantidade maior de energia (sob a forma de gordura) sobreviveriam ao jejum e à fome nos períodos de escassez (HASLAM, 2007). Também encontramos estudos que se referem há aproximadamente 30.000 anos atrás, quando as deusas eram admiradas e veneradas por seus corpos volumosos. A fartura das coxas, dos seios e dos quadris era cultuada como o belo e saudável, sendo tida como símbolo de fertilidade²⁴ e padrão de beleza da época (BRUCH, 1973; HASLAM, 2007). Esculturas pré-históricas egípcias, gregas e babilônicas também demonstram a preferência escultural por esse modelo de mulher, indicando que nesse período a obesidade era algo natural e muito distante de ser considerada como um problema²⁵.

Um exemplo que retrata a longevidade da obesidade é a *Vênus de Willendorf* ou *mulher de Willendorf* (vide imagem abaixo), como também é conhecida: uma estátua do período Paleolítico, encontrada na Áustria, cujas características são marcadas pelo abdômen e seios grandes, o que pode se referir tanto à fertilidade quanto à obesidade propriamente dita (HASLAM, 2007).

²⁴ O que é irônico, em vista do conhecimento atual de que a obesidade pode levar à fertilidade reduzida ou até mesmo à infertilidade (WHO, 2000).

²⁵ A título de curiosidade, na arte mais recente também encontramos obras que apresentam a obesidade. O pintor colombiano Fernando Botero é um exemplo da permanência desse tipo de arte. Seus quadros, em sua maioria uma releitura das obras e ideais de beleza do Renascimento (como a Mona Lisa, de Leonardo Da Vinci), são marcados por uma característica peculiar e que divide opiniões: suas figuras apresentam a forma arredondada, fazendo menção à obesidade.



(Vênus de Willendorf).

Com o Império Romano iniciou-se uma mudança nos padrões estéticos, e os corpos magros, fortes e, portanto, mais ágeis, começaram a ganhar destaque. A maior mobilidade era tida como vantagem nas guerras e o excesso de peso começava assim a ser visto como algo desinteressante (BRUCH, 1973; BARIATRIC SURGERY, 2006; CABALERRO, 2007). No entanto, os difíceis momentos de crise, em que a comida era escassa e a fome assolava a população, principalmente na Idade Média, levavam a obesidade a ser vista como um sinal de fartura, pujança, saúde e bem-estar (CASSELL, 1995; HASLAM, 2007), ilustrando seu julgamento variável e cultural.

O reconhecimento da obesidade como sinal de morbidade e sua efetiva articulação ao *status* de doença se deu somente após a associação do excesso de peso à expectativa de vida e a alguns problemas de saúde, o que trouxe consigo importantes mudanças na compreensão dessa manifestação.

Os gregos foram os precursores a associar o excesso de peso a um transtorno médico e a relacioná-lo a outras doenças (WHO, 2000). Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, e Cláudio Galeno, seu seguidor, ambos médicos greco-romanos, foram os primeiros a observar que o número de óbitos súbitos era maior nessa população quando comparado ao de pessoas magras e a associar a obesidade à indisciplina, aconselhando a prática de atividade física e uma alimentação balanceada e regulada para obtenção de um corpo saudável. Hipócrates ainda alertou que a corpulência não era somente uma

doença, mas também o prenúncio para outras, o que agravava a condição de saúde daquele que a apresentava (HASLAM & JAMES, 2005; BARIATRIC SURGERY, 2006; HASLAM, 2007). Contudo, apesar dessa observação, os estudos acerca da obesidade se mantiveram secundários por um longo período e apenas a partir do século XVI, com o avanço da ciência e o surgimento de uma nova concepção da medicina, o enfoque estético e econômico deu lugar à preocupação relacionada aos aspectos clínicos decorrentes do peso excessivo.

As descobertas gregas de que excesso de peso acarretava em prejuízos para saúde, podendo levar à morte prematura e o surgimento da medicina moderna, foram sem dúvidas uma conjuntura decisiva para nortear os destinos dessa manifestação e promover uma importante mudança no olhar direcionado ao excesso de peso, principalmente considerando as amplas mudanças que se observava na sociedade.

A passagem do feudalismo para o capitalismo e o surgimento das ideias renascentistas foram o ponto de partida para que uma importante mudança na sociedade e na ciência se iniciasse. Com o enfraquecimento das estruturas medievais, a invenção de instrumentos científicos e a descoberta das leis da natureza, uma nova configuração do saber, pautada nos ideais humanistas e naturalistas da antiguidade clássica, passou a se delinear. O uso da razão individual e da análise de evidências empíricas – que se solidificou com a ascensão do racionalismo iluminista no século XVIII – fizeram com que o saber da medicina tomasse novos rumos e a doença perdesse seu caráter místico e religioso (marca da medicina medieval) e voltasse a ser um elemento natural, logo, passível de cura.

Esse novo olhar sobre a doença trouxe a possibilidade de aplicação dos conhecimentos científicos, que a cada dia se apresentavam mais desenvolvidos, e as investigações da medicina passaram então a fundar-se nos conceitos da anatomia e da fisiologia, possibilitando, por meio da observação e da classificação de doenças, um conhecimento mais amplo destas (BROTON, 2006; VALVERDE, 2003; SAYD, 1998; ROSEN, 1994). Assim, diante da possibilidade de cura, os estudos que antes eram tomados como secundários ou até mesmo desnecessários alavancaram e a medicina passou a se debruçar na compreensão científica/orgânica das manifestações que se apresentavam – donde se incluiu a obesidade.

A transição entre a medicina medieval e a medicina moderna representa um marco importante para entender as relações com o corpo e as concepções de saúde, doença e cura na atualidade. Com a configuração moderna de saúde e de doença, a relação com o corpo e com a saúde ganhou outro espaço na sociedade. Diante da nova concepção de doença, baseada na razão, corpo e pensamento foram separados e o foco passou a ser exclusivamente o organismo/matéria, surgindo, assim, a visão mecanicista/técnica do corpo. A ideia de que microrganismos eram os causadores das enfermidades também surgiu nesse período, e a atenção destinada aos problemas médicos-sanitários ganhou destaque, abrindo espaço para as práticas sanitaristas e de controle.

A busca pelo controle das epidemias que acompanhavam o homem no processo de urbanização e industrialização acarretou na incursão de novas terapêuticas e na preocupação em se estabelecer medidas profiláticas, o que levou a uma prática de tratamento das doenças totalmente centrada no aparato da ciência e da medicina, assim como no controle dos corpos e de suas manifestações. Nesse sentido, o corpo se tornou palco dos mais diversos diagnósticos e, na mesma medida, espaço de demonstração de saúde e bem-estar, sendo atribuída à doença caráter praticamente inadmissível (PORTER, 2001; SAYD, 1998; SIGOLO, 1996; ROSEN, 1994; GIDDENS, 1991; BERMAN, 1986).

Nesse cenário, a obesidade, submetida então à denominação de doença, passou a figurar o campo da medicina enquanto uma manifestação de caráter essencialmente orgânico. Desta forma, os corpos que antes eram julgados essencialmente por seu aspecto estético, passaram também a ser norteados pela ordem biológica, sendo regulamentados por um arranjo no qual o excesso de peso assumiu a equivalência de problema. Essa visão, à custa de um retardamento nas investigações dos aspectos psíquicos e sociais que permeavam essa manifestação, propiciou que muito se avançasse na compreensão da obesidade a partir da medicina, mantendo a obesidade subjugada ao saber da desta ciência até o século XX.

Os poucos avanços que ocorreram entre o século XVI e o século XX na construção do saber sobre esta manifestação foram de extrema relevância para que se alcançasse o saber hoje instituído e marcam a construção da obesidade enquanto doença. A publicação da primeira obra sobre obesidade,

que data o século XVII, é um exemplo disso. A dissertação, escrita por Thomas Sydenham, médico clínico considerado o “Hipócrates moderno” e também conhecido como “Hipócrates Inglês”, foi o resultado da compilação de todas as informações que se tinha até o momento sobre a obesidade, relatando-a como uma mistura de caráter e doença. Dando sequência ao seu trabalho, Sydenham publicou o “Grande Catálogo Clínico de Doenças”, em que catalogou todos os sintomas observados em seus pacientes, relacionando-os às doenças constatadas – esse catálogo foi o primeiro a incluir a obesidade enquanto uma enfermidade (HASLAM, 2007).

No decorrer do século XVIII, inúmeras publicações da área médica começaram a surgir na Europa, visando compreender a obesidade. Estudos realizados por Lavoisier e outros chegaram à conclusão de que o metabolismo de todos os seres humanos obedecia às leis da termodinâmica, de forma que a energia não gasta tendia a se acumular no organismo. Esses estudos possibilitaram a descoberta de que a gordura ficava armazenada em células, levando à compreensão de que a obesidade estava associada ao armazenamento de muitas células de gordura (WHO, 2000). A ideia de que o peso excessivo era um problema e deveria ser evitado, foi responsável, no século XIX, pela publicação do primeiro livro de dieta, escrito por W. Banting e intitulado *Letter on corpulence* (Carta sobre a corpulência), em que ele explicava o próprio método que utilizou para perder peso, similar ao qual hoje chamamos de *lowcarb* (pouco carboidrato) (WHO, 2000).

O maior progresso para compreensão dessa condição se deu, entretanto, a partir do século XX, quando a obesidade, em decorrência de suas comorbidades, foi efetivamente associada ao aumento significativo das taxas de mortalidade, ganhando maior visibilidade e demandando maiores estudos, a fim de reduzir e controlar sua incidência (WHO, 2000).

Com as novas descobertas e a preocupação em torno das consequências do excesso de peso, as pesquisas sobre a obesidade passaram a ganhar cada vez mais espaço. Os avanços no sentido de uma compreensão mais abrangente dessa manifestação, assim como a percepção de que, para além dos prejuízos associados diretamente à saúde, a obesidade também era um importante fator de impacto em várias outras instâncias da vida do indivíduo, possibilitaram que essa manifestação fosse, posteriormente, atrelada

a outros saberes, como a nutrição e a psicologia, sendo hoje, finalmente, admitida, explorada e tratada em seu âmbito multidisciplinar.

Entre os anos 1920 e 1930, por meio de estudos ainda iniciais, a obesidade começou a ser associada a um problema genético, hormonal e comportamental. Na década de 30, por exemplo, a ocorrência da obesidade era justificada por problemas endocrinológicos, sendo imputada a uma disfunção glandular (NEWBURGH, 1942). Essa visão, no entanto, não predominou por muito tempo. Entre 1940 e 1950, com a progressão nos estudos acerca dessa manifestação, constatou-se que a disfunção glandular não poderia apenas por si só ser a responsável pela obesidade, de forma que a sua ocorrência seria, então, resultado de uma desproporção energética (como já apontado por Lavoisier), causada por uma série de fatores de ordem externa que, separados ou em interação, levavam o indivíduo a ingestão demasiada (NEWBURGH, 1942; KAPLAN & KAPLAN, 1957). Assim, embora a influência genética continuasse a ser potencialmente explorada, outros fatores passavam a ser associados à ocorrência da obesidade.

Foi nesse cenário que a obesidade passou a ser correlacionada também a fatores psíquicos, como o estresse (WHO, 2000). Evidências apontam o aumento nos casos de obesidade durante o período das duas grandes guerras, tanto pela má alimentação quanto por fatores psíquicos. Na França, por exemplo, retrata-se que, durante a Segunda Guerra Mundial, muitas mulheres jovens que haviam sido expostas aos bombardeios e outras pressões desenvolveram a obesidade. Nos campos de concentração também se observou casos de obesidade, inclusive em pessoas expostas a um longo período de inanição (LOLI, 2000).

Corroborando tais informações, estudos mostram que o estresse contínuo estimula a produção de cortisol, conhecido também como hormônio do estresse. O cortisol apresenta efeito metabólico, reduzindo a utilização de glicose por quase todas as células do organismo e permitindo uma maior retenção de líquidos e acúmulo de gordura no nível visceral, sendo um favorecedor ao surgimento da obesidade quando produzido em excesso (COUTINHO, 1999; LEMOS ET AL, 2012). Assim, a partir da medicina e da observação de casos de pessoas que engordaram após um evento traumático, a literatura francesa foi a primeira a discutir a possibilidade da obesidade se

apresentar como sintoma de um distúrbio emocional.

Também na década de 1950, o tratamento da obesidade, que antes preconizava a atividade física e a menor ingestão de alimentos calóricos, passou a se apoiar na comercialização de produtos de dieta. Esses produtos, no entanto, não corresponderam às expectativas de solucionar o problema do excesso de peso, possibilitando que a terapia comportamental ganhasse espaço enquanto um reforço para a mudança de hábitos. Dessa forma, ainda que em um caráter objetivo, focal e cognitivo, a psicologia adentrava o campo da medicina para ajudar no controle dessa manifestação, auxiliando nas mudanças e reforçando os comportamentos alimentares e de atividade física adequados (CASSELL, 1995; DWIVEDI & SHRIDHAR, 2007; FROTA, 2007; KAILA & RAMAN, 2008).

Nesse contexto, a obesidade já possuía o caráter de doença na maioria das culturas, sendo o excesso de peso visto principalmente como algo negativo e associado à gula, ao descontrole e à feiura (PUHL & BROWNELL, 2001) – o que se mantém, salvo exceções, ainda no cenário atual. No entanto, guardadas as devidas ressalvas, é válido observar que essa percepção permanece variável de acordo com a cultura e com a individualidade. No continente africano, por exemplo, diante da pobreza e precariedade em que vive a maioria da população, estar acima do peso ainda confere um certo *status* positivo, gerando, ao contrário do preconceito, admiração (HASLAM & JAMES, 2005).

A variação é tanta que nos aponta a coexistência de percepções totalmente opostas sobre o excesso de peso em uma mesma sociedade. Don Kulick, professor de antropologia de Universidade de Chicago, aponta em seu artigo *Pornô* (2012) o fetiche que pode envolver certo grau de obesidade. Seu estudo consiste no pornô com mulheres obesas, donde o atrativo recai sobre o estômago das atrizes e o ato de comer e não sob os genitais e nádegas, como é comum no pornô *mainstream*. Embora muitas vezes mostrem seus seios e nádegas, as mulheres exibidas não se envolvem em sexo genital: a representação pornográfica consiste no ato de mostrar mulheres gordas (meladas ou limpas, sozinhas ou com amigas), com bem mais de 200 kg, comendo alimentos ricos em gordura. A penetração do pênis ou de outro objeto na vagina é substituída pela imagem da penetração da comida na boca, como

“uma outra forma de representar o prazer feminino para além da submissão a uma potência fálica” (p. 223). O prazer erótico dos genitais é deslocado, ressignificando assim o corpo prazeroso. Kulick alega que, na pornografia da gordura, o que está em jogo é a transgressão em seu caráter simbólico de inversão. “Obviamente, o que está sendo invertido é o valor alocado em corpos magros e nos prazeres” (p. 232). E complementa,

Em sociedades como a sociedade ocidental contemporânea, nas quais a gordura foi sem cessar declarada não atraente, não saudável, não desejável, é tanto cultural quanto psicanaliticamente previsível que deveria haver um ‘retorno do oprimido’, na forma de grupos de pessoas para quem silhuetas gordas são o foco da fantasia erótica e da satisfação (p. 233).

O trabalho de Kulick ilustra, considerando as ressalvas do fetichismo, o caráter também subjetivo da percepção do excesso de peso enquanto paradigma de beleza ou horror, apresentando outra perspectiva do olhar destinado à obesidade²⁶: a dimensão da atração e da sensualidade – o que também pode ser observado em diversos casos famosos, retratados em entrevistas e documentários, disponíveis na mídia²⁷.

Recalcati (2002), nesse sentido, entende que a obesidade parece portar um certo traço perverso, na medida em que pode promover alguma angústia em quem olha o corpo gordo, especialmente considerando a atualidade, em que o ideal estético é o corpo esculpido a qualquer preço.

Fernandes (2003) coloca que, na atualidade,

O corpo está em alta! Alta conotação, alta produção, alto investimento... alta frustração. Alvo do ideal de completude e perfeição, veiculado na contemporaneidade, o corpo parece servir de forma privilegiada, através da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita, como estandarte de uma época marcada pela linearidade anestesiada dos ideais (p. 15).

²⁶ Evidentemente, uma série de outros pontos mereceriam ser abordados nesse sentido, como o fetichismo e a questão da oralidade e do prazer em ver o outro ter prazer. No entanto, vamos nos ater à questão da obesidade propriamente, apresentando apenas algumas observações quanto aos olhares dirigidos a ela.

²⁷ A título de curiosidade, podemos citar os famosos casos de Patty Sanchez, que chegou a pesar 327 g – e pretendia atingir os 380 kg – para agradar seu namorado que tinha atração por mulheres obesas (MIRROR, 2015), e de Monica Riley, modelo para websites de obesidade mordida, que com 445 kg ainda objetivava ganhar mais 11 kg, a fim de satisfazer uma fantasia erótica do casal – história que infelizmente teve um final trágico.

Assim, podemos dizer que a obesidade, principalmente a partir da modernidade, assume um status preocupante, tanto diante do que se espera do sujeito em relação a sua saúde, a sua imagem e ao seu corpo, quanto no âmbito social, em que o obeso se depara com grande preconceito, tudo isso acarretando em questões que discutiremos adiante.

O viés histórico-cultural, contudo, sempre indispensável para se compreender o funcionamento de uma civilização e de seus fenômenos, reflete apenas uma das lentes pelas quais o excesso de peso e a obesidade podem ser contemplados, e sinaliza uma marca claramente mutável, de acordo com o momento vivido. Para além desse viés, a obesidade pode ser pensada e estudada a partir de diferentes ângulos, como o econômico, o social, o orgânico e, principalmente, o psíquico – o qual vem adquirindo grande destaque na sociedade contemporânea, sendo o foco deste estudo.

I.III. Do orgânico ao psíquico

A obesidade é considerada pela medicina uma doença crônica, não transmissível e de complexo tratamento, caracterizada pelo excesso de gordura corporal ou acúmulo de tecido adiposo. Trata-se de um distúrbio metabólico de desequilíbrio energético, resultado de um descompasso positivo entre o consumo e o gasto de energia, de forma que a quantidade de calorias ingeridas é muito maior do que a quantidade que o organismo necessita, gasta ou é capaz de processar para manter seu bom funcionamento (WHO, 1995; DUARTE, 2005; WHO, 2000).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a obesidade é uma condição médica geral correspondendo ao CID E66 e está subdividida em: obesidade devida ao excesso de calorias (CID E66.0), obesidade induzida por drogas (CID E66.1), obesidade extrema com hipoventilação alveolar (CID E66.2), outra obesidade (CID E66.8) e obesidade não especificada (E 66.9).

O diagnóstico da obesidade pode ser feito por meio de diferentes métodos²⁸ – sendo inclusive constatada visualmente, o que é em parte responsável pelos estigmas que envolvem essa manifestação. No entanto, estudos epidemiológicos realizados pela OMS sugerem que o diagnóstico seja realizado a partir do critério estabelecido pelo Índice de Massa Corporal (IMC), a fim de padronizar a medição da obesidade e facilitar a comparação de sua prevalência entre os diversos países.

Dentre os adultos, o IMC é calculado pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e a altura ao quadrado (medida em metros)²⁹, sendo considerados com sobrepeso ou com pré-obesidade os indivíduos com IMC entre 25 e 29,99 e obesos aqueles que apresentam índices superiores. A obesidade ainda pode ser classificada de acordo com seus escores em Grau I (IMC entre 30 e 34,99), Grau II (IMC entre 35 e 39,99) e Grau III (IMC maior que 40)³⁰, sendo este o mais grave e o mais difícil de tratar e donde se encontram os chamados obesos mórbidos (WHO, 2000). Além disso, quanto maior o escore, maiores são as chances do desenvolvimento de algumas doenças, sobretudo diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares – que se configuram entre as principais causas de mortalidade constatadas pela OMS nos últimos anos (WHO, 2000; WHO, 2002a; OMS, 2004; WHO, 2014a; WHO, 2016).

Se para a medicina esses escores refletem o nível de comprometimento e da gravidade do estado de saúde do indivíduo, para psicologia e para psicanálise esse excesso de peso pode ser entendido como o reflexo de uma série de questões psíquicas (subjetivas e pulsionais e relacionadas ao modo de gozo) que, em maior ou menor grau, levam o sujeito a encontrar no alimento

²⁸ O diagnóstico da obesidade pode ser feito por pesagem hidrostática, mensuração de pregas cutâneas, avaliação de impedância bioelétrica, antropometria superficial, avaliação ultrassônica da gordura, dentre outros. No entanto, essas técnicas requerem um equipamento complexo e mão de obra qualificada, o que contribui para que o uso do IMC seja a metodologia comumente mais utilizada (ANJOS, 1992).

²⁹ Para crianças e adolescentes, a avaliação do índice de massa corporal é feita por meio de tabelas que relacionam fatores como idade, altura e peso, sendo considerado o percentil apresentado (TOMKINS, 2006).

³⁰ A título de informação, alguns países asiáticos, como China e Japão, não seguem as definições de IMC propostas pela OMS. Estudos apontam que, por apresentarem em sua genética características diferentes dos caucasianos, os asiáticos reagem de forma diferente ao excesso de peso, de forma que escores muito menores de IMC do que os propostos pela OMS já acarretam em prejuízos notáveis na saúde desses indivíduos (KANAZAWA ET AL., 2002).

aquilo de que “necessita”. Outra associação entre o excesso de peso e o psiquismo pode ser verificada, por exemplo, pela variação na incidência de “transtornos” psíquicos de acordo com o índice de peso. Contudo, falaremos sobre isso adiante.

Precedente a uma série de alterações no organismo, a obesidade é um dos fatores mais significativos no aparecimento de outras doenças e pode acarretar em diversos prejuízos, tanto em relação à saúde física quanto em relação à saúde psíquica. Dentre as principais comorbidades associadas ao excesso de peso, temos ainda: apneia obstrutiva do sono, acidente vascular cerebral, amenorreia, fertilidade reduzida em homens e mulheres, dislipidemias, insuficiência venosa, cálculo biliar, doenças pulmonares, problemas ortopédicos e dermatológicos, disfunção hormonal, esteatose, hérnia de hiato, além de vários tipos de câncer, tais como o de mama, de útero, de próstata e de intestino – doenças que levam a índices alarmantes de mortalidade e à redução significativa tanto da qualidade quanto da expectativa de vida das pessoas.

O excesso de peso pode ainda interferir na sexualidade e na perda da libido, o que pode se relacionar tanto com questões hormonais quanto com insatisfação com o próprio corpo (WHO, 1995; WHO, 2000; GIGANTE ET AL, 1997; COUTINHO, 1999; MANCINI, 2010; WHO, 2016). Além disso, estudos também apontam a obesidade como desencadeadora ou agravante de manifestações de cunho psíquico, como a depressão, a ansiedade, a baixa autoestima e alguns transtornos alimentares, podendo levar até mesmo ao suicídio (MARTINS, 2012; LUPPINO ET AL, 2010; ZINI ET AL, 2009; POMPILI ET AL, 2006; FRANKO ET AL, 2004; DIXON ET AL, 2003; CARPENTER ET AL, 2000).

De etiologia multifatorial, a obesidade pode ser subdividida em dois tipos: endógena, ou seja, associada ao metabolismo do indivíduo e de causa orgânica propriamente dita, como no caso do obeso com calorigênese (aquele que ingere uma quantidade normal de alimento, porém engorda devido a disfunções no próprio organismo), e exógena, também conhecida como nutricional, sendo essa relacionada a qualquer outro fator pertinente ao estilo de vida, donde se encontra, por exemplo, o obeso hiperfágico (que ingere demasiada quantidade de alimento). Assim, o peso corporal pode ser regulado

por vários mecanismos, envolvendo fatores genéticos, biológicos, neurológicos, endocrinológicos, ambientais, educacionais, nutricionais, comportamentais, culturais, sociais e subjetivos (COUTINHO, 1999; RIEBE ET AL, 2002; OMS, 2004; BRASIL, 2006; KAILA & RAMAN, 2008; MELO, 2011).

A influência da genética na obesidade, vastamente explorada pela medicina ao longo dos anos, é estudada com mais afinco desde os anos 1970. O avanço das pesquisas e a identificação do gene que expressa a *leptina*³¹, na década de 1990, permitiu novos conhecimentos sobre suas causas e tratamentos, reforçando a presença do aspecto orgânico enquanto uma das disfunções inatas do organismo que podem levar a ocorrência da obesidade (STROBEL ET AL, 1998; COUTINHO, 2007). Atualmente, pesquisas estimam cerca de 30 genes envolvidos no processo de configuração da obesidade, com possibilidade de haver mais (MARQUES-LOPES ET AL, 2004). Endocrinopatias como hipotireoidismo, Síndrome de Cushing, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Bardet-Biedl, Hipogonadismo, Síndrome dos Ovários Policísticos, dentre outros, também foram reconhecidas como disfunções genuínas ao organismo causadoras da obesidade, embora sejam origens consideradas mais raras (STROBEL ET AL, 1998; MIZUNO ET AL, 2003; COUTINHO, 2007).

O aspecto hereditário observado em muitos casos de obesidade é outro ponto que vem suscitando pesquisas e tem instigado a medicina a buscar a explicação para essa manifestação pela genética. Pesquisas apontam que o balanço energético responsável pela obesidade depende em cerca de 40% da herança genética, havendo uma base genética que é transmissível e que influencia na manutenção do peso corporal (BOUCHARD ET AL, 1998; HIRSCH & LEIBEL, 1998).

Nesse sentido, estudos verificaram que, ao se considerar o histórico familiar de obesidade, era comum a presença de parentes com peso excessivo, destacando uma importante correlação entre pais obesos e maior incidência de

³¹ A leptina é um hormônio proteico produzido pelo tecido adiposo, cuja função está relacionada a regulação homeostática da gordura corporal do organismo. Estudos apontam que a resistência à leptina ou outras falhas que possam ocorrer em seu processo de produção, receptação, ou transporte podem acarretar em seus altos índices, o que favorece o acúmulo de gordura corporal. Tal constatação é corroborada pela presença elevada da leptina encontrada no sangue de pessoas obesas (STROBEL ET AL, 1998; NEGRÃO & LICINIO, 2000; FONSECA-ALANIZ ET AL, 2006).

obesidade em seus filhos, quando comparados às crianças cujos pais apresentavam peso normal (WHITAKER ET AL, 1997; FAITH ET AL, 1999; GIGANTE ET AL, 2004; CAVALCANTE, 2009). Giuliano & carneiro (2004), por exemplo, em uma pesquisa com crianças entre 6 e 10 anos, verificou uma frequência de sobrepeso e obesidade de 51,8% das crianças quando ambos os pais eram obesos, 50% quando apenas um dos pais era obeso e de 19,6% quando nenhum dos pais era obeso. Outros trabalhos ainda apontam que esses números podem chegar a 80% para filhos de pais obesos, 40% para apenas um dos pais obesos e 10% na ausência de pais obesos (ABESO, 2008). Contudo, apesar do fator genético hereditário, esse cenário também pode ser associado a fatores culturais, ambientais e sociais no qual a criança está inserida, ou seja, a rotina que permeia sua vida – o que se legitima pela presença significativa de obesidade em filhos de pais não obesos. Assim, embora os fatores genéticos e o próprio metabolismo do organismo atuem no aumento da susceptibilidade para a ocorrência do excesso de peso, é estimado que somente uma pequena parcela dos casos de obesidade possa ser atribuída à hereditariedade, destacando-se os fatores ambientais e comportamentais (WHO, 1998).

O que se constata, em suma, é que a despeito dos avanços e esforços da medicina para encontrar uma causa genética/biológica para a obesidade e ainda que essa seja uma manifestação de grande importância considerando aspectos orgânicos, na maioria dos casos não há uma anormalidade ou disfunção originalmente orgânica que justifique, por si só, sua ocorrência – tampouco que justifique sua incidência epidêmica constatada na atualidade –, apontando para a importância de outros aspectos envolvidos.

Segundo os resultados obtidos pela OMS (2000; 2005; 2012; 2016), são as mudanças na sociedade e nos hábitos alimentares em todo o mundo que estão levando a esse cenário de obesidade. A revolução industrial associada à globalização do mercado alimentício, o acesso e aquisição facilitados e a crescente economia são apenas alguns dos fatores que contribuem para esse crescimento epidemiológico. A proliferação da cultura dos *fast-foods*, resultado desse processo e do crescimento da produção capitalista, é outro ponto importante para se entender a obesidade na atualidade, principalmente se consideramos sua oferta e a praticidade/velocidade que oferece àqueles que

procuram uma refeição fora de casa. Nesse sentido, a oferta ilimitada de alimentos baratos, palatáveis, práticos e de alta concentração energética, fruto desse cenário e das demandas associadas ao modo de vida da sociedade atual, favorecem os maus hábitos alimentares, como: não ter horários fixos para alimentação; ficar longos períodos sem comer; fazer poucas refeições durante o dia, assim como fazer as dietas da moda, que culminam em provocar o efeito sanfona, que são elementos que também contribuem para o ganho de peso.

É comprovado que os hábitos de vida sedentários e a alimentação inadequada (principalmente a ingestão de grandes quantidades de alimentos – ingeridos muitas vezes de forma compulsiva – ou alimentos muito calóricos) desempenham um papel preponderante na ocorrência dessa enfermidade, uma vez que os genes podem se expressar de forma diferencial em resposta a dietas ricas em gordura, assim propiciando o aumento da adiposidade (WHO, 2002a; SCHADT ET AL, 2003; MENDONÇA & ANJOS, 2004; CHRISTIAN & BARNARD, 2005; BRASIL, 2006; COUTINHO, 2007; MELO, 2011; WHO, 2016). O próprio termo “obesidade”, que tem sua origem no latim *obesus*, designa essa ingestão demasiada: significa *comer muito* – hábito que pode ou não estar associado à compulsão alimentar.

A título de exemplo, um estudo realizado por Sichieri e colaboradores, em 2003, tratou sobre os padrões de consumo da população brasileira, demonstrando uma redução de 30% no consumo de arroz e feijão, enquanto houve um aumento de 268% no consumo de refrigerantes pela população do Rio de Janeiro. Ainda segundo dados do IBGE (2009), o consumo de alimentos não saudáveis (também conhecidos como *junkfood* ou “comida lixo”) cresceu cerca de 67% entre os mais pobres, enquanto entre aqueles com maior poder aquisitivo, cresceu apenas 21% – dado que reflete também uma questão econômica importante na incidência da obesidade.

Assim, ao se buscar a explicação para ocorrência da obesidade, os principais elementos a serem considerados são o estilo de vida e os hábitos que cada indivíduo mantém em sua rotina, condições passíveis de intervenção e que demandam ações no âmbito individual e coletivo (COUTINHO, 1999; WHO, 2003). Diante desse cenário a questão se reforça: com tantos prejuízos (não só à saúde, como também de ordem psíquica e social), o que levaria uma

pessoa a manter hábitos de vida tão inadequados ou, considerando a forma como os alimentos muitas vezes são ingeridos, podemos dizer compulsivos? Certamente, se o sujeito come demasiadamente ou não cuida de sua saúde, como é orientado a fazer pelo saber médico, há de se ter um motivo que se sobrepõe à lógica do racional.

O caráter complexo, irracional e não pedagógico da doença, haja vista que o discurso médico/da saúde e o conhecimento das repercussões da obesidade se mostram ineficazes para contê-la, demanda atenção para outros aspectos que favorecem que o sujeito entre nessa lógica de consumo e de hábitos prejudiciais à saúde. Nesse sentido, é preciso considerar que a ocorrência da obesidade está associada a fatores que são permeados por condições ambientais, culturais, sociais e psíquicas, ou seja, há algo do coletivo e do subjetivo que parece incidir e influenciar no comportamento das pessoas e em seu adoecimento, dificultando que o sujeito venha a mudar as condições que levam a sua obesidade. Em outras palavras, podemos dizer que a obesidade não é apenas responsabilidade individual do sujeito, mas sim um problema relacionado à saúde pública, uma vez que os fatores que podem gerar o adoecimento são também, e, essencialmente, sociais.

Diversos estudos têm demonstrado circunstâncias, situações e fases do curso de vida que podem tornar o sujeito mais vulnerável à obesidade, classificando esta como de longa duração (ocorre em indivíduos obesos desde a infância e está normalmente associada aos hábitos alimentares do meio no qual a criança está inserida); da puberdade (associada, na sua maioria, a fatores psicossomáticos) ou resultante de diversas outras circunstâncias e fases da vida adulta, como o ganho de peso gestacional, o número de filhos e as alterações hormonais durante a menopausa (WHO, 1995; MENDONÇA, 2005; FROTA, 2007).

Outros fatores associados ao ganho de peso são mudanças que ocorrem em certos momentos da vida, tais como: casamento; separação; luto; ganho de peso secundário a tratamentos medicamentosos; redução ou interrupção da atividade física; traumas físicos ou psíquicos; suspensão de hábitos tabágicos e o consumo excessivo de álcool. Não se exclui daqui, evidentemente, a incidência de fatores psicológicos, como estresse, distorção da imagem corporal, ansiedade, depressão e compulsão alimentar –

destacando-se principalmente os últimos três (WHO, 1995; COUTINHO, 1999; ALMEIDA ET AL, 2001; MATOS & ZABELLA, 2002; SEGAL, CARDEAL & CORDÁS, 2002; MENDONÇA, 2005; SILVA & MAIA, 2007; COSTA, 2009; LUPPINO ET AL, 2010; ALMEIDA ET AL, 2012; MARCUZZO ET AL, 2012; MARTINS, 2012; UTRINI, 2013; MORAES, ALMEIDA & SOUZA, 2013). Esses elementos reforçam a importância dos aspectos psíquicos nas manifestações corporais e convidam a pensar na relação entre o psiquismo e o consumo do alimento, interrogando que tipo de relação é esta que o sujeito pode estabelecer com o alimento. Estaria o sujeito procurando algum tipo de *suplência* na comida?

Estudos têm demonstrado que o sofrimento psíquico está presente tanto como consequência quanto como causa da obesidade, e o que se constata é uma profunda e estreita relação entre estas duas vertentes, sendo difícil separá-las. A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009), por exemplo, refere que a obesidade pode aumentar em 55% o risco de depressão³²; ao mesmo tempo em que a depressão pode aumentar em 58% o risco das pessoas se tornarem obesas. Estudos como o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* demonstram que, em pacientes com depressão considerada moderada ou grave, a prevalência de obesidade é maior que o dobro. Isso pode relacionar-se ao fato de que os sintomas que envolvem a depressão, como tristeza, desanimo, perda de interesse e prazer, distorções do apetite e baixa autoestima (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) podem levar a um prejuízo do autocuidado do sujeito e ao ganho de peso. Já Ball e Atlantis (2008) sinalizam que apenas a percepção de estar acima do peso por si já pode ser um fator de risco relevante para o surgimento de sintomas depressivos, principalmente se considerarmos o estigma social que isso pode significar. Bodenlos et al (2011) apontam que pessoas diagnosticadas com ansiedade apresentam maior probabilidade de se tornarem obesas – o que pode estar associado a comportamentos alimentares, como o ato de “beliscar” –, ao mesmo tempo em que outros estudos sinalizam que a ansiedade pode decorrer do ganho de peso

³² A depressão é definida e categorizada, tanto pelo DSM-V quanto pelo CID 10, entre os transtornos de humor.

(VERDOLIN ET AL, 2012). Em suma, o que não se pode negar é a existência de importantes aspectos psíquicos permeando o excesso de peso.

O levantamento epidemiológico do *The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (2007) verificou a relação entre IMC e transtornos psiquiátricos em mais de 40 mil indivíduos, sendo que o IMC foi significativamente associado a alterações de humor, ansiedade e transtornos de personalidade. O estudo apresentou uma razão de chances para transtorno psiquiátrico de 1,21 entre os obesos com índice menor do que 40kg/m² e 2,08 entre os obesos com índice maior ou igual a 40kg/m² e uma razão de chances para transtorno depressivo de 1,53 entre os obesos com índice menor do que 40kg/m² e 2,02 entre os obesos com IMC maior ou igual a 40kg/m², ou seja, quanto maior o IMC, maiores as chances do obeso apresentar algum “transtorno psiquiátrico”.

Corroborando esses dados, Verdolin et al (2012), em um estudo com 153 sujeitos (dos quais 38,6% foram considerados com sobrepeso, 46,4% obesos e 15% obesos mórbidos), averiguou através do *Mini International Neuropsychiatric Interview*(MINI) o predomínio de transtornos do humor e de transtornos ansiosos, com destaque para os transtornos depressivo maior e de ansiedade generalizada, agorafobia atual sem história de perturbação de pânico e fobia social, sendo a presença de transtorno de ansiedade constatada em 49,2% dos pacientes com sobrepeso e em 67% dos obesos e de transtornos depressivos em 22,7% dos obesos e 49,6% dos obesos mórbidos. Zini et al (2009), também verificaram essa relação entre o peso excessivo e a ocorrência da depressão, alegando que obesos de classe III (ou seja, aqueles com obesidade mórbida) apresentam mais depressão que os de classe II, embora não tenham constatado grande variedade quanto à intensidade dos sintomas depressivos, que ficaram entre leves e moderados.

Um estudo realizado por Matos et al (2002) verificou ainda uma alta frequência de sintomas depressivos graves, ansiedade, preocupação com a imagem corporal e de episódios de compulsão alimentar periódica em obesos classificados com obesidade grau III. Segundo os dados obtidos, 100% dos sujeitos que participaram do estudo apresentavam sintomas depressivos, sendo 84% destes com sintomatologia grave, e a preocupação com a imagem corporal foi observada em 76% dos casos. A frequência de ansiedade ficou

entre 70% e 54% e foi associada a maior frequência de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), ou seja, os pacientes com alto grau de ansiedade apresentavam, ainda, uma frequência de TCAP maior do que aqueles com menores índices de ansiedade. O estudo também constatou que 36% dos pacientes participantes apresentavam o transtorno de compulsão alimentar periódica, embora 54% apresentassem episódios de compulsão alimentar – o que sinaliza que a presença desses episódios não necessariamente caracteriza a existência de um transtorno.

O transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP) é um aspecto psíquico importante e que pode influenciar significativamente na incidência da obesidade, embora não seja regra³³ (GOLDFEIN ET AL, 1993; PETRIBU ET AL, 2006). Stunkard (1959) foi o primeiro a descrever esse transtorno e a associá-lo ao excesso de peso e, desde então, uma série de estudos têm demonstrado a presença de compulsão alimentar dentre os obesos que procuram pelos serviços de saúde. Uma pesquisa realizada por Petribu et al (2006), por exemplo, observou que 56,7% dos candidatos à realização da cirurgia bariátrica apresentavam transtorno de compulsão alimentar periódica. Além disso, o estudo apontou que, dos pacientes que apresentavam TCAP, 42,1% apresentavam ainda depressão, enquanto na amostra de pacientes sem TCAP esses índices eram de apenas 13,8% – o que reforça a concomitância de múltiplos fatores psíquicos em torno do excesso de peso e mostra o quanto estes estão imbricados na obesidade.

Os dados ratificam a constatação de que, quanto maior o peso, maior a chance da presença de importantes aspectos psíquicos, assim como, quanto mais grave o grau de ansiedade, depressão e/ou compulsão alimentar, maiores as chances de obesidade. Contudo, é importante sinalizar que, apesar das evidências da participação de fatores psicológicos nos casos de obesidade, e das “associações robustas entre obesidade e uma série de ‘transtornos’ mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.

³³ A própria Classificação Internacional de Doenças (CID 10) não refere a obesidade enquanto uma doença proveniente da compulsão alimentar ou como um transtorno alimentar, o que reforça a ideia de que, ainda que possam ter relação com a obesidade, não necessariamente o peso excessivo relaciona-se a um transtorno alimentar e que tampouco a compulsão alimentar seja uma característica comum a todos os obesos.

329), a obesidade não é considerada um transtorno psiquiátrico nem condição para o diagnóstico de transtorno alimentar.

De acordo com o *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, publicado pela OMS,

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. [...]. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (p. 33).

Ainda segundo o relatório, “a evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores *genéticos e ambientais*, ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais” (p. 24) e têm a sua base física no cérebro, estando associados a um significativo componente de risco genético (OMS, 2001). Universais, os transtornos mentais se apresentam segundo uma série de condições pré-estabelecidas, que devem ser seguidas para que determinada manifestação seja classificada em uma específica categoria. Além disso, os transtornos mentais podem afetar indiscriminadamente a todos, em toda parte, e “já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo” (p. 17), requerendo, dada a sua complexidade, uma atenção multidisciplinar que permita melhorar a qualidade de vida da pessoa.

A obesidade se ausenta dos transtornos mentais devido a uma importante discussão sobre se haveria ou não uma associação consistente e comum do excesso de peso com uma síndrome psicológica ou comportamental. Sua exclusão se deve a consideração médica de que seu desenvolvimento resulta de uma série de “fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos” (p. 329), não sendo relacionada necessariamente à compulsão e à dependência, e estando fortemente ligada a causas orgânicas, ou seja, se trata de uma manifestação que não obedece necessariamente um conjunto de características pré-determinadas e comuns a todos aqueles que apresentam a obesidade. Nesse

sentido, a obesidade é vista pela medicina como pertence ao campo da patologia orgânica (endocrinologia) e não pertencente ao campo *psi*, seja ele o campo da psicopatologia médica, em temos a psiquiatria, ou o campo da psicologia.

Segundo o manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V), a categoria transtornos alimentares compreende apenas a “anorexia nervosa”³⁴, a “bulimia nervosa”³⁵, os “transtornos alimentares da primeira infância”³⁶, os “transtornos alimentares sem outra especificação” e o “transtorno de compulsão alimentar periódico” – que pela primeira se configurou claramente entre as descrições do manual – estando daí a obesidade excluída (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; 2014).

De acordo com o DSM-V, os transtornos alimentares,

são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos

³⁴ A anorexia é caracterizada, segundo o DSM V (2014), pela restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física, medo intenso de engordar e distorção da imagem corporal. A anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem (raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos, porém, casos de início precoce e tardio já foram descritos) e acomete em sua maioria mulheres. O início da anorexia costuma estar associado a um evento de vida estressante e suas consequências envolvem desde carência nutricional, amenorreia, mau funcionamento de órgãos até óbito por desnutrição e falência múltipla de órgãos. É observado também que o risco de suicídio é elevado dentre esta população, com taxas de 12 por 100.000 por ano.

³⁵ Caracterizada, segundo o DSM V (2014), por episódios de compulsão alimentar (caracterizada pela ingestão excessiva de alimentos) seguidos de métodos compensatórios associados ao medo de engordar (característico da anorexia), a bulimia rompe com o circuito natural de fome-comida-saciedade. Nesse sentido, o indivíduo passa por um empanturramento, que é na maioria dos casos cessado pelo mal-estar físico (distensão abdominal) ou interrupção externa/social, sendo seguido por sentimentos de vergonha, culpa, medo de engordar e remorso (relacionados à perda de controle), que culminam nos comportamentos compensatórios. Os principais métodos utilizados para compensação são os vômitos auto-induzidos, uso de purgantes, uso de medicações, períodos alternados de inanição. Esses episódios normalmente estão associados a questões emocionais, como ansiedade, irritação e depressão. A bulimia, assim como a anorexia, também pode estar associada à distorção da imagem corporal, em que o sujeito se vê com um peso que não corresponde à realidade de seu corpo físico. Além disso, pode trazer outros prejuízos ao paciente, como amenorreia, deficiência de vitaminas, lesões no canal gástrico, perda de dentição, agravamento de sintomas depressivos, sentimentos de incapacidade de autocontrole e diminuição da autoestima.

³⁶ Os Transtornos de Alimentação da Primeira Infância caracterizam-se por perturbações persistentes no comportamento alimentar. Os transtornos específicos incluídos são: pica (caracterizada pelo consumo persistente de substâncias não nutritivas por um período de pelo menos 1 mês), transtorno de ruminação e transtornos alimentares da 1ª infância (DSM V, 2014).

e que compromete significativamente a saúde física ou o comportamento psicossocial (p. 329).

Já o *Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico* caracteriza-se a partir de episódios recorrentes de compulsão alimentar, ou seja, pela ingestão de uma quantidade de comida definitivamente maior do que outras pessoas consumiriam em um mesmo período de tempo sob as mesmas condições e ainda muito maior do que seria o exigido para aquele organismo. Nesse sentido, a pessoa come muito mais rápido do que o normal, até se sentir desconfortavelmente empanturrada, e pode iniciar a ingestão demasiada mesmo que não se sinta fisicamente faminto, sendo acometida por sentimentos como repulsa de si, culpa, arrependimento e angústia após comer excessivamente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) – o que pode ser observado em alguns obesos.

Considerando esses fatores, a questão que fica é: o que estaria em jogo, em termos mais especificamente psíquicos, na compulsão alimentar, que faz com o sujeito coma desmedidamente – ainda que sem fome – e não consiga dispor de um dispositivo que diga “basta”, “estou satisfeito”? Vale ainda dizer que, embora muitos obesos cheguem à condição de obesidade por hiperfagia (relacionada a hábitos “beliscatórios” ou à própria ingesta demasiada nas refeições), isso não se caracteriza necessariamente como uma compulsão alimentar.

Entre os transtornos alimentares, a obesidade pode se associar à bulimia nervosa e ao transtorno de compulsão alimentar periódica, sendo este último ainda comumente relacionado a outros “transtornos” como a depressão e a ansiedade³⁷ (FAITH ET AL, 2002; STUNKARD & ALLISON, 2003; PETRIBU ET AL, 2006). Entretanto, ainda que muitos obesos apresentem compulsão alimentar, depressão e ansiedade, isto não é uma regra e, sendo assim, não justificaria por si só a inclusão da obesidade entre os transtornos mentais – o que poderia, inclusive, significar a instalação de uma demanda diferenciada ou mesmo inadequada, visto que, ao invés de os obesos procurarem reeducação alimentar, mudanças nos hábitos de vida e, em alguns casos, um tratamento psicoterápico/analítico, eles passariam a buscar

³⁷ Aspectos que adiante discutiremos do ponto de vista psicanalítico.

tratamento diretamente junto à psiquiatria, muitas vezes não se *implicando*³⁸ em sua doença e fazendo um uso secundário desta.

Nesse sentido, estima-se, em média, que a obesidade está associada à compulsão alimentar entre 30% e 50% dos obesos que procuram por ajuda e à depressão e à ansiedade entre 30% e 60% (SPITZER ET AL, 2002; COUTINHO, 1999; MELLO FILHO, 2000; MATOS ET AL, 2002; PETRIBU ET AL, 2006; OTTO, 2007; VERDOLIN ET AL, 2012), ou seja, há uma parcela de casos que não apresenta nem depressão, nem ansiedade e tampouco compulsão alimentar. Dessa forma, ao se pensar na obesidade, não se deve restringir sua ocorrência a essas categorias, uma vez que nem todos os obesos apresentam esses mesmos sintomas psíquicos e isso restringiria o trabalho psicanalítico aos casos de obesidade que apresentam esses sintomas. Não se deve, entretanto, desconsiderar a presença do psiquismo – e aqui cabe frisar que o psiquismo em sua totalidade, uma vez que, ainda que não se enquadre necessariamente entre os transtornos mentais, a obesidade é permeada e muitas vezes fundada em aspectos psíquicos, demarcando inúmeras outras variáveis emocionais que decorrem e permeiam essa manifestação.

Em suma, embora as experiências pela qual o sujeito passa e os aspectos subjetivos sejam reconhecidos no adoecimento, esses fatores podem não ser uma determinante para o aparecimento da obesidade, uma vez que muitas pessoas passam pelas mesmas experiências e encontram outra saída para lidar com a situação, sendo nessa diferença que a singularidade do sujeito se faz retratar. Não seria o caso, portanto, de escutar o significado que a doença pode assumir para o sujeito, para que então se torne possível a ocorrência de alguma mudança?

Indubitavelmente, a ausência de marcadores biológicos e genéticos capazes de justificar a obesidade e seu “boom” na atualidade e a presença de inúmeros aspectos psíquicos em sua ocorrência vem abrindo espaço para

³⁸ A implicação subjetiva, ou retificação subjetiva, consiste em um processo no qual o sujeito se questiona acerca do seu sintoma, interrogando-se como parte ativa nesse processo. “A retificação subjetiva de Freud consiste em perguntar “qual é sua participação na desordem da qual você se queixa?”. “Com a histérica”, por exemplo, “a retificação subjetiva visa à implicação do sujeito em sua reivindicação dirigida ao Outro, fazendo-o passar da posição de vítima sacrificada à de agente da intriga da qual se queixa, e que sustenta seu desejo na insatisfação” (QUINET, 1991, p.34).

aquilo que é mais singular no ser humano: sua subjetividade, e, assim, tem convocado a psicanálise a intervir no tratamento desses sujeitos.

I.IV. O limite dos tratamentos e a contribuição da psicanálise

Diante da crescente demanda frente ao problema da obesidade e da multiplicidade de fatores que envolvem essa manifestação, a estratégia de combate tem sido multisetorial, envolvendo diversos saberes e tratamentos, além de inúmeras medidas preventivas e de controle adotadas pelos órgãos de saúde, e tem como objetivos principais reduzir a incidência de obesidade, controlar as comorbidades e diminuir o risco de desenvolvimento de outras doenças, contendo assim os índices de mortalidade (WHO, 2000).

Os tratamentos, multidisciplinares em sua maioria, variam de acordo com a gravidade da doença e de seu comprometimento, e podem envolver medicações, acompanhamento nutricional, reeducação alimentar, acompanhamento psicológico, inserção de atividade física, fisioterapia e, nos casos mais críticos – como de obesidade mórbida –, intervenções cirúrgicas (COUTINHO, 1999; WHO, 2000; WHO, 2003; MANCINI & HALPERN, 2002; NASSER & ELIAS, 2003; DUARTE, 2005; SHIRAGA, 2006; MATSUDO & MATSUDO, 2006; NONINO-BORGES ET AL, 2006; BRASIL, 2006; NASSIF ET AL, 2011).

Embora diversos saberes, dos quais destacamos a medicina e o saber *psi*, ofereçam tratamentos aos pacientes obesos, com a obtenção de relativo sucesso, principalmente nos casos leves e moderados, quando se trata da obesidade mórbida, as questões apresentadas costumam ser mais complexas e ambos os saberes podem ser surpreendidos por complicações, fracassos, desistências e recaídas, principalmente se tratando dos pacientes submetidos à cirurgia de redução de estômago.

A obesidade mórbida é considerada a modalidade mais severa do excesso de peso, principalmente pela maior probabilidade de comorbidades que levam à redução da expectativa de vida e à redução da capacidade motora, sendo a principal preocupação para os órgãos de saúde (WHO, 2000; THE LANCET, 2009). Além disso, é a categoria de obesidade que mais

acarreta em importantes prejuízos sociais e psíquicos, sendo motivo para preconceito, discriminação e exclusão, o que pode ocasionar uma diminuição da autoestima e o surgimento ou agravamento de (outras) manifestações psíquicas, como a depressão. Diante da obesidade mórbida, as terapêuticas tradicionais são, em sua maioria, mal sucedidas, tanto pela baixa eficácia na perda de peso (considerada a quantidade que o indivíduo precisa emagrecer), quanto por não serem capazes de manter o peso baixo por um longo período, resultando em um significativo (re)ganho de peso em um curto período de tempo. Kushner (2000), por exemplo, aponta que 95% dos pacientes obesos mórbidos que recorrem às terapêuticas tradicionais recuperam seu peso em até dois anos, o que gera bastante insatisfação e culmina no retorno à condição de risco.

A cirurgia bariátrica surge então como o último recurso para os casos de obesidade mórbida, uma forma de redução de danos, e tem se apresentado como uma importante alternativa de intervenção, sendo considerada a terapêutica mais eficaz para essa população. Ainda que reconhecida e contemplada como método efetivo para uma significativa perda de peso, seu objetivo principal é a redução das comorbidades associadas à obesidade e a melhora na qualidade de vida – consequências da redução ponderal³⁹ – e não apenas à perda de peso por si só (GARRIDO, 2003; NASSER & ELIAS, 2003).

A proposta de um tratamento cirúrgico para os casos de obesidade mórbida surgiu em 1952, nos Estados Unidos, perante o significativo número de óbitos em decorrência de suas comorbidades, sendo a primeira operação realizada efetivamente em 1954, por Kremen e Liner. A técnica utilizada foi o bypass (desvio) do intestino, que retirava mais de 90% de componentes do intestino fino (jejuno e íleo), resultando em uma má absorção intestinal e levando o paciente a evacuar fezes com altos índices de gordura. Em 1963, o cirurgião Payne propôs uma alteração no método empregado, realizando uma cirurgia que promovia um desvio de parte do intestino delgado e do intestino grosso (jejuno-colônico), com área de desvio superior a jejuno-ileal. Essas cirurgias promoviam uma rápida perda de peso sem a necessidade de mudança dos hábitos alimentares (reeducação alimentar), porém ocasionavam

³⁹ Perda ponderal se refere à perda de peso.

graves complicações, como: insuficiência hepática, cirrose, problemas renais, artrite, deficiências metabólicas e distúrbios intestinais, o que fez com que essas técnicas não fossem mais indicadas e outras possibilidades com consequências menos agressivas fossem pesquisadas.

Os riscos frente ao procedimento e o pouco conhecimento da cirurgia e de suas repercussões a mantiveram por muito tempo como um *tabu* e, apenas a partir dos anos 1980, com o surgimento de novas técnicas, esse tratamento ganhou maior visibilidade. Em 1982, Mason propôs a Gastroplastia Vertical com Bandagem (GVB), uma cirurgia restritiva bastante simples e rápida⁴⁰ e com baixos índices de complicações, obtendo grande repercussão nas décadas de 80 e 90. Essa cirurgia foi aprimorada por Mal Fobi, que trabalhava com a mesma técnica, porém sem a retirada de parte do estômago – que ficava inutilizada, ainda que dentro do organismo. No início da década de 90, o cirurgião Rafael Capella resolveu testar uma nova cirurgia, associando a restrição alimentar a uma leve má absorção intestinal (com a diminuição de 1 metro do intestino delgado)⁴¹, combinando os dois mecanismos empregados anteriormente na cirurgia bariátrica e obtendo resultados bastante satisfatórios (CAPELLA ET AL, 1991).

O sucesso dessa técnica fez com que ela rapidamente fosse difundida e, com o surgimento da videolaparoscopia⁴², em 1993, a realização do procedimento pôde ganhar novas possibilidades, diminuindo riscos e aumentando seu sucesso. Assim, a partir dos anos 2000, as cirurgias que antes demandavam uma grande incisão começaram a ser preferencialmente realizadas por videolaparoscopia, tornando-se mais seguras e atrativas. Com

⁴⁰ Nessa técnica, o volume do estômago era significativamente diminuído (a título de exemplo, em média, a capacidade do estômago de 2 litros era reduzida para 100ml), restringindo a ingestão de alimentos e promovendo saciedade precoce.

⁴¹ Capella propôs importantes mudanças na técnica cirúrgica empregada por Fobi, como a diminuição do volume do estômago de 100 ml para 20 ml e a proteção do pouch com o intestino delgado para evitar fistulas (vazamentos). Nesse sentido, ao invés de usar o anel de silicone (de Fobi), Capella usava uma tira de tela de polipropileno, dando origem à técnica que ficou conhecida como “Técnica de Fobi e Capella”.

⁴² A videolaparoscopia representa uma queda nas taxas de mortalidade, apresentando índices de 0,23% (abaixo do índice de 1% estabelecido pela OMS como aceitável), contra 0,8% a 1% apresentado na laparotomia, também conhecida como cirurgia aberta. Na videolaparoscopia o paciente é submetido a incisões menores, comparadas à cirurgia aberta, em que o médico precisa fazer um corte de 10 a 20 centímetros no abdômen do paciente, o que aumenta o risco de complicações pós-operatórias, como as infecções. No entanto, vale lembrar que, por vezes, é preciso recorrer à laparoscopia durante o procedimento e que a escolha da melhor técnica a ser empregada é avaliada pelo médico, considerando a condição clínica do paciente.

uma recuperação mais rápida e um resultado estético melhor, muitos pacientes que antes não pensavam na cirurgia como uma opção passaram a buscar nela a solução para sua obesidade (ABESO, 2015).

No Brasil, a cirurgia bariátrica começou a ser implantada na década de 1970 com o cirurgião Salomão Chaib, sendo aprimorada com as técnicas trazidas por Garrido Junior em 1980. O primeiro hospital brasileiro a realizar a gastroplastia foi o Hospital das Clínicas de São Paulo, onde o procedimento se concentrou por muito tempo devido à complexidade da cirurgia, que exigia uma estrutura avançada, e ao número restrito de profissionais habilitados para realizar o procedimento (SBCBM, s/d). Nessa época, o acesso da população à gastroplastia também era precário e se restringia à via particular de atendimento, ou seja, apenas aqueles que podiam pagar por ela tinham acesso ao procedimento, o que manteve essa técnica como um método de tratamento pouco utilizado pela população em geral.

A partir do ano 2000, após ser incorporada pelos sistemas de saúde (público e privado) como um método seguro e uma opção favorável para os casos mais graves de obesidade, a cirurgia bariátrica passou a ser realizada em maior escala no Brasil. Em 1999, a cirurgia foi inserida entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento da obesidade mórbida, sendo inicialmente permitida apenas em hospitais universitários e, a partir de 2000, em outros hospitais da rede pública⁴³ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; NASSER E ELIAS, 2003). Sua inserção entre os procedimentos cobertos pelos planos de saúde ocorreu mais tarde ainda, sendo incorporada ao Rol de Procedimento e Eventos em Saúde apenas em 2011, pela Resolução Normativa 262/2011, que teve vigência a partir de 1º de janeiro de 2012 (ANS, 2011).

Recomendada principalmente para os casos de obesidade mais graves, ou seja, indivíduos com IMC maior ou igual a 40, com ou sem comorbidades, ou aqueles com IMC a partir de 35, com duas comorbidades associadas⁴⁴, a cirurgia normalmente é ofertada a pacientes com um histórico

⁴³ A cirurgia bariátrica realizada pelo SUS permaneceu restrita à técnica da cirurgia aberta por muitos anos. A inclusão da possibilidade de realização da gastroplastia por videolaparoscopia pelo sistema público é uma conquista recente, sendo incorporada apenas em 2017. A decisão foi divulgada pela portaria Nº 6 de 31 de janeiro de 2017.

⁴⁴ No que concerne à indicação de cirurgia bariátrica para pacientes com IMC entre 35 e

mínimo de dois anos da evolução da obesidade e cujos tratamentos anteriores, como dietas, medicamentos e atividade física não apresentaram resultados efetivos (GARRIDO, 2000; KAILA B & RAMAN M, 2008; BESSESEN, H.D, 2008, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). A cirurgia bariátrica também pode ser indicada a pessoas com IMC entre 30 e 35, desde que comprovada a existência de comorbidades que sejam obrigatoriamente classificadas como “graves” por um médico especialista na respectiva área da doença. Para esses casos, é também obrigatória a constatação da “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista (SBCBM, s/d).

Respeitando o IMC e a idade (que deve ser superior a 16 anos⁴⁵), praticamente não há critérios de exclusão para realização da cirurgia bariátrica, embora algumas condições clínicas e psiquiátricas possam contraindicar temporariamente o procedimento. Para tanto, é necessária uma avaliação multidisciplinar, composta pelas especialidades de clínico geral, endocrinologista, nutricionista, psicólogo ou psiquiatra, cirurgião e cardiologista, sendo indispensável que o sujeito esteja com as comorbidades compensadas/estabilizadas, não faça uso de álcool ou drogas, não apresente quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderadas e também nenhuma condição clínica grave que o coloque em risco durante o procedimento, como pneumopatias graves, cirrose hepática, cardiopatias significativas, dentre outros (POWERS ET AL, 1988; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010; GARRIDO, 2003).

Além da apresentação de pareceres favoráveis à execução da cirurgia, também é preciso que o paciente se disponha a seguir as orientações pré e pós-operatórias, realizando as mudanças necessárias nos hábitos de vida, e que também assine um termo de livre consentimento informado, na qual são expressas informações pertinentes ao ato cirúrgico, assim como aos cuidados pós-operatórios, com os quais o paciente deve se comprometer para obter os

40kg/m², a resolução de 13/01/2016, do Conselho Federal de Medicina, ampliou o rol de doenças que justificam a indicação para cirurgia bariátrica, que agora consta de mais de 20 comorbidades, em que se inclui a depressão e a estigmatização social.

⁴⁵ Sobre o fator “idade”, o Conselho Federal de Medicina diz que a cirurgia é indicada para maiores de 18 anos, sendo que “Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado”. No que se refere aos jovens entre 16 e 18 anos, ainda é necessária a realização de exames comprovando a consolidação do crescimento ósseo do paciente e a presença de um pediatra na equipe multiprofissional (CFM, 2016).

resultados esperados com o procedimento (GARRIDO, 2003; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Além disso, é exigido que o paciente mantenha o acompanhamento multiprofissional no pós-operatório, sendo que, no entanto, poucos pacientes dão sequência aos tratamentos após a cirurgia, principalmente ao acompanhamento psicológico – o que contribui para o agravamento dos aspectos psíquicos negativos. Na maioria dos casos, o paciente que mantém o tratamento *psí*, por exemplo, o faz ou por uma questão protocolar, atendendo à solicitação da equipe, ou mediante dificuldades enfrentadas no pós-operatório.

A técnica cirúrgica⁴⁶ utilizada é outro aspecto importante nesse processo e varia de acordo o quadro clínico apresentado por cada paciente, podendo incidir em uma maior ou menor perda de peso, além de diferentes riscos e repercussões (GARRIDO, 2000; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005; CHANG ET AL, 2014). Estudos apontam que dependendo da técnica adotada, é estimada uma perda ponderal entre 20% e 75% do peso excedente em até 24 meses, sendo que a maior diminuição de peso se dá nos primeiros meses após a cirurgia e vem acompanhada de uma melhora expressiva das comorbidades apresentadas (GARRIDO, 2000; FOBI, 2004; CFM, 2005; GONZALEZ ET AL, 2006; MONTEIRO JUNIOR ET AL, 2009). Assim, os efeitos que essa modalidade de tratamento traz tem gerado uma revolução nos tratamentos de obesidade e apresentado desafios para a ciência.

Atualmente, a técnica mais utilizada no mundo é o Bypass Gástrico Y de Roux, que apresenta os melhores resultados na perda de peso e menores índices de (re)ganho de peso. Essa técnica – bastante invasiva – consiste em uma restrição estomacal, que diminui a capacidade do estômago de suportar a quantidade de alimento antes ingerida, e faz com que a mensagem de

⁴⁶ As técnicas empregadas distinguem-se pelo mecanismo de funcionamento, podendo ser classificadas em restritivas (que diminuem o volume do estômago, limitando a quantidade de alimentos que este é capaz de comportar e causando a sensação de saciedade precoce); disabsortivas (que atuam diretamente sobre o intestino, reduzindo a capacidade de absorção deste) e as técnicas mistas (que envolvem tanto mudanças no estômago quanto no intestino). Dentre as restritivas, destacam-se a banda gástrica de silicone ajustável laparoscopicamente (LASGB), conhecida popularmente como balão gástrico, e a gastroplastia com banda vertical (GBV); e dentre as mistas (aquelas de bypasses restritivos e de má absorção seletiva), destacam-se o bypass gástrico Y em Roux (RYGB), a derivação biliopancreática (BPD) e a derivação biliopancreática com duodenal switch (BPDDS). As técnicas disabsortivas tornaram-se obsoletas frente às repercussões de saúde que advinham desse procedimento e mediante o sucesso de outros procedimentos menos agressivos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010; SBCBM, s/d).

saciedade seja transmitida ao cérebro mais rapidamente, levando a pessoa a comer menos, além de uma diminuição da absorção intestinal, fazendo com que o organismo não absorva todos os nutrientes ingeridos, impondo, de certa forma, ao corpo, o emagrecimento. Essa imposição muitas vezes é entendida pelo obeso como a única saída para combater seu peso excessivo, uma vez que por si ele não consegue emagrecer, o que torna a cirurgia bastante esperançosa, fazendo com que o sujeito deposite nela uma série de expectativas de diferentes ordens. O que se vê, contudo, é que esse procedimento técnico e pontual por si não é capaz de conter a ânsia do sujeito pelo alimento, tampouco capaz de atingir por si a perda ponderal estimada e/ou por fim a uma condição (que, nesse sentido, vale dizer que vai além de física), a qual o próprio sujeito obeso se mostra *à mercê*, donde os desdobramentos podem ser vastos.

A eficácia do tratamento cirúrgico é relativa e não uma consequência exclusiva do procedimento em si, de modo que a realização da cirurgia por si só não garante a obtenção dos resultados desejados. O sucesso no emagrecimento requer uma adesão comprometida às recomendações da equipe, demandando cuidados essenciais, como o seguimento, à risca, da dieta restritiva do pós-operatório imediato, efetiva reeducação alimentar, prática de exercícios físicos, suplementação vitamínica, dentre outros, além da continuidade do acompanhamento médico, nutricional e psíquico durante todo o processo de emagrecimento, de forma que tanto a possibilidade de realização quanto as consequências de cirurgia dependem quase que exclusivamente da implicação e da disciplina do sujeito. Assim, para que se possa aproveitar o potencial da cirurgia, é necessário que ocorram tanto mudanças internas quanto externas, possibilitando que o sujeito se adapte a sua nova condição.

A cirurgia bariátrica indicada por muitas equipes diante das comorbidades apresentadas pelo paciente, e também o tratamento de escolha de um número significativo de pessoas obesas, pode significar uma via de risco ou uma solução possível para a obesidade, a depender do que o excesso de peso signifique psicicamente para o sujeito, ou seja, a depender da função psíquica que a obesidade pode assumir de acordo com a estrutura subjetiva. Nesse sentido, e considerando o caráter majoritariamente irreversível do

procedimento, é imprescindível uma reflexão crítica sobre a obesidade e as questões de saúde física e psíquica que a envolvem, considerando inclusive as fantasias e expectativas que o sujeito deposita no procedimento cirúrgico.

Inúmeros estudos retratam os resultados e possíveis desdobramentos desse procedimento, assim como a necessidade de efetiva implicação do sujeito em seu cuidado, apresentando tanto benefícios quanto consequências devastadoras. Uma pesquisa de revisão realizada por Chang et al (2014), por exemplo, demonstrou que em 17% dos casos a cirurgia acarreta em complicações e em 7% é necessária uma segunda intervenção cirúrgica, o que na maioria dos casos está associada ao não cumprimento das orientações da equipe, pelas mais diversas razões.

As repercussões da cirurgia bariátrica se dão no campo orgânico e no campo psíquico e podem ser tanto positivas quanto negativas, de forma que seu impacto tem sido alvo de diversas investigações, principalmente no que se refere ao aspecto subjetivo, já que a cirurgia pode acarretar tanto na melhora quanto no agravamento de um mesmo sintoma e o não seguimento das orientações parece estar associados a fatores de ordem psíquica. Dados da literatura científica comprovam os resultados assertivos da cirurgia bariátrica, apontando os sucessos e benefícios, tanto clínicos quanto psicológicos, que essas cirurgias podem trazer para o obeso, na medida em que este perde peso, como redução significativa dos índices de mortalidade por diabetes e cânceres, melhora no quadro geral de saúde, maior qualidade de vida, melhora da autoestima, maior aceitação social e diminuição dos níveis de depressão e ansiedade⁴⁷ (MONTEIRO, 1998; GARRIDO, 2003; BENEDETTI, 2003; BESSESEN, H. D, 2008; CAVALCANTE, 2009; AGRA & HENRIQUES, 2009; ALMEIDA ET AL, 2012; NASCIMENTO, BEZERRA & ANGELIM, 2013). Um estudo realizado por Almeida et al (2012), por exemplo, constatou que a cirurgia diminuiu significativamente tanto o índice de massa corporal dos pacientes quanto a insatisfação com a sua imagem corporal, o que contribuiu para redução nos níveis de ansiedade e depressão. Corroborando esse estudo, Cavalcante (2009) constatou uma diminuição da sintomatologia psicopatológica

⁴⁷ Nesse sentido, vale lembrar que o tratamento da obesidade não garante a resolução da depressão nem da ansiedade, inclusive podendo intensificar esses sintomas após a realização da cirurgia bariátrica.

na proporção da perda de peso após a cirurgia, ou seja, quanto mais o sujeito emagrecia, mais outros aspectos, como a depressão e a habilidade social, melhoravam.

Vários desdobramentos negativos, no entanto, também podem ser observados, incluindo-se aqui a perda de vidas – não somente relacionada às complicações do procedimento cirúrgico em si, que é em média inferior a 1%, mas principalmente devido às dificuldades enfrentadas no pós-operatório (GARRIDO, 2000; CHANG ET AL, 2014). Entre as complicações pós-operatórias associadas à intervenção cirúrgica, se destacam as infecções, a embolia pulmonar, a trombose, o refluxo gastresofágico e o aparecimento de fistulas e hérnias. Outras complicações, igualmente importantes, também podem comprometer a vida do sujeito nesse processo, como o descontrole alimentar⁴⁸ e processos psíquicos severos, que podem decorrer em diversos fatores, como o (re)ganho de peso a médio e longo prazo, o surgimento de novos sintomas, complicações nutricionais (como deficiência de cálcio, ferro, vitamina B12, dentre outras) e o agravamento de psicopatologias já existentes (GARRIDO, 2000; GARRIDO, 2003; BENEDETTI, 2003; NAMMI. S, ET AL, 2004; KAILA & RAMAN, 2008; AGRA & HENRIQUES, 2009; CONASON ET AL, 2013; SANTORO ET AL, 2014).

Entre as possíveis repercussões psicológicas negativas, se destacam as desorganizações psíquicas graves, o desencadeamento da psicose, alterações comportamentais, alterações de humor, surgimento ou agravamento de sintomas depressivos, insatisfação com o próprio corpo (agora flácido e com pele excedente), distorção da imagem corporal, isolamento e dificuldades no âmbito social, substituições e compulsões diversas (como por álcool, drogas, compras, sexo, entre outros, incluindo-se a própria compulsão alimentar, já observada anteriormente em uma parcela dos obesos), processos maníacos, desenvolvimento de outros transtornos alimentares, como anorexia e bulimia, e aumento da ansiedade⁴⁹ (MONTEIRO, 1998; GARRIDO, 2003; BENEDETTI,

⁴⁸ É importante dizer que, após a cirurgia, é indicado que o paciente permaneça por um período mínimo de seis meses sem fazer ingestão de álcool e bebidas gasosas; evite doces; mantenha-se em dieta estritamente líquida no pós-operatório imediato, passando a posteriori para uma dieta pastosa e somente depois vá introduzindo, aos poucos, os alimentos sólidos.

⁴⁹ Vale salientar que as repercussões psíquicas podem variar entre os sujeitos, não sendo regra. Nesse sentido, há sujeitos que lidam de forma bastante satisfatória com os

2003; CAVALCANTE, 2009; COSTA, 2009; MARCELINO & PATRÍCIO, 2011; MACHADO, 2011) – repercussões que contribuem, inclusive, para que muitos voltem a engordar e que demarcam a cirurgia bariátrica como delatora dos enlaces e desenlaces de um corpo que não cala.

Marcelino & Patrício (2011), por exemplo, verificaram em um estudo qualitativo que alguns sujeitos, após emagrecerem com a cirurgia bariátrica, desenvolveram depressão, bulimia, anorexia, dependência de álcool e outras drogas, compulsões por jogos, compras ou sexo. Os autores acreditam que um dos motivos estaria relacionado ao fato da redução do estômago não permitir que eles continuassem a descontar nos alimentos as carências afetivas, entre outras razões inconscientes que os levaram a engordar, recorrendo assim a novas válvulas de escape.

As dificuldades pós-operatórias enfrentadas pela maioria dos pacientes chamam atenção e convidam à reflexão, cabendo questionar até que ponto a cirurgia bariátrica é válida para o obeso, considerado em seu caráter individual. Em outras palavras, apesar dos muitos ganhos que se obtém com a cirurgia, será que todos aqueles que cumprem seus “pré-requisitos” estão preparados para lidar com as repercussões do procedimento? Será que a anuência do médico e do psicólogo, simplesmente assim nomeados⁵⁰ enquanto condição obrigatória, realizando as entrevistas, seria suficiente para garantir a realização desse procedimento e seu sucesso? O que alguns casos nos mostram é que não.

Considerando que a cirurgia se trata, em certa medida, de uma redução de danos, e, por mais que ela seja pertinente e efetiva para muitos sujeitos, que tipo de redução de danos seria esta proposta pela cirurgia bariátrica?

Apesar da seriedade e da complexidade da cirurgia e de seus inúmeros e distintos desdobramentos, a busca por esse procedimento se mostra em ascensão. O aumento da população com obesidade mórbida, a difusão da cirurgia como um método potente para obtenção significativa de

desdobramentos da cirurgia, não apresentando nenhum dos sintomas citados.

⁵⁰ Tomo nota para dizer que aqui há uma distinção entre o psicólogo e o psicanalista, principalmente no que tange à escuta, à análise estrutural dos sujeitos e à forma como considerará os modos de gozo – fatores fundamentais para compreensão do que poderá significar uma intervenção direta no corpo, embora ambos não possam garantir o *posteriori* da cirurgia. Nesse sentido, podemos dizer que o psicanalista parece estar mais instrumentalizado para atentar à questões relacionadas a estruturação psíquica.

perda ponderal, assim como os avanços na medicina com o uso de técnicas menos invasivas (se é que podem assim ser denominadas) têm feito com que a procura por esse tratamento venha aumentando mundialmente.

A rapidez com que se dá o emagrecimento – um diferencial perante as outras terapêuticas, que normalmente demandam um tempo maior para atingir os mesmos índices de perda de peso, isto quando conseguem – é outro aspecto relevante e que tem atraído muitos obesos na escolha pela cirurgia. No Brasil, por exemplo, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, s/d), a busca pela cirurgia bariátrica cresceu significativamente nos últimos anos e em 2013 o país já era o vice-campeão mundial na realização dessas cirurgias, com mais de 80 mil procedimentos executados por ano, perdendo apenas para os Estados Unidos, com 140 mil. Dados da SBCBM (s/d) ainda apontam um crescimento de mais de 500% no número de cirurgias em apenas 12 anos, saltando de 16 mil cirurgias realizadas em 2003 para 93,5 mil em 2015.

A cirurgia bariátrica se tornou o mais requisitado dentre os métodos de emagrecimento da atualidade – e, cabe dizer aqui, requisitado não somente pelos obesos mórbidos, embora a cirurgia seja destinada a esse público. Entre as muitas motivações que levam as pessoas a recorrerem a esse procedimento, tão invasivo e com mudanças tão abruptas, estão os fatores associados à saúde, dificuldades relativas ao excesso de peso, insucesso com outros tratamentos, expectativa de mudança da relação com a comida, sofrimento psíquico (advindo inclusive do preconceito e da vivência de situações vexatórias), dificuldade nos relacionamentos interpessoais, baixa autoestima e, não raro, fatores estéticos e de insatisfação com o próprio corpo/aparência relacionados à marginalização diante dos padrões preconizados pela sociedade (PUHL & BROWNELL, 2001; MARCHIOLLI, MARCHIOLLI & SILVA, 2005; MOLINER & RABUSKE, 2008; CAVALCANTE, 2009; SILVA & FARO, 2015). À vista disso, o que se conclui é que, apesar do procedimento se dar no plano do corpo físico e o objetivo central da cirurgia bariátrica ser a melhora do quadro clínico e físico de saúde e não necessariamente a saúde emocional, os sujeitos que a procuram o fazem por distintas demandas, incluindo-se as de caráter psíquico, visando, portanto,

mudanças intrapsíquicas – o que pode levar a uma certa frustração, além de outras consequências ainda mais graves.

Cavalcante (2009) retrata um pouco essa diversidade de demandas ao relatar em sua pesquisa que:

Dentre os motivos que levaram os participantes a escolherem essa forma de tratamento estão: a expectativa de emagrecer; a preocupação com a saúde e a prevenção de doenças; a preocupação com a estética e a imagem corporal; a discriminação e o estigma social (dificuldade de arranjar emprego, de se locomover, de andar em lugares públicos e se sentirem fiscalizados, entre outras); e as questões emocionais (baixa auto-estima, dificuldade de se ver no espelho por se achar feia, dificuldade no relacionamento amoroso e/ou familiar). Outros pontos também apontados pelos participantes foram: a pressão da família quanto ao fato de não conseguirem emagrecer; o estímulo de pessoas que estão na mesma situação; e o depoimento e resultado de pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica (p. 54).

O autor ainda constatou que a autoimagem foi um fator majoritariamente valorizado pelas mulheres na opção pela cirurgia, o que foi corroborado por Silva & Faro (2015), que ainda apontaram que as imposições da sociedade por um corpo ideal e transformado era o que mais levava as mulheres à tomada de decisão – constatações que exigem reflexão.

Na atualidade, em que vivemos a era da imagem, evidentemente o controle do corpo se tornou uma prerrogativa para o convívio social, de forma que a percepção que o sujeito tem conscientemente de si mesmo e a sua aparência: “bonito”, “feio”, “atraente”, “repugnante” parecem se confundir, deixando o sujeito à mercê das contingências sociais. Nessa confusão, a imagem parece assumir uma condição que engloba desde uma representação até atributos relacionados à aparência. Tal situação culmina em importantes repercussões, principalmente para aqueles que fogem ao padrão de beleza estabelecido – como é o caso do obeso e ainda mais do obeso mórbido, que em sua condição física excedente, muitas vezes se depara com importantes questões pessoais e sociais, incluindo-se o incomodo com sua própria imagem.

A percepção corporal está associada tanto aos aspectos socioculturais quanto aos aspectos psíquicos e às demandas internas do sujeito, sendo a imagem corporal fundamental para estruturação desse. Entretanto, se observa

na atualidade que os padrões estéticos divulgados incansavelmente pela mídia parecem ter um efeito assolador e fundamental para o sujeito, destacando-se frente a outros aspectos. O corpo que expõe sua magreza, compreendida nesse contexto como boa forma, assume a correspondência de símbolo de felicidade, atratividade e sucesso profissional e pessoal, ao passo que ao corpo obeso restou os estigmas da feiura, lentidão, depreciação, entre outros. Essa “verdade” midiática e social afeta diretamente na imagem corporal frente à obesidade, a ponto dos próprios sujeitos repugnarem seu corpo obeso, e implica diretamente nas relações interpessoais, no retraimento social e no surgimento ou agravamento da depressão. Como diz Recalcati (2002) “a evidência horrorosa da obesidade se configura, antes, como uma verdadeira devastação da própria imagem, como um triunfo obscuro sobre o ideal” (p. 51).

O descompasso entre a realidade do corpo rotundo e o que se “deveria ser”, faz com que muitas pessoas desconsiderem outros fatores, como os fatores psíquicos (donde inclui-se a relação com o gozo, sobre o qual falaremos adiante), envolvidos em sua obesidade e, mediante a insatisfação com a imagem corporal e cobranças advindas em todos os sentidos (físicos, psíquicos, pessoais, interpessoais, sociais, entre outros), busquem na cirurgia bariátrica a urgência da resolução de seus problemas.

Na medida em que o sujeito passa a buscar a cirurgia não por uma demanda originariamente sua, mas sim de um outro, e desconsidera os aspectos psíquicos envolvidos em seu excesso de peso, os desdobramentos podem ser catastróficos. A situação se agrava quando, além de desconsiderar esses aspectos, o sujeito, alienado de seu desejo e de sua relação com a comida e tomado pela demanda do social, ignora seu despreparo para enfrentar o real significado da cirurgia, o que leva a repercussões extremamente sérias. Isto sem falar nos casos em que o sujeito coloca na cirurgia uma expectativa que vai além das concretas possibilidades do procedimento – eis a causa de muita frustração.

Pesquisas apontam uma discrepância entre as expectativas diversas frente à cirurgia bariátrica e os resultados efetivos decorrentes desta (LOLI, 2000; SILVA & COSTA, 2003; LEAL & BALDIN, 2007). Normalmente é no pós-operatório que o paciente se confronta com a realidade da cirurgia, muitas vezes apresentando grandes dificuldades (principalmente nutricionais e

psíquicas) e até mesmo arrependimento/insatisfação frente ao procedimento (SILVA & COSTA, 2003).

Marchioli, Marchioli & Silva (2005) sugerem, em seu estudo, a possibilidade das expectativas com a cirurgia não serem concretizadas pelo fato de que o impulso que leva a ingestão demasiada persistir, podendo gerar um mal-estar intenso (inclusive físico, com os chamados *dumping's*) no pós-operatório. Os autores também relatam observar que muitos obesos submetidos à cirurgia nutrem um certo sofrimento associado ao fim do prazer de comer, o que pode incidir em novos comportamentos, tão prejudiciais quanto os anteriores. Quanto a isso, Garrido (2000/2003) relata que nos primeiros meses após a cirurgia bariátrica é comum que o paciente apresente dificuldades associadas à aceitação de suas novas condições alimentares e físicas, com alterações emocionais, como ansiedade, irritabilidade e, muitas vezes, depressão – sintomas aos quais relaciona à supressão do prazer de comer.

Nesse sentido, Marcelino & Patricio (2011) referem, após uma análise minuciosa e reflexiva dos depoimentos e da linguagem não verbal dos sujeitos entrevistados em sua pesquisa, que mesmo meses após a cirurgia, o sujeito continua vivendo a situação de ser obeso, sendo o tratamento da obesidade uma "batalha" cotidiana – uma luta que, dependendo em grau do suporte socioeconômico que a pessoa possui, pode repercutir em sua saúde integral, especialmente nas dimensões psicossociais.

Silva & Costa (2003) referem que muitos desses sintomas se dão devido ao confronto do sujeito com a dura realidade de que a cirurgia não é capaz de resolver todos os seus problemas (principalmente os de cunho psíquico) e que suas questões e sofrimento não eram decorrentes do excesso de peso, de forma que o sujeito pode reconduzir o problema que antes era depositado na obesidade para outro objeto – processo que ocorre inconscientemente. É nesse sentido que as substituições, o surgimento de outros sintomas (e/ou o agravamento daqueles já existentes), a ideação suicida e até mesmo a manutenção da obesidade podem surgir após a cirurgia bariátrica (GARRIDO, 2003; MARCHIOLLI, MARCHIOLLI & SILVA, 2005; OMALU ET AL, 2007; LEAL & BALDIN, 2007; CONASON ET AL, 2013).

Diante de tantas repercussões, fica evidente que é preciso atentar-se às condições da obesidade e a relação que o sujeito mantém com o alimento. Vale ainda ressaltar que há casos em que a obesidade serve como um ponto de estruturação/enlace psíquico para o sujeito que, após sofrer a intervenção no real do corpo, vem a desencadear outras manifestações, como as mais diversas formas de psicose (RECALCATI, 2002; ANTUNES ET AL, 2012). Nesse sentido, a cirurgia viria a representar uma ruptura daquilo que mantinha o sujeito em equilíbrio, ainda que esta forma de equilíbrio carregue em si uma enorme contradição.

Um estudo realizado por Conason et al (2013), por exemplo, verificou que, logo após a cirurgia bariátrica, os pacientes apresentaram uma diminuição no uso de álcool, tabaco e outras drogas, mas que, passado um tempo, havia um aumento significativo no uso destas substâncias, quando comparado ao uso anterior ao procedimento. Considerando ainda a gravidade que as repercussões da cirurgia podem atingir, Omalu et al (2007), em um estudo longitudinal, buscaram caracterizar as principais causas de óbitos após a gastroplastia e constataram que, dentre os 440 óbitos, 16 haviam sido por suicídio e 14 por overdose de drogas, o que pode relacionar-se a um quadro depressivo e à substituição da comida por outras substâncias.

É diante desses casos e de tantos outros que o corpo surpreende, revela-se, persiste e insiste em se mostrar “a mais” do orgânico, do midiático, do exposto no social, do corpo público assediado pelas promessas estéticas e cirúrgicas. Na medida em que o sujeito não esteja “preparado” também psiquicamente para lidar com as mudanças provenientes da cirurgia, o processo de emagrecimento fica comprometido e inúmeras podem ser as consequências, revelando que, para além do organismo, há um sujeito, que sofre, que deseja, que goza. É nesse sentido também que as repercussões psicológicas, muitas vezes, acabam por se tornar as responsáveis pelos óbitos. Isso acontece porque, para além das possibilidades orgânicas, não é possível mudar a forma de existir/ser de um sujeito apenas com um procedimento cirúrgico, o que se deflagra com o índice significativo de pessoas que voltam a engordar após a gastroplastia, desenvolvem bulimia⁵¹ ou algum tipo de

⁵¹ Uma vez que a relação com a comida se mantém intocada, ou seja, os sujeitos continuam necessitando/recorrendo à ingestão exagerada de alimentos, com consequente

compulsão substitutiva, sendo o alcoolismo a principal delas (SILVA, 2005; MARCHIOLLI, MARCHIOLLI, & SILVA, 2005; SHIRAGA, 2006; SILVA, 2011; SILVA, 2012).

Desse modo, fica evidente que, ao falar da cirurgia bariátrica, não estamos falando apenas de um corpo-organismo que busca a melhora de suas funções; para além, diante desse corpo que transborda, denunciando das mais diversas formas sua condição psíquica, há um sujeito que apresenta demandas muito particulares, podendo estas serem ou não atendidas pela cirurgia e pelos desdobramentos desta (BENEDETTI, 2003; AGRA & HENRIQUES, 2009; NASCIMENTO, BEZERRA & ANGELIM, 2013). Nesse sentido, a cirurgia não cura os sintomas/males psíquicos que envolvem a obesidade, embora possa contribuir para amenizá-los, em certa medida.

Nesse sentido, vale destacar que, ao se submeter à cirurgia, o sujeito está recorrendo a uma intervenção real no corpo, ou seja, a um mecanismo externo de intervenção) – a redução do estômago - que delimitará fisicamente a quantidade que ele vai comer, e não a uma mudança interna, psíquica. Assim, o que barra a ingestão demasiada de alimento não é a vontade ou o controle próprio do sujeito para não cometer o exagero, mas sim uma alteração em seu organismo – condição que repercute diretamente nas consequências da cirurgia. Em outras palavras, podemos dizer que a cirurgia visa libertar o corpo orgânico do sujeito (nessa circunstância transformado em objeto/coisa) do mal que o acomete e, assim, tentando livrar o sujeito de sua vontade de comer – o que, por não se tratar de algo da ordem física, não é capaz de fazer. Desta forma, “retira-se o corpo do obeso, mas não o obeso do corpo”, desconsiderando, de certa forma, a relação intrínseca entre corpo e psiquismo.

Em suma, podemos dizer que não é possível, por meio da anuência médica e psicológica, garantir o sucesso da cirurgia, tampouco garantir que está propiciará a redução de danos desejada. Como vimos, esse procedimento pode, inclusive, agravar o quadro – e agravar não somente no sentido psíquico, basta atentarmos ao número de óbitos e de pessoas que se mantém obesas, porém com inúmeras carências nutricionais.

arrependimento – este que pode advir da condição do corpo operado/limitante ou de aspectos psíquicos, como o sentimento de culpa e medo de prejudicar os resultados de sua cirurgia.

O cenário de importantes reverberações psíquicas, observadas no pós-operatório, que comprovam que a obesidade envolve fatores que vão muito além do físico, demanda atenção e pode ser justificado também se considerarmos que, apesar da obrigatoriedade e indiscutível necessidade de avaliação e de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico durante todo o processo da cirurgia⁵², nem sempre os fatores psíquicos são considerados em sua magnitude na seleção dos candidatos a esse procedimento.

A avaliação clínica, cada vez mais baseada em evidências (inclusive no campo *psi*, com suas Escalas⁵³), leva ao caráter pouco subjetivo dessa avaliação, de forma que as questões psíquicas mais íntimas do sujeito passam, muitas vezes, sem serem notadas/consideradas – emergindo, assim, no pós-operatório. Considerando que a obesidade pode ter significados diversos para o sujeito e mascarar conflitos e ideais, ao não se atentar aos aspectos subjetivos, a cirurgia pode levar não somente a morte física (uma vez que o sujeito não consegue sustentar as consequências de sua escolha), mas também a uma importante desorganização psíquica – e é nesse âmbito que a psicanálise se apresenta como um tratamento diferenciado.

Nesse sentido, não se pode simplesmente descartar a importância do modo de gozo e das possibilidades de intervenção do psicanalista, uma vez que a psicanálise nos mostra que o corpo (assim como os órgãos) é significantizado ao longo do processo de subjetivação. Ora, se o corpo como tal é tomado pelo simbólico, não pode se submeter à condição de objeto à disposição do Outro social (QUINET, 1998). Ao se intervir de forma real no corpo, portanto, muitos podem ser os desdobramentos.

Em outras palavras, como diria Lacan (1966/2001), “um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo” (p.11), e, nesse sentido, ao lidarmos com o adoecimento, estaríamos diante de duas balizas: “primeiramente a demanda do doente, em segundo o lugar o gozo do corpo” (p.12), sendo diante desta

⁵² A presença obrigatória de um psicólogo ou psiquiatra em equipes de cirurgia bariátrica foi oficialmente instituída em 13 de maio de 2005, por meio da resolução nº 1.766/05 do Conselho Federal de Medicina, publicada pelo Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114.

⁵³ Como exemplo, temos: Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI); Escala de Desesperança de Beck (BHS); Inventário de Habilidade Social (IHS) e outros.

“falha epistemo-somática”⁵⁴ da ciência sobre o sujeito que o gozo retorna interrogando-a (LACAN, 1966/2001). A nosso ver, a noção de gozo a partir de Lacan se refere a um prazer que transborda o saber do corpo, cessando de lhe obedecer, e apresentando um aspecto não significantizável (uma dimensão real sobre a qual falaremos adiante). Nesse sentido, podemos pensar que o organismo suporta dois corpos distintos: o primeiro é o corpo de saber, epistêmico, que reconhece que é necessário sobreviver, corpo cuja regulação seria o prazer; e o segundo é o corpo libidinal, corpo-gozo, desregulado, aberrante, em que se introduz o recalque como recusa da verdade e de suas consequências. Assim, temos, de um lado, o corpo-orgânico obeso, cujo doente demanda ao saber médico a cura por meio da cirurgia, e, do outro lado, o corpo erógeno, que goza, e goza inclusive com o adoecimento, demarcando uma clivagem entre a natureza e o corpo psicanalítico. É nessa lógica que, muitas vezes, os tratamentos médicos, inclusive o cirúrgico, não obtêm os resultados desejados, sendo a medicina surpreendida com o sintoma que persiste, retorna ou se desloca. Mas é também nessa lógica que precisamos pensar sobre a obesidade enquanto algo forjado em uma função – função esta que, se fosse simples, não levaria o corpo a seus extremos.

Diferentemente da medicina, que se precipita em subjugar a “disfunção” que se apresenta à circunstância orgânica e, muitas vezes, persiste nessa hipótese (restringindo, em um primeiro momento, a via de tratamento ao saber médico), deparando-se com grande parte de seus impasses⁵⁵ – inclusive no tratamento de pessoas obesas –, a psicanálise pode trazer à cena a singularidade e a subjetividade do obeso.

Nesse sentido, Lacan, em *O Lugar da Psicanálise na*

⁵⁴ Queiroz & Correia (2012) referem que “A palavra epistemo-somática, sugerida por Lacan (ao invés do uso do termo “psicossomática”), remete ao não-reconhecimento da dimensão do sujeito e do gozo na relação da medicina com o corpo. Ela remete também ao desconhecimento simbólico do ser em relação a sua doença”.

⁵⁵ É importante ressaltar que há um lento – porém significativo – avanço nesse sentido, de forma que a inserção de outros saberes no cuidado das “desordens do corpo” tem sido, a cada dia, mais recorrente, principalmente partindo do conceito de cuidado “multi” e “transdisciplinar”. Nesse sentido, vale atentar também que há diferentes profissionais e modos de atuação, de forma que não podemos generalizar. Embora ainda assistamos muitos profissionais de saúde – não somente os médicos – atuarem a partir da segregação “corpo físico e mente”, subjugando a relevância da psique, há muitos profissionais conscientes da importância dessa instância no adoecimento e da unidade “orgânico/psíquico”.

Medicina(1966/2001)⁵⁶ já vislumbrava algumas transformações que o avanço da ciência traria para a prática da medicina e, conseqüentemente, para sua relação com os corpos e com a doença. Tentando alertar os médicos sobre a modificação que vinha se produzindo naquilo que ele chamaria de “função do médico”, Lacan os advertiu sobre os perigos de abdicar de sua função clínica (baseada inicialmente em um apreço ao discurso apresentado pelo paciente e o estudo dos sintomas descritos) em prol dos avanços tecnobiocientíficos (aos quais são convocados a colocar à prova), o que os levaria a ter sua função regulada de fora.

Os avisos, no entanto, não foram suficientes para segurar ou reconduzir a lógica da ciência e do mercado no âmbito da medicina. Apesar das discussões de Lacan e de sociólogos, como o francês Robert Castel⁵⁷, vemos que essa situação se tornar real e mais frequente a cada dia, principalmente se considerarmos o conceito de Medicina Baseada em Evidências, que tem orientado cada vez mais a produção de conhecimento da medicina com a finalidade de diminuir a ênfase dada à intuição e à experiência clínica não-sistemática (CASTIEL, 1999). Nesse sentido, o discurso do sujeito é minimizado em sua importância, ganhando *status* de evidência apenas quando repetido por um número significativo de sujeitos nas mesmas condições e confirmado por pesquisas quantitativas e expressivas. Ou seja, o que prevalece é o lado orgânico do adoecimento, respaldado e somado aos dados científicos.

Os resquícios dessa trajetória histórica e a condição à qual a prática da medicina está submetida resultam, ainda na atualidade, na dificuldade de integração e diálogo que observamos entre esses campos de saber, de forma

⁵⁶ Esse texto origina-se da participação de Jacques Lacan no Colóquio *O Lugar da Psicanálise na Medicina*, organizado por Jeanne Aubry, sendo publicado pela primeira vez em *Cahiers Du Collège de Medicine*, vol. 12, em 1966.

⁵⁷ Robert Castel dedicou-se ao estudo das transformações sociais e suas relações com o corpo e com a medicina, sendo uma referência para reforma psiquiátrica brasileira e tendo, entre suas principais obras, *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo* (1978), *O psicanalismo* (1978) e *A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise* (1981). Nesta, o autor articula, em seus primórdios, sobre as mudanças estruturais (políticas, econômicas, tecnológicas e científicas) observadas na sociedade, evidenciando que essas alterações impactariam diretamente na relação com os corpos e, conseqüentemente, no funcionamento da medicina, que passaria a ser regida por uma nova ordem (atrelada à passagem da sociedade disciplinar para uma sociedade de controle) e uma nova forma de lidar com o corpo e com o adoecimento. Nesse sentido, nota-se que Castel foi um visionário. Claramente vemos na sociedade contemporânea o corpo e sua saúde ascender a uma condição vigilante, na qual a normalidade parece ser impossível: tudo é passível de categorização, como observado nos manuais de classificação DSM e CID.

que, por vezes, a medicina resiste em recorrer e dialogar com o saber *psi* – principalmente a psicanálise, que além de valorizar a singularidade do discurso do sujeito, pode demandar certo tempo – para tratar das manifestações “corporais” que são, em primeira instância, destinadas a ela.

Roudinesco (2000) faz uma importante defesa sobre a relevância da psicanálise no tratamento dos sintomas destinados à medicina e tratados por ela pela via da medicação e aponta para uma possível crise da psicanálise frente à tentativa de sua substituição por tratamentos químicos – julgados mais eficazes por atingirem diretamente os sintomas das doenças mentais e nervosas, ou seja, as “causas cerebrais das dilacerações da alma” (p. 09) e, assim, dando resultados mais imediatos. Nessa contingência de soluções rápidas para os sintomas, a pergunta que parece ecoar, não só no campo da medicina, mas também para o sujeito que adoece, é: *Por que consagrar tanto tempo ao tratamento pela fala?* A autora responde a questão referindo que essas substâncias “não podem curar o homem de seus sofrimentos psíquicos, sejam estes normais ou patológicos” (p.09), e ainda acrescenta que “a morte, as paixões, a sexualidade, a loucura, o inconsciente e a relação com o outro moldam a subjetividade de cada um, e nenhuma ciência digna desse nome jamais conseguirá pôr termo a isso, felizmente” (p. 09). Roudinesco também aponta que “a psicanálise parece ser ainda mais atacada hoje em dia por haver conquistado o mundo através da singularidade de uma experiência subjetiva que coloca o inconsciente, a morte e a sexualidade no cerne da alma humana” (p. 35).

Lacan (1966/2001), ao tratar do lugar da psicanálise na medicina, pontua precisamente que:

Este lugar é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extra-territorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extra-territorialidade (p. 08).

Entretanto, apesar desse lugar marginal e, ainda que a medicina acabe muitas vezes por ignorar o sujeito do inconsciente e o desvincule do corpo

orgânico, “recalcando”, por assim dizer, o aporte oferecido pela psicanálise, o corpo que o paciente entrega ao médico como objeto a ser investigado é também o corpo psicanalítico, permeado pelo desejo, constituído e habitado pela dimensão do gozo, assim como por prazer e dor (LACAN, 1966/2001), de forma que aquilo que é renegado pela medicina (e também por uma certa psicologia) retorna como sintoma(s). Esses sintomas, por não se tratarem essencialmente da ordem orgânica, impõe um limite ao saber médico e mostram que o ser humano não se restringe ao biológico, apontando para o inconsciente e para a linguagem como constituintes essenciais. LACAN (1966/1998) refere que esses sintomas emergem como “retorno da verdade como tal na falha de um saber” (p. 234), ou seja, trata-se do sintoma deflagrando o furo no saber da medicina.

A psicanálise, ao valorizar a singularidade do sujeito e seu discurso, propicia que, por meio da fala, se produza efeitos de verdade (a verdade de cada um) e que o sujeito, tratando daquilo que diz de sua *psique*, promova, conseqüentemente, a melhora de seus sintomas físicos, de seu adoecimento. Dor (1994) pontua que o espaço dado a palavra “é o lugar onde vem se exprimir o desdobramento fantasmático” (p. 14) e também é aquele “em que o sujeito dá testemunho de sua própria cegueira, já que não sabe realmente o que diz através do que enuncia, do ponto de vista da verdade do seu desejo, do ponto de vista, então, daquilo que subtende o sintoma em seu transvestimento” (p. 14), cabendo ao psicanalista auxiliar nesse processo de encontro com o desejo e reorganização psíquica. Podemos dizer que, por meio da palavra, o analista “toca” o corpo e o sintoma, intervindo sobre o inconsciente e produzindo efeitos no corpo, e é dessa forma que a psicanálise pode intervir no tratamento dos sujeitos com obesidade: permitindo, a partir da palavra e da escuta, que os conteúdos inconscientes emerjam e que o sujeito possa dar um novo sentido àquilo, ressignificando sua relação com o alimento. Assim, se a medicina, com o avanço da ciência e da tecnologia, permite ao homem experimentar mudanças na relação com o organismo, é com a clínica psicanalítica que encontramos uma possibilidade para que essa relação venha a ser escutada (FERNANDES, 2003). Isto porque,

Contrariamente ao cirurgião, que se coloca diante do corpo de seu doente e o trata como um organismo, sem se preocupar em saber se ele fala ou goza, o psicanalista, por sua vez, deverá constantemente referir-se, direta ou indiretamente, aos parâmetros que são a fala e o sexo, e assim, conceber dois estatutos do corpo: o corpo falante e o corpo sexual (NASIO, 1993, p. 148).

É considerando esse corpo que a psicanálise se apresenta como um meio para tratar do corpo afetado pelo significante⁵⁸ e pela linguagem⁵⁹, tratando daquilo que escapa à medicina por não dizer necessariamente da ordem física, mas que, por vezes, se apresenta sob a condição do corpo orgânico. É por meio dela (a psicanálise) que a relação com o corpo, tanto físico quanto psicanalítico, ganha espaço e um olhar singularizado, podendo ser falada, escutada e (re)significada.

Certamente, o corpo ao qual a psicanálise dá voz é o corpo subjetivo, pulsional e sexual, permeado pelo inconsciente, pelo desejo e pelo gozo e inserido nos campos da linguagem e dos significantes. Trata-se de um corpo que fala, inclusive com o adoecimento. Um corpo que, como diz Freud, não se reduz ao puramente orgânico, embora muitas vezes faça uso do orgânico para se expressar. É esse corpo, em sua singularidade, que a psicanálise toma como objeto de interesse: um corpo que pertence, configura e diz de uma subjetividade.

A distinção entre corpo-organismo e corpo-pulsional denota a emergência de algo próprio ao sujeito, o que, por sua vez, nos permite falar em constituição de subjetividade e diferenciação entre os indivíduos. É a partir dessa concepção que o corpo, assim como as manifestações que nele se apresentam, assume um lugar único para cada pessoa. De modo que o sujeito e a forma como a doença é inserida em seu discurso - donde muitas vezes se constata uma importante função psíquica no adoecimento - é o que causa, motiva, justifica, interessa à psicanálise e, conseqüentemente, permite seu laço com a medicina.

⁵⁸ Vale observar que o significante é atemporal e eterno e pode ser compreendido como uma marca que se inscreve na subjetividade. Já a significação é dada dependendo do momento que se vive. Nesse sentido, o mundo do homem é tecido de significantes e envolto pelo contexto cultural, a partir do qual este dará a significação.

⁵⁹ A linguagem é uma via de constituição da subjetividade, equivale a entrada do humano na cultura.

A obesidade é um exemplo dessa diferença entre o corpo pulsional e o corpo ordenado pela necessidade biológica, pois expressa em sua condição um significado singular para cada sujeito. Nela, vemos um “para além” da necessidade biológica em que o indivíduo excede a capacidade física de seu corpo em nome de uma satisfação outra (que diz da ordem psíquica) e que traz consequências tanto no real do corpo quanto nos âmbitos psíquico e social.

É nesse sentido que escutar o significado que a obesidade pode ter para o sujeito se torna imprescindível. Com os estigmas e o olhar de doença dirigido para a obesidade, o impacto frente a dados tão áridos, principalmente em uma sociedade que privilegia a cultura da saúde e da beleza associada à magreza, comumente traz uma reação de incompreensão atrelada ao panorama da doença. *“Como puderam essas pessoas chegar nesse ponto?”* ou *“Quais medidas preventivas e de cuidado podem se instaurar para conter tal cenário?”* são questões que surgem. Não obstante, em muitos casos se esquece de se atentar para o *sujeito*, com suas inúmeras características e peculiaridades, para olhar apenas para a *doença* ou, mais precisamente, para o problema de saúde pública decorrente.

É preciso, entretanto, para melhor compreensão dessa manifestação, de seus altos índices na atualidade e de seus possíveis significados no contexto contemporâneo – e também para o sujeito – ir além do olhar de doença, sendo imprescindível empreender uma reflexão sobre o sujeito inserido e constituído nesse contexto, assim como sobre a questão do *corpo* (orgânico/pulsional) e seu lugar nesta sociedade na qual o padrão é ser “magro, saudável e esbelto”. Em outras palavras, é preciso dizer sobre a constituição do sujeito e sua relação com o corpo – corpo esse que vigora, desde os tempos remotos e principalmente na atualidade, enquanto figura essencial na constituição psíquica humana e como meio de expressão do psiquismo.

PARTE II

II.1. O Corpo na Psicanálise e a Imagem corporal: vias de constituição do sujeito

*A igreja diz: o corpo é uma culpa.
A ciência diz: o corpo é uma máquina.
A publicidade diz: o corpo é um negócio.
E o corpo diz: eu sou uma festa.
(Eduardo Galeano)*

O corpo já foi teorizado por distintos campos de saber e objeto de numerosos debates e divergências teóricas e conceituais. Na obra freudiana, foi tomado sob diversas formas: o corpo na conversão histérica, o corpo erógeno, o corpo pulsional e o corpo do narcisismo ou do Eu corporal, todos testemunhando sua função primordial na elaboração do aparelho psíquico (LINDENMEYER, 2013). Seu estudo pela psicanálise é concomitante ao nascimento desta enquanto saber e se deu a partir do interesse de Freud em compreender os mecanismos que atuavam em pacientes histéricas, assim como em compreender as paralisias motoras.

No final do século XIX, as neuroses que se manifestavam por meio de somatizações, alucinações e angústias eram chamadas de *histerias* (FREUD, 1888/1996). Os enigmas que a histeria colocava ao saber médico, mediante a falta de correspondência entre as manifestações somáticas histéricas e as condições orgânicas que deveriam sustentá-las, fizeram com que Freud dedicasse seus estudos ao corpo, que surgia como palco desses sintomas e que parecia ter “um além” de seu aspecto anatomofisiológico. Embora ainda inserido no contexto da medicina, seu interesse não girava em torno da doença em si ou de seus aspectos biológicos/orgânicos, mas de como o corpo (orgânico) participava dos processos inconscientes presentes na formação dos sintomas e das manifestações psíquicas⁶⁰.

⁶⁰A grande questão que emergia para Freud nessa ocasião e que permeava suas investigações dizia respeito à etiologia das neuroses, sendo que a noção da existência de um mecanismo de defesa que operaria na neurose já se fazia presente. Essas constatações podem ser observadas nos textos conhecidos como pré-psicanalíticos, ou seja, anteriores à publicação de *A interpretação dos sonhos*, de 1900.

Baseando suas hipóteses na observação e na escuta clínica de suas pacientes, Freud defendeu que, na histeria, o que estava em questão era um corpo libidinal, que seria também um corpo imaginário, uma representação de corpo e não a estrutura orgânica em si, de forma que o sofrimento corporal (apresentado sob a forma de paralisias) dessas pacientes advinha de processos psíquicos⁶¹ e não de uma disfunção física propriamente dita (FREUD, 1888/1996; FREUD, 1893/2016; FREUD, 1895/2016; FREUD, 1950 [1895]/1996).

O resultado de suas observações fizeram com que Freud abandonasse as técnicas anatômicas, propondo um diferencial entre as paralisias motoras histéricas (relacionadas à mente) e as paralisias motoras orgânicas (relacionadas ao sistema nervoso), possibilitando a compreensão do sintoma enquanto manifestação corporal substitutiva de uma dolorosa experiência da qual o sujeito tentava se livrar, ou seja, como uma via de descarga dos afetos ligados a experiências/memórias⁶² precoces que foram recalçadas⁶³ na infância (FREUD, 1895/2016; FREUD, 1905 [1901]/1996).

⁶¹ Freud entendia que esse sofrimento advinha de traumas infantis sufocados na memória, que se manifestavam aparecendo sob a forma de patologia. Esses traumas foram inicialmente associados à sexualidade (investigada pelo autor desde seus textos pré-psicanalíticos enquanto um fator importante no aparecimento das neuroses e inicialmente relacionada de forma equivocada à experiência sexual traumática infantil) e, mais precisamente, às experiências concretas de abuso sexual, dando origem a teoria da sedução (FREUD, 1950 [1895]/1996; FREUD, 1896a/1996; FREUD, 1896b/1996) que no decorrer de seus estudos foi abandonada.

⁶² Freud, no texto *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895]/1996), aponta a memória como uma experiência que depende de um fator que se pode chamar de magnitude da impressão e da frequência com que a mesma se repete, donde a dor e a satisfação sexual se destacam como as principais experiências capazes de estabelecer essas marcas na memória. Freud chama esse processo de “catexização” das vias cerebrais (processo pelo qual a energia libidinal disponível na psique é vinculada à representação mental de uma pessoa, ideia ou coisa investida nesses mesmos conceitos) e que permitirá a organização do Eu. Dessa forma, essas memórias dão origem às marcas imaginárias e inconscientes que o sujeito carrega consigo ao longo da vida e que podem repercutir no adoecimento e/ou manifestações físicas de ordem psíquica.

⁶³ A ideia do mecanismo do recalque, ou repressão, foi um passo muito importante para o desenvolvimento da teoria psicanalítica e aparece desde o início das obras de Freud, sendo relacionada inicialmente a um mecanismo de defesa oriundo de experiências desprazerosas, uma espécie de recalque originário (FREUD, 1895/2016; FREUD, 1905 [1901]/1996). Com o avanço em seus estudos, Freud passa a considerar o recalque como um mecanismo constitutivo do inconsciente, fundamental para estruturação do sujeito e relacionado às pulsões, sendo apresentado como um destino da libido (FREUD, 1914/2010; FREUD, 1915/2010). Segundo o autor, “os impulsos instintuais [pulsionais] da libido sofrem o destino da repressão patogênica, quando entram em conflito com as ideias morais e culturais do indivíduo” (FREUD, 1914/2010, p. 39 e 40), sendo somente a partir da entrada no estado de civilização que esse mecanismo se instaura. Nesse sentido, Miller (2004) refere que “O recalque se presta a uma representação guerreira, visto que se trata de

A ideia do corpo como porta voz de um sintoma possibilitou que o pai da psicanálise passasse a investigar outras neuroses além da histeria, como as neuroses obsessivas e as fobias. Suas observações o levaram a estabelecer um ponto comum entre as neuroses que, inicialmente, se sustentaria pela existência de um trauma infantil, pautado na sexualidade. Esse trauma estaria, então, assim como na histeria, relacionado a um acontecimento real⁶⁴ e à repressão de um afeto, aquele que o psiquismo tentava minimizar e aliviar dando outros destinos, donde emergiam os sintomas observados (FREUD, 1894/1996; FREUD, 1896A/1996; FREUD, 1896b/1996).

O estudo da sexualidade infantil, amparado nas observações e relatos obtidos no trabalho com as histéricas (e corroborado em suas pesquisas em torno da neurose), fez com que Freud avançasse em suas concepções, chegando a conclusão de que a base do sintoma seria a fantasia (e não o trauma advindo da experiência sexual, como vislumbrava inicialmente) e, portanto, a formação do sintoma seria de ordem inconsciente e substitutiva, fundando assim a noção de inconsciente. Localizando as manifestações somáticas no campo intrapsíquico, Freud colocou em evidência que o somático, enquanto um conjunto de funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também palco da realização de desejos inconscientes, do retorno do recalcado (FREUD, 1895/2016; FREUD, 1950 [1895]/1996; FREUD, 1897/1996; FREUD, 1900/1996; FREUD, 1905 [1901]/1996).

representações impedindo outras de tornarem-se conscientes” (p. 47), ou seja, é consequência de uma guerra entre pulsões e o corpo “um campo de batalha pulsional entre o ego e as pulsões parciais” (MILLER, 2004, p. 48), donde é inevitável o surgimento de sintomas como indícios de um “*retorno do reprimido*” (FREUD, 1915/2010, p.94), uma espécie de formação substitutiva. Freud aponta, ainda, que o modo de defesa do sujeito seria o elemento determinante para a compreensão de sua estrutura psíquica. Em seu texto *Contribuições à história do movimento psicanalítico* (1914/2012), por exemplo, pontua que “A teoria da repressão é o pilar em que repousa o edifício da psicanálise, a parte mais essencial dela” (p. 257). Isso porque a repressão é um ponto fundamental em sua teoria sobre o complexo de Édipo, que demarca a castração do sujeito e sua ascensão à civilização. Dor (2011) refere esse momento como uma saída para o conflito vivido que permite “ao sujeito aceder ao registro do simbólico, ou seja, à cultura” (p. 26).

⁶⁴ Com o avanço em seus estudos e o reconhecimento de que as moções sexuais atuavam nas crianças desde a mais tenra idade sem a necessidade de estimulação externa (descoberta que Freud anunciou na “Carta 69” escrita em 21 de setembro de 1897), Freud abandona a teoria da sedução e a substitui pelo conceito de fantasia, o que representou um grande passo para compreensão do inconsciente e do psiquismo, fundando o campo da psicanálise e marcando, assim, o início da primeira tópica freudiana.

A partir dessas constatações, Freud postula que, para o tratamento/eliminação dos sintomas histéricos, a psicanálise deve partir da premissa de que tais sintomassão,

um substituto - uma transição, por assim dizer – de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (o *recalcamento*), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência” (FREUD, 1905/1996, p. 155).

A constatação freudiana de que o que se apresentava na histeria era uma manifestação física de origem psíquica inaugurou, assim, uma nova concepção de corpo e deu início à psicanálise. A formulação da histeria a partir dos conceitos de recalque e de retorno do recalcado fez com que o corpo ganhasse outro *status*, ultrapassando sua condição biológica e culminando na ideia de que tanto um órgão/corpo doente quanto um sadio poderiam servir como suporte para construção de um sintoma histérico, logo, neurótico.

Essas constatações, fomentadas pela percepção da importância da vida sexual na etiologia das neuroses e da histeria, possibilitaram que Freud progredisse em seus estudos e desenvolvesse conceitos essenciais para compreensão da *psique* humana, como os conceitos de pulsão e de deslocamento⁶⁵, e, assim, elaborasse sua teoria da sexualidade⁶⁶ (FREUD,

⁶⁵ O deslocamento é um mecanismo associado à repressão e à condensação dos conteúdos reprimidos. Foi desenvolvido por Freud em *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1996) como uma das possibilidades encontradas para que o conteúdo reprimido pudesse vir à tona, sem sofrer represálias ou traumatizar. Trata-se de um processo pelo qual ocorre uma modificação e um reordenamento do conteúdo latente, permitindo que este se manifeste de forma distorcida. Freud (1916/2014) pontua que “o deslocamento da ênfase é um dos principais meios de deformação do sonho; ele confere ao sonho aquela estranheza em virtude da qual o próprio sonhador não deseja reconhecê-lo como seu” (p. 189). Dessa forma, os sonhos e os lapsos de linguagem seriam uma forma de aparição de conteúdos inconscientes não confrontados diretamente.

⁶⁶ Embora a sexualidade tenha ocupado um papel central nos estudos de Freud desde suas primeiras investigações (sendo inicialmente relacionada à concretude de um abuso sexual e depois direcionada à fantasia), foi apenas em 1905, em os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, que o pai da psicanálise formulou, por fim, sua teoria sobre a sexualidade. Podemos dizer que essa teoria começa a ganhar forma a partir da Carta 69 (1897/1996), quando Freud abandona a teoria traumática da sedução e passa a aprofundar-se na ideia de realidade psíquica. Outro marco importante são as Cartas 71 e 75 (ambas escritas em 1897, uma em outubro e a outra em novembro), em que, respectivamente, Freud relata a descoberta do complexo de Édipo e passa a entender a sexualidade infantil como natural a todo ser humano. Essas descobertas propiciaram que, em 1905, ele postulasse finalmente sua teoria sobre a sexualidade, apontando-a como inata, perversa e polimorfa, correspondente a um processo evolutivo natural de ordenação e direcionamento das pulsões – sobre o que falaremos adiante.

1894/1996; FREUD, 1896/1996; FREUD, 1900/1996; FREUD, 1905/1996), possibilitando, assim, a construção da concepção de corpo libidinal, que seria, ao mesmo tempo, representado e imaginado (BIRMAN, 2014b).

Nesse sentido, podemos dizer que o nascimento da psicanálise se deu diante do interesse pelos corpos que deixavam de obedecer ao saber natural deles e, como pontua Miller, (2004) “pôde começar, porque se preocupou, precisamente com a histeria, e o que caracteriza a histeria é que nela encontramos o corpo doente de verdade” (p. 46). Miller (2004) pontua ainda que “o corpo histérico é aquele que recusa o “*diktat*” do significante-mestre, o corpo que fixa a sua própria fragmentação e que, de alguma forma, separa-se dos algoritmos, do saber inscrito na sua própria substância” (p.46), fenômeno que Freud chamava de “complacência somática” e que Lacan nomeou de “recusa do corpo”. Permitindo que se ultrapassasse o paralelismo psicofísico, o estudo da histeria abriu espaço a “outra cartografia para o corpo e o psiquismo, tendo na linguagem e no fantasma⁶⁷ os seus pontos cruciais de ancoragem” (BIRMAN, 2003, p. 09), o que “possibilitou ultrapassar a oposição absoluta das substâncias corpórea e pensante, reenviando e articulando ambas agora no dito aparelho de linguagem” (BIRMAN, 2003, p.12). Dessa forma, os registros do somático e do psíquico passaram a ser articulados no aparelho de linguagem, o que conferiu à palavra um *status* de essencial para o tratamento anímico (FREUD, 1900; FREUD, 1905 [1901]/1996; FREUD, 1905/1996).

Ao dar lugar à palavra (até então foracluída do adoecimento pela medicina) por meio da associação livre, valorizando o discurso do próprio paciente enquanto mediador de seu sofrimento psíquico e somático, Freud deu voz ao corpo, rompendo com o discurso médico pautado nos fundamentos orgânicos/anatômicos e destacando a função do imaginário em meio ao processo de adoecimento neurótico. Como coloca Miller (2004), “a partir de Freud, a verdade começou a falar no corpo falante, a falar na fala e no corpo” (p. 44).

⁶⁷ Embora Freud tenha sido o ponto inicial para a noção de fantasma, o termo em si foi cunhado por Lacan, em uma tentativa de concentrar tudo o que havia sido apresentado como satisfação libidinal em Freud; significa que um elemento que não é da dimensão do simbólico vem se inserir no simbólico. Miller (2004) refere que “a densidade deste termo vai rolar através do ensino de Lacan até nele introduzir um dualismo do sintoma e do fantasma, que corresponde ao dualismo da significação e da satisfação” (p. 32). Assim, o fantasma pode ser apresentado como duas metáforas: “a metáfora do sintoma, a substituição de um significante por outro, com seu efeito semântico” (p. 32-33) e a “metáfora do gozo” (p. 33).

Abalando a visão médica centrada na consciência, Freud criou uma nova teoria sobre a natureza humana e suas designações, inaugurando a concepção de corpo psicanalítico, de ordem sexual, marcado pelo desejo inconsciente e atravessado pela linguagem e contrapondo-o a hegemonia do corpo biológico, constituído pelos órgãos e estudado em termos funcionais.

A partir de suas constatações e observações incansáveis, Freud foi lentamente estruturando a configuração do psiquismo. A descoberta das *intensidades* como um elemento importante no funcionamento do aparelho de linguagem – atravessado pela excitabilidade, provinda tanto de estímulos endógenos quanto do mundo externo – fez com que Freud transformasse o aparelho de linguagem em aparelho psíquico (FREUD, 1950 [1895]/1996), ou seja, “o aparelho psíquico seria então um aparelho de linguagem mergulhado agora numa economia intensiva” (BIRMAN, 2013, p. 12).

Esses estímulos endógenos, que se originam nas células do corpo e se produzem de maneira contínua, sustentariam todas as atividades psíquicas e seriam os responsáveis pelas grandes necessidades do homem: fome, respiração e sexualidade (FREUD, 1950 [1895]/1996), assumindo um papel fundamental na existência homem e sinalizando uma busca intrínseca deste de obtenção de prazer/satisfação da necessidade ou evitação do desprazer⁶⁸. Essa busca estaria, entretanto, relacionada aos processos mentais primários, que demarcariam a fronteira entre o biológico e o psíquico e seriam os

⁶⁸ Freud (1950 [1895]/1996; 1900/1996) pontua que a experiência de satisfação da necessidade deixa sua marca mnêmica, de forma que, ao vivenciar novamente os estímulos endógenos, a criança suscitará uma movimentação psíquica, visando investir novamente a imagem memorizada daquela percepção e reproduzir a sensação de satisfação obtida com a experiência primeira. Um exemplo que retrata a importância dessas marcas mnêmicas no psiquismo pode ser observado desde a mais tenra idade, quando a criança depende de um outro para sanar suas necessidades vitais e experimenta as primeiras vivências de satisfação, como com a alimentação. A partir da supressão de seu desconforto causado pela fome e da substituição desse desconforto por uma sensação prazerosa (o que se dá a partir da intervenção de um outro), a experiência de satisfação liga-se ao objeto que a proporcionou, de forma que, ao vivenciar novamente o desconforto, o bebê tende a reinvestir a imagem mnêmica do objeto, visando repetir a satisfação inicial. Essa moção psíquica pode ser entendida como o desejo, que começa a se delinear enquanto constitutivo do sujeito. Nesse sentido, o desejo se constitui a partir da relação com o outro e está ligado tanto às estimulações endógenas quanto às imagens mnêmicas ou representações. Contudo, vale observar desde já que, diante do caráter contínuo dos estímulos endógenos, não há uma satisfação total, donde a busca por esta tende a ser sempre algo desejado e repetitivo.

responsáveis pela organização da vida pulsional do sujeito⁶⁹ (FREUD, 1950 [1895]/1996; FREUD, 1911/2010).

Tomando a pulsão como uma força constante que surge no próprio organismo (uma força endógena) e da qual o indivíduo não pode escapar (diferentemente do estímulo externo, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora), Freud (1905/1996; 1915/2010) marca uma delimitação entre o físico e o psíquico, entre o somático e o mental. Segundo o autor, a hipótese mais indicada sobre a natureza da pulsão “seria que, em si mesma, ela não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida de exigência de trabalho feita à vida anímica” (1905/1996, p. 159). Assim, o que distinguiria as pulsões entre si e as dotariam de propriedades específicas seria “a sua relação com suas *fontes* somáticas e seus *alvos*” (p. 159), sendo que “a fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico” (p. 159), ou seja, na descarga da tensão, cuja finalidade é a satisfação.

Nesse sentido, Freud, em *Os instintos e seus destinos* (1915/2010), circunscreve o conceito pulsão a partir de quatro elementos fundamentais: *força*, *meta*, *objeto* e *fonte*. Esses elementos configuram o circuito percorrido pela pulsão, ou seja, o circuito pulsional, e possibilitam a compreensão de seus destinos.

Segundo Freud (1915/2010), a força pode ser compreendida como um “elemento motor, a soma de força ou a medida de trabalho que ele [a pulsão] representa” (p. 57), ou seja, a exigência de trabalho feita ao aparelho psíquico para a passagem da atividade à passividade; trata-se de uma força que age permanentemente, vigorando no psiquismo, e que não se presta a nenhuma função biológica, uma vez que não pode ser cessada com a satisfação.

A meta refere-se ao objetivo, ao alvo da pulsão, que “é sempre a satisfação, que pode ser alcançada apenas pela supressão do estado de

⁶⁹ O estudo dos estímulos endógenos enquanto impulsos inatos e inevitáveis, já presentes no texto “Projeto para uma psicologia científica”, e a diferenciação entre estímulos internos e externos, serviram de berço para a teoria pulsional apresentada por Freud à posteriori. Embora a referência à “pulsão” apareça desde as primeiras publicações freudianas, conhecidas como pré-psicanalíticas, seu estatuto conceitual se deu apenas em 1905, em os *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade*, em que Freud articulou esses estímulos inatos a partir da sexualidade, apresentando a pulsão sexual enquanto pulsões parciais ligadas à zonas erógenas determinadas – o que deu início à configuração de sua teoria.

estimulação na fonte do instinto [pulsão⁷⁰]” (FREUD, 1915/2010, p. 58). Sendo assim, e considerando que a pulsão é constante, seu objetivo é inatingível por sua própria natureza, embora a pulsão possa ser parcialmente satisfeita.

O objeto é o meio “com o qual ou pelo qual o instinto [pulsão] pode alcançar sua meta” (FREUD, 1915/2010, p. 58). Assim, é somente por intermédio do objeto que a pulsão pode atingir seu objetivo de ser satisfeita, ainda que parcialmente. O objeto é também o que há de mais variável numa pulsão, não estando originalmente ligado a ela, “mas lhe sendo subordinado apenas devido à sua propriedade de tornar possível a satisfação” (p. 58). Apesar de não ser específico, para que o objeto possa tornar possível a satisfação, é preciso que ele tenha uma representação para o sujeito. Nesse sentido, Miller (2003) refere que “a pulsão é a dinâmica das representações” (p.47), sendo por ela que Freud (1915/2010) “estabelece uma relação estreita entre a representação e o recalque” (p.47); assim, “a pulsão dá vida às representações conforme suas finalidades. A pulsão aparece, a este respeito, como tendo a forma de uma vontade que se impõe às representações e as submete à sua finalidade” (p. 47).

A fonte da pulsão pode ser compreendida como o “processo somático num órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na psique pelo estímulo” (FREUD, 1915/2010, p. 59). Freud refere, ainda, que o estudo das fontes pulsionais não cabe à psicologia e que é possível inferir as fontes da pulsão a partir de suas metas (FREUD, 1915/2010).

Assim, o circuito da pulsão se daria a partir do impulso que é produzido na fonte em direção ao alvo, utilizando o objeto como meio de satisfação parcial e retornando a fonte, que voltará a pressionar – o que marca o caráter repetitivo e irremediável da pulsão e que levou Freud posteriormente a associá-la ao conceito de compulsão à repetição (FREUD, 1920/2010).

Os destinos da força pulsional no psiquismo, que também podem ser entendidos como os modos de defesa contra as pulsões e de extrema importância para compreensão do psiquismo, são a passagem da atividade

⁷⁰ Tomo nota para dizer que apesar do sabido e indiscutível reconhecimento, dentre a teoria psicanalítica e seus seguidores, de que ao utilizar o termo “instinto” Freud referia-se a pulsão, e de uma boa parte das citações utilizadas nesse trabalho referirem-se a mais recente tradução brasileira, ainda assim esta correção não foi feita, apresentando apenas uma nota introdutória sinalizando tal condição e inferindo que onde lê-se “instinto” deve-se ler “pulsão”.

para a passividade, o retorno sobre a própria pessoa, o recalque e a sublimação, mecanismos que visam impedir que a pulsão atinja seu objetivo de satisfação plena, uma vez que o incontestável da pulsão seria por fim sua descarga (FREUD, 1915/2010).

Desse modo,

se o organismo fosse submetido às regras da racionalidade biológica, o corpo seria atravessado por forças pulsionais que lhe são irredutíveis. Além disso, ele é permeado inteiramente pela *alteridade*, o que não é o caso do organismo, que pode ser chamado de *solipsista*, isto é, voltado sobre si mesmo e inscrito no absoluto da imanência. O organismo, no qual se realizam os mecanismos automáticos de autorregulação, é mergulhado então nos grandes ritmos da natureza. Em contrapartida, o corpo se constitui em ruptura com a natureza, aberto simultaneamente sobre ela e sobre o Outro. Tudo isso nos conduz a afirmar com força e veemência a existência de um *corpo-sujeito* (BIRMAN, 2014b, p. 63).

As necessidades do homem, provenientes desses estímulos endógenos, e sua imaturidade inicial para saná-las sozinho também surgem na teoria freudiana como pontos fundamentais para constituição do sujeito, de forma que o apelo ao outro, imprescindível para que suas necessidades fossem acolhidas e pudessem se transformar em experiência de satisfação, resultava também em uma função formadora (FREUD, 1905/1996; FREUD, 1914/2010; FREUD 1915/2010; FREUD, 1924/2011). Freud constatou que essa necessidade vital de amparo de um semblante o inseria numa relação de comunicação com o outro e repercutia diretamente na constituição corporal e no consequente processo de subjetivação, trazendo uma série de desdobramentos para o sujeito, de forma seria impossível uma constituição solipsista do psiquismo. Sem a mediação do Outro, o organismo ficaria então condenado à incidência contínua das forças pulsionais, a um trauma mortífero que tomaria a via fatal da descarga contínua (FREUD, 1924/2011).

Dessa relação de dependência com o outro, Freud observou que se produzia algo para além do cuidado físico, donde a sexualidade, o desejo e a constituição do eu encontrariam sua possibilidade de ser. Ele defendia que,

por meio da erogeneização⁷¹ de seu corpo pelo outro, a criança era introduzida no campo da sexualidade e que, a partir da alteridade e do investimento do outro, se originaria o narcisismo e o eu se constituiria (FREUD, 1950 [1895]/1996; FREUD, 1905/1996; FREUD, 1914/2010; FREUD, 1923/2011).

Dessa forma, a sexualidade humana⁷², entendida pelo viés da psicanálise enquanto correlata do corpo erógeno e, portanto, desvinculada dos órgãos sexuais e da finalidade reprodutiva, estaria fundamentada em um funcionamento pulsional variado, visando a obtenção de prazer e a evitação de desprazer, de forma que o corpo biológico/orgânico se apresentaria como

⁷¹ A erogeneidade é entendida como a capacidade do corpo de enviar estímulos sexualmente excitantes para psique, sendo considerada uma característica geral de todos os órgãos, sendo possível o seu aumento ou decréscimo numa determinada área do corpo. “Para cada alteração dessas na erogeneidade dos órgãos poderia haver uma alteração paralela no investimento libidinal do Eu” (FREUD, 1914/2010, p.28).

⁷² Freud refere que a sexualidade seria constituída por pulsões parciais, ordenadas em zonas erógenas, manifestando-se desde o começo da vida por meio de atividades que envolvem o corpo, como o autoerotismo, a alimentação (em que o autor destaca o ato de sugar) e a evacuação, para depois dirigirem-se para o objeto externo (FREUD, 1905/1996). Nesse sentido, tomando as pulsões parciais como pulsão sexual e, portanto, designada pela libido, Freud (1905/1996) inscreve o erotismo na ordem da fantasia e refere que “Cada um dos componentes instintuais da sexualidade trabalha por si na obtenção do prazer, e acha sua gratificação no próprio corpo. Esse é o estágio do *autoerotismo* que é sucedido pelo da *escolha do objeto*” (FREUD, 1912-1913/2012, p. 140). Esse processo, contudo, não seria instantâneo e se daria por fases. A primeira fase, denominada oral, teria como fonte de prazer a boca e a alimentação, durando em média de 0 a 12 meses, enquanto a segunda, denominada anal, duraria em torno dos 12 meses aos 3 anos, e a fonte de prazer estaria centralizada em torno do ânus e do controle esfinteriano. A terceira fase, denominada fálica, com duração em torno dos 3 aos 6 anos, seria a fase em que o interesse da criança se dirige ao genital. É nessa fase também que se inicia o complexo de Édipo, em que, a partir da identificação com aquele que atende as suas necessidades, a criança passa a desejar seu genitor – primeiros objetos de amor –, sentimento que por medo de retaliação é reprimido, permitindo que a criança se identifique com o respectivo objeto de desejo/amor de seus pais (assim, o menino que tem um desejo inconsciente pela mãe e inicialmente rivaliza com o pai, por medo de ser retaliado – metáfora da castração – reprime o desejo sexual que tem pela mãe e passa a identificar-se com o pai – objeto de desejo/amor da mãe –, sendo o oposto com a menina que inveja o pênis do pai (objeto de desejo da mãe) e, reconhecendo sua falta em si – como na mãe –, passa a identificar-se com ela e a buscar o amor de um homem). A quarta fase, denominada latência, é responsável pelo deslocamento da libido da sexualidade para outras atividades, como as atividades sociais – os amigos, a escola, as brincadeiras em grupo, entre outros – e dura em torno dos 6 aos 11 anos. Por fim, a última fase, genital, inicia-se com a puberdade, em torno dos 11 anos, e é a fase de retomada dos impulsos sexuais. É nessa fase que o púbere inicia suas experiências de masturbação e passa a abandonar sua identidade infantil para futuramente assumir sua identidade adulta (FREUD, 1905/1996). A partir desses desígnios, Freud apresenta a sexualidade infantil enquanto fundamental para constituição do psiquismo e para passagem do autoerotismo para o investimento da libido no mundo externo. Vale lembrar, contudo, que o processo de desenvolvimento libidinal (que se inicia com o autoerotismo, passa pelo narcisismo e culmina na escolha objetual, com a unificação das pulsões parciais na zona genital a fim de servir à finalidade da reprodução da espécie) não é linear, podendo haver fixações, regressões e estagnação, o que contribuirá no desenvolvimento de diferentes subjetividades/estruturas psíquicas. É diante disso que as primeiras experiências infantis são tão importantes na constituição do psiquismo.

substrato para as manifestações pulsionais⁷³. Nesse sentido, o corpo representado não seria apenas o corpo do instinto/intuição, ou seja, o corpo biológico, mas um corpo habitado pelas pulsões, sendo essas cruciais para a estruturação do sujeito.

Birman (2014b) pontua que é na medida em que o Outro pode acolher esse investimento originário, ou seja, nomear e oferecer um campo possível de objetividade para a descarga da pulsão, que a força pulsional estabelecerá uma ligação que a fará retornar em direção ao organismo. De forma que,

apenas neste momento se constituiria um circuito pulsional em que se articulariam a força e o objeto, pela mediação da regulação da experiência de satisfação. Além disto, por esse retorno da força pulsional e pela ligação inicial desta a um campo de objetividade, se estabeleceria uma marca originária, um *traço*, simultaneamente corporal e psíquico. Com a pulsão sendo uma força constante, o mesmo processo se repetiria diversas vezes, produzindo então traços superpostos (BIRMAN, 2014b, p. 67).

Assim, o recalque originário teria o poder de transformar esse amontoado de traços em um conjunto, uma inscrição ao mesmo tempo psíquica e corporal, ou seja, em um sistema psíquico e corporal de equivalências simbólicas e de prazeres, que dependeriam então da sublimação para dar outro destino a essas inscrições. A sublimação se apresentaria, então, como um processo posterior, cujo objetivo é a ruptura com os recalques secundários, de modo que a força pulsional seria encaminhada para a buscar de novas ligações e de novos objetos de investimento (BIRMAN, 2014b).

Entretanto, nem sempre o caminho de descarga da pulsão segue a sublimação, de modo que é a partir dos destinos da pulsão que podemos falar em sintoma. Freud (1920/2010), considerando o mecanismo de recalque, aponta que o surgimento do sintoma neurótico decorreria porque

o instinto [pulsão] reprimido jamais desiste de lutar por sua completa satisfação, que consistiria na repetição de uma vivência primária de satisfação; todas as formações substitutivas e reativas, todas as sublimações não bastam para suprimir essa contínua tensão, e da diferença entre o prazer da

⁷³ Embora qualquer atividade humana possa ser fonte ou dar lugar à incursão do sexual (FREUD, 1905/1996).

satisfação encontrado e o exigido resulta o fator impulsor que não admite a permanência de nenhuma das situações produzidas, mas, nas palavras do poeta, “sempre impele, indomável, para frente” (Mefistófeles, no *Fausto*, I, Gabinete de Estudos [cena 4]) (FREUD, 1920/2010, p. 210).

Nesse sentido, o conflito seria provocado pela frustração, “pois a libido, privada de sua satisfação, é levada a buscar outros objetos e caminhos” (FREUD, 1917/2014, p. 464). Dessa forma, o conflito patogênico é correspondente a um conflito entre os instintos do Eu e os instintos sexuais.

Parte daí o caminho que conduz à formação do sintoma [...]. As tendências libidinais repelidas conseguem se impor por caminhos indiretos, mas não sem levar em conta a objeção, através de certas desfigurações e atenuações. Os desvios tomados são os caminhos da formação do sintoma; os sintomas são a satisfação nova ou substitutiva, que se tornou necessária devido à frustração (Freud, 1917/2014, p. 464-465).

Apontando o conceito de pulsão como a fronteira entre a biologia e a psicanálise, Birman (2014b) refere que, fundamentalmente, o que interessa à psicanálise não é a fonte da pulsão (uma vez que essa é biológica), mas o destino dessas pulsões, que, como o próprio Freud demonstrou, são a origem do sintoma.

Considerando essa premissa de busca intrínseca por satisfação e de supressão do estado de estimulação na fonte da pulsão, em *Além do Princípio do Prazer* (1920/2010), Freud retoma a discussão sobre a pulsão⁷⁴ e demarca que “um *instinto* [pulsão] seria um impulso, presente em todo o organismo vivo, tendente à restauração de um estado anterior, que esse ser vivo teve que abandonar por influência de perturbadoras forças externas” (p. 202), uma espécie de inércia orgânica, e passa a tratar a pulsão a partir de duas designações: pulsão de vida e pulsão de morte.

⁷⁴ Freud propõe duas teorias das pulsões ou longo de sua obra. A primeira teoria, inaugurada em *Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão* (1910), apresenta o dualismo pulsional opondo as pulsões sexuais (que estariam a serviço do Princípio do Prazer) às pulsões do ego (também entendidas como pulsões de autoconservação). Já a segunda teoria, inaugurada em *Além do princípio do prazer* (1920), apresenta as pulsões enquanto pulsão de vida oposta à pulsão de morte. Nessa nova configuração, as pulsões sexuais e as pulsões do ego se contrapõem à pulsão de morte.

Partindo da noção de compulsão à repetição⁷⁵, “atribuída ao reprimido inconsciente” (FREUD, 1920/2010, p. 178), o conceito de pulsão de morte surge na teoria freudiana apontando o forte caráter pulsional do retorno ao inorgânico. Tomando que o objetivo da pulsão de morte seria a redução da tensão a zero, ou seja, a morte do impulso, Freud (1920/2010) refere que essa pulsão nunca cessa em querer se satisfazer, tendendo a constante e incessante repetição, de forma que a “compulsão à repetição e direta satisfação prazerosa do instinto [pulsão] parecem aí entrelaçadas em íntima comunhão” (p. 183), relacionando-se ao circuito pulsional e sua meta, que persiste, e apontando, inclusive, para um modo de gozo presente nesta repetição “mortífera”. Já a pulsão de vida atuaria enquanto uma influência externa, obrigando “a substância ainda sobrevivente a desviar-se cada vez mais do curso original e fazer rodeios cada vez mais complicados até alcançar a meta da morte”, tendo, portanto, um caráter construtivo (FREUD, 1920/2010, p. 205).

Freud (1920/2010) refere-se à pulsão de vida e à pulsão de morte enquanto essenciais à experiência humana, alegando que a sobrevivência do homem depende de um jogo de forças atuando sobre o organismo e equilibrando as pulsões. Nesse sentido, a primeira, regida pelo princípio de realidade⁷⁶, estaria atrelada à função do outro, ao investimento erótico do outro e ao artifício do amor, visando a manutenção da vida enquanto condição imanente do organismo, enquanto a segunda seria herdeira da força pulsional,

⁷⁵ Embora a compulsão à repetição já apareça na obra de Freud em *Recordar, repetir e elaborar* (1914/2010), é apenas em *Além do Princípio do Prazer* (1920/2010) que ele a relaciona efetivamente à pulsão de morte. Partindo da análise de fenômenos como a repetição de sonhos traumáticos, a brincadeira das crianças e a repetição na transferência, o autor constata que essa compulsão tende a colocar o sujeito em situações dolorosas, reproduzindo de certa forma antigas experiências que deixaram sua marca mnêmica e foram recalçadas.

⁷⁶ O princípio de realidade, originário do encontro/embate entre as necessidades externas e o funcionamento mental primário, exerce uma função reguladora frente à intrínseca busca de prazer. Vinculando as pulsões do Eu às atividades da consciência, esse princípio acarreta em evitação de um prazer inconsequente e protege a integridade do indivíduo, sendo, assim, entendido pertencente à pulsão de vida. Nesse sentido, “por influência dos instintos [pulsões] de autoconservação do Eu [o princípio do prazer] é substituído pelo *princípio de realidade*, que sem abandonar a intenção de obter afinal o prazer, exige e consegue o adiamento da satisfação, a renúncia a várias possibilidades desta e a temporária aceitação do desprazer, num longo rodeio para chegar ao prazer” (FREUD, 1920/2010, p. 165).

regida pelo princípio do prazer⁷⁷, tendendo a se descarregar completamente e, conseqüentemente, levando à morte (FREUD, 1920/2010; BIRMAN, 2003).

Apesar da distinção entre as pulsões, Freud refere que toda pulsão (incluindo-se a de vida) tem por fim o objetivo de ascender ao inorgânico – seu estado inicial, caminhando para a morte, ou seja, para a redução completa das tensões. Nesse sentido, Freud (1920/2010) coloca que “só podemos dizer que *o objetivo de toda a vida é a morte*, e, retrospectivamente, que *o inanimado existia antes que o vivente*. [...] Vista sob essa luz, diminui consideravelmente a importância teórica dos instintos de autoconservação, de poder e de autoafirmação; são instintos parciais, destinados a garantir o curso da morte própria do organismo e manter afastadas as possibilidades de retorno ao inorgânico que não sejam imanentes “[...] o que daí resta é que o organismo pretende morrer apenas a seu modo; tais guardiães da vida também foram, originalmente, guarda-costas da morte” (p. 204, 205 e 206).

Considerando a teoria freudiana sobre a pulsão, Lacan (1955a/2010) aponta que “o princípio do prazer é que cesse o prazer” (p. 120), ao passo que “o princípio de realidade consiste em fazer que o jogo dure, ou seja, que o prazer se renove” (p. 120), resguardando, assim, nossos prazeres, que, justamente, tem a tendência de atingir o cessamento. Nesse sentido, o autor coloca que “o princípio de realidade é em geral introduzido por este simples reparo que, quando se busca por demais o prazer, acontecem acidentes de todos os tipos – queimam-se os dedos, apanha-se gonorreia, quebra-se a cara” (p. 120), estando na gênese da aprendizagem humana, o que indica que se tentará fazer melhor da próxima vez: “é na medida em que uma tarefa está inacabada que o sujeito volta a ela. É na medida que um fracasso foi acerbo que o sujeito se lembra melhor dele”(p. 123), marcando a inadaptação como um caráter da repetição.

É assim que Lacan demonstra, a partir da libido e da repetição, que toda pulsão é pulsão de morte⁷⁸, e que as pulsões sexuais fazem a morte surgir

⁷⁷ O princípio do prazer estaria subordinado às pulsões sexuais e às fantasias. Por meio desse mecanismo de funcionamento, “o aparelho psíquico se empenha em conservar a quantidade de excitação nele existente o mais baixa possível, ou ao menos constante” (FREUD, 1920/2010, p. 164), apresentando uma tendência interna do organismo a atingir um estado inorgânico, estando a morte como uma busca desse princípio.

⁷⁸ Lacan apresenta a dedução das pulsões (de vida e de morte) em pulsão de morte a partir do narcisismo, destacando a libido narcísica e a agressividade como pontos fundamentais para

como um significante (1948/1998; 1955a/2010; 1955b/2010; 1960-1964/1998; 1964/2008; 1969/1992), anulando o binarismo pulsional freudiano e nos permitindo falar “a pulsão”, enquanto uma única. Dessa forma, apresenta a libido como um órgão, que, enquanto zona erógena, coordena um campo de forças e carrega a morte⁷⁹ (LACAN, 1964/1998). Esse órgão, que teria, então, um sentido mortífero, seria, no entanto, irreal, “no sentido de que o irreal não é o imaginário e precede o subjetivo que ele condiciona, por estar diretamente às voltas com o real” (p. 861). Retomando a ideia do mecanismo de repetição presente na pulsão de morte, Lacan mostra sua relação com um modo de gozo:

É o gozo, termo designado em sentido próprio, que necessita a repetição. Na medida em que há busca do gozo como repetição que se produz o que está em jogo no franqueamento freudiano – o que nos interessa como repetição, e se inscreve em uma dialética de gozo, é propriamente aquilo que se dirige contra a vida. É no nível da repetição que Freud se vê de algum modo obrigado, pela própria estrutura do discurso, a articular o instinto de morte [...] [ou seja] a repetição se funda em um retorno ao gozo (LACAN, 1970/1992, p.47).

É assim que, a partir de Lacan, o que passa a nos interessar é o gozo, o gozo como ligado à vida sob a forma do corpo. É nesse sentido que Miller (2004), considerando o jogo pulsional, refere que “a vida é condição do gozo. [...] A vida transborda o corpo. É o que obriga precisar que só há gozo na condição em que a vida se apresente sob forma de corpo vivo” (p. 18).

Entretanto, há sempre uma perda de gozo e é no lugar dessa perda, introduzida pela falta e pelo insucesso da repetição em alcançar sua meta, que Lacan refere aparecer a noção de objeto perdido, denominado por ele como *objetoa*, primeiro objeto de causação do desejo e aquele que o sujeito passa a

se chegar a ideia de uma única pulsão (LACAN, 1948/1998; LACAN, 1955 – 1956/1988).

⁷⁹ Lacan apresenta em *A ética da psicanálise* (1988), a partir da ideia de pulsão de morte, duas vertentes para a morte: uma morte natural (relacionada a exigência de retorno a uma satisfação primária, em que se localiza o gozo) e uma morte que tem a ver com o significante, o significante do outro, ou seja, a falta-a-ser significante do sujeito. Segundo o autor, isso está relacionado ao fato de que o ser humano existe como significante para além da vida natural (orgânica) e é reafirmado pela vida significante, o que duplica sua existência. É partir dessa noção de significante que podemos dizer que o ser humano persiste além da morte biológica. A forma como o significante do Outro marca o corpo da criança deixa uma marca (traço unário). Essa afetação é a própria causa do gozo, que fica inscrito para o resto da vida.

buscá-lo incessantemente. Nessa medida, Lacan precisa que o objeto da pulsão é o objeto *a* (sendo o seio, as fezes, o olhar e a voz os quatro objetos *a* primordiais), estando a pulsão no registro do real e no registro do significante (LACAN, 1960/1998; LACAN, 1969/1992; LACAN, 1970/1992). Assim, pontua que o traço em comum a esses objetos seria o fato de que “eles não têm imagem especular, ou, dito de outra maneira, alteridade” (LACAN, 1960/1998, p. 832).

Lacan (1955b/2010) refere ainda que “na medida em que o que se apresenta a ele [o homem] só coincide parcialmente com aquilo que já lhe proporcionou satisfação, o sujeito se põe em busca, e repete indefinidamente sua procura até encontrar este objeto” (p. 140). Dessa forma, “o objeto se encontra e se estrutura por via de uma repetição – reencontrar o objeto, repetir o objeto. Só que, nunca é o mesmo objeto que o sujeito encontra. Em outras palavras, ele não para de engendrar objetos substitutivos” (p. 140), o que marca a função da repetição como estruturante do mundo dos objetos.

O autor entende esse processo como,

o esboço de algo fecundo que vai estar no fundamento da psicologia do conflito, e que constitui a passagem da experiência libidinal como tal e o mundo do conhecimento humano, o qual é caracterizado por escapar, em grande parte, ao campo das forças do desejo. O mundo humano não é de maneira alguma estruturável como um *Umwelt*, encaixado num *Innenwelt* de precisões, ele não é cerrado, porém aberto a uma multidão de objetos neutros extraordinariamente variados, objetos que inclusive não têm mais nada a ver com objetos, em sua função radical de símbolos (LACAN, 1955b/2010, p. 141).

Birman (2003), levando em conta a teoria pulsional apresentada por Freud a partir de 1920, pontua que,

o conceito de pulsão de morte, em oposição agora ao de pulsão de vida, condensaria desde então a nova leitura da biologia freudiana e a retomada do dualismo. O movimento para a descarga absoluta seria realizada agora pela pulsão de morte, herdeira que é do conceito de força pulsional, a que se contraporía a pulsão de vida, operacionalizada pelo outro. A vida biológica humana estaria agora na estrita dependência do investimento erótico do outro, que ofereceria a regulação que o organismo não teria mais por si mesmo. Isso implica em dizer que a ordem da vida, no que concerne o organismo humano, dependeria estritamente de uma organização promovida pelo

outro. Desta maneira, a vida humana não seria apenas algo da ordem da natureza, mas também da ordem do artifício e da construção, propiciados sempre pelo outro (p. 22).

A teoria pulsional, atrelada à sexualidade, destacaria então a importância e a função do outro no processo de constituição do ser humano, ou seja, a necessidade da existência de um semelhante para a manutenção da vida. Essa função, entretanto, estaria muito além da preservação da vida, como demonstra Freud já em 1905, sendo a relação com o outro indispensável para organização do psiquismo e para a construção do que se denominariam “estruturas psíquicas”.

Considerando que o corpo é mapeado em zonas erógenas pela ação de um outro (como a mãe), que introduz a criança na sexualidade por meio da erogeneização de seu corpo, Machado (2011) pontua que a relação que o bebê exige de sua mãe “não se deve apenas à sua prematuridade e dependência que caracteriza o ser-humano ao nascer, mas é decorrente da condição humana, que é a de se fazer humano através de outro humano” (p.39), e, sendo assim, não se trata apenas de sobrevivência biológica, mas também de uma sobrevivência psíquica, “pois dela o ego não pode escapar, sob a condição de não existir” (p. 39).

Segundo a teoria freudiana, a unidade do eu (ego) não é inata ao humano, precisando ser desenvolvida. Sendo constituída por meio de uma nova ação psíquica (que se daria por intermédio do outro), atribuída à metáfora especular (que Lacan aponta ser a própria antecipação imaginária do corpo unificado, ou seja, a identificação do sujeito com a imagem), em que as pulsões autoeróticas do eu, até então espalhadas no corpo, se organizam, dando origem à unidade narcísica.

Freud (1917/2014) refere que a compreensão do edifício do Eu se dá a partir do estudo das neuroses narcisistas. O narcisismo, um conceito indispensável na teoria psicanalítica e associado à teoria da libido e da sexualidade, foi descrito pela primeira vez por Freud em *Introdução ao Narcisismo* (1914/2010). Apresentado como um estágio da libido fundamental à constituição da subjetividade, o narcisismo é um dos temas mais importantes da teoria freudiana e é tido como uma condição natural do desenvolvimento humano, necessária para formação do eu, e que emerge em uma fase

intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal, de forma que, “isto nos leva a apreender o narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais como secundário, edificado sobre um narcisismo primário que foi obscurecido por influências várias” (FREUD, 1914/2010, p. 16). Nesse sentido, Freud (1923/2011) refere que,

bem no início, toda libido se acha acumulada no Id, enquanto o Eu ainda está em formação ou é fraco. O Id envia parte dessa libido para investimentos objetais eróticos, e com isso o Eu fortalecido procura apoderar-se dessa libido objetal e impor-se como objeto de amor. O narcisismo do Eu é então um narcisismo secundário, subtraído aos objetos (p. 58).

O narcisismo pode ser dividido em dois momentos: narcisismo primário, marcado pelo autoerotismo, que seria o primeiro modo de satisfação da libido em que as pulsões procuram por si a satisfação no próprio corpo (ou seja, a pulsão sexual não está centrada e é desprovida de objeto), sendo também esse um momento em que não há uma diferenciação entre interno e externo e representaria uma espécie de onipotência; e narcisismo secundário, em que o bebê já é capaz de diferenciar seu próprio corpo do mundo externo e realizar um investimento objetal (em que temos a libido objetal) – inicialmente dirigido à mãe e ao seio materno, mas que depois retorna para si (sinalizando a libido narcísica) (FREUD, 1914/2010).

Lacan (1954/2009) refere que

a estrita equivalência do objeto e do ideal do eu na relação amorosa, é uma das noções mais fundamentais na obra de Freud, e a reencontramos a cada passo. O objeto amado é, no investimento amoroso, pela captação que ele opera do sujeito, estritamente equivalente ao ideal do eu. É por este motivo que há na sugestão, na hipnose, esta função econômica tão importante que é o estado de dependência, verdadeira perversão da realidade pela fascinação pelo objeto amado e sua sobre-estimação. [...] Mas existe de tudo a respeito do que ele chama a escolha do objeto (p. 170).

Lacan (1954/2009), retomando Freud, diz que “é na medida em que a libido é desinvestida do objeto que ela volta a se reportar ao ego” (p. 156), reforçando o narcisismo como um processo secundário: “uma unidade comparável ao eu não existe na origem, *nicht von Anfang*, não está presente

desde o início do indivíduo, e o *ich* tem de se desenvolver, *entwickeln werden*. As pulsões autoeróticas, ao contrário, estão lá desde o início” (p. 156). Em outras palavras, há um narcisismo que se relaciona à imagem corporal, uma imagem real que faz a unidade do sujeito e a que projetamos de mil maneiras, “até no que se pode chamar a fonte imaginária do simbolismo, que é aquilo atrás de quê o simbolismo se liga ao sentimento, ao *Selbstgefuhl*, que o ser humano, o *Mensch*, tem do seu próprio corpo” (LACAN, 1954/2009, p. 169), e um narcisismo secundário, que se relaciona ao outro, à identificação narcísica, sendo essa identificação, como coloca Lacan, o que “permite ao homem situar com precisão a sua relação imaginária e libidinal ao mundo em geral” (p. 169). Assim, apresenta o narcisismo como aquilo que marca a origem imaginária da função do eu (LACAN, 1954/2009).

Lacan faz ainda um paralelo do narcisismo com o estágio do espelho – teoria sobre a qual falaremos melhor adiante:

os que estão um pouco habituados ao que eu trouxe verão que essa ideia confirma a utilidade da minha concepção do estágio do espelho. A *Urbild*, que é uma unidade comparável ao eu, constitui-se num momento determinado da história do sujeito, a partir do qual o eu começa a assumir suas funções. Isso equivale a dizer que o eu humano se constitui sobre o fundamento da relação imaginária. A função do eu, escreve Freud, deve ter *eine neue psychische... Gestalt*. No desenvolvimento do psiquismo, aparece algo de novo cuja função é dar forma ao narcisismo (LACAN, 1954/2009, p. 156).

É nessa fase também que a criança percebe que seu objeto de identificação e amor (a mãe ou seu representante) também tem outros objetos de desejo, ou seja, que ela não é o único objeto de desejo da mãe, o que resulta em uma ferida infligida no narcisismo primário da criança e faz com que ela passe a buscar esse amor, tentando reconquistá-lo. É essa ferida narcísica que possibilita que parte do investimento libidinal destinado ao outro retorne para criança, possibilitando o investimento libidinal da imagem do eu, constituída pelas identificações do eu com as imagens dos objetos. Assim,

o retorno da libido objetual ao Eu, sua transformação em narcisismo, representa como que um amor feliz novamente e, por outro lado, um real amor feliz corresponde ao estado

primordial em que libido de objeto e libido do Eu não se distinguem uma da outra” (FREUD, 1914/2010, p. 47 e 48).

Freud assinala essa fase como correspondente ao que ele denominou complexo de Édipo, totalmente relacionado ao conceito de castração. Durante o período de latência, a criança aprende a amar outras pessoas que a ajudam em seu desamparo e na satisfação de suas necessidades, sendo normalmente essa pessoa seu primeiro objeto de amor. Freud (1905/1996) refere que,

o trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais advindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo” (p. 210 e 211).

A partir de sua teoria sobre a sexualidade, Freud mostra que, inicialmente, o impulso sexual da criança é direcionado aos pais para, depois, ser destinado a outros objetos. Contudo, para que esse processo se dê, é necessária a intromissão de um terceiro, fazendo assim barreira à relação incestuosa e trazendo à cena a metáfora da castração, o que permite, por fim, que a criança passe a buscar outros objetos de amor. Freud refere em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996) que “o respeito a essa barreira é, acima de tudo, uma exigência cultural da sociedade” (p. 213). Cabe dizer, entretanto, que a resolução do complexo de Édipo será decisiva para a formação das estruturas psíquicas. Dor (1994) coloca que “é em função dos amores edipianos que se constitui, para todos, a entrada em cena de uma estrutura psíquica, ou, como assinalava Freud, a “escolha” da sua própria neurose” (p. 24). Retomando o pai da “horda primitiva”, Freud descreve a passagem do homem do estado de natureza para o estado de cultura como um limite que se dá a partir da interdição do incesto (FREUD, 1912-1913/2012); esse limite seria o responsável por implementar a noção do proibido, de uma lei maior, inserindo o sujeito em uma condição onde a relação dual (mãe-filho (a)) encontraria fronteira. Nesse sentido, “esses amores edipianos nada mais são que o desenvolvimento, com estardalhaço, da relação que o sujeito trava com a função fálica, ou seja, com a função paterna” (DOR, 1994, p. 24). Desse modo,

a repressão dos instintos e desejos iniciais possibilitariam a ascensão do sujeito ao estado de cultura, fazendo também com que o sujeito se dirija a outros objetos.

Podemos dizer que o narcisismo é o processo pelo qual o sujeito reconhece a imagem de seu corpo próprio e se identifica com ela, ultrapassando o autoerotismo e promovendo a integração do eu, diferenciado do outro. Dessa forma, “Formamos assim a ideia de um originário investimento libidinal do Eu, de que algo é depois cedido aos objetos, mas que persiste fundamentalmente, relacionando-se aos investimentos de objeto” (FREUD, 1914/2010, p.17). Nesse sentido, o objeto apresenta-se sob duas concepções: de um lado, como objeto da pulsão, objeto parcial, e, por outro, faz oposição ao sujeito, dando origem à alteridade.

Essa ação psíquica, que produz a passagem do autoerotismo ao narcisismo e que provém da relação do sujeito com o outro, se dá por meio da relação com outro aparelho de linguagem, de forma que a alteridade, enquanto um princípio de transformação das forças pulsionais, assume um papel fundamental na constituição do corpo e do sujeito (FREUD, 1914/2010; LACAN, 1954/2009; BIRMAN, 2014b), reforçando a importância da relação dialógica com o outro na construção do psiquismo. Assim,

o tal princípio de alteridade permite, pois, que anunciemos que a construção de eu corporal remete à transformação das forças pulsionais a partir do Outro. Pode-se falar então do corpo *como* um *território* ocupado do organismo, isto é, como um conjunto de marcas impressas *sobre* e *no* organismo pela inflexão promovida pelo Outro. É neste sentido, nos parece, que o eu foi concebido como sendo corporal e *como* projeção de uma superfície. A força pulsional e o Outro estariam, pois, na origem, indicando então o registro do originário em psicanálise (BIRMAN, 2014b, p. 66).

Nesse sentido, o Eu seria, então, sobretudo, corporal, ou seja, o Eu consciente é um Eu do corpo (FREUD, 1923/2011). O corpo aparece, então, como um outro fator, com efeito sobre a gênese do Eu e sua diferenciação do Id, sendo entendido como objeto de investimento libidinal e das experiências de dor. Desse modo, o corpo (principalmente sua superfície) “é um lugar do qual podem partir percepções internas e externas simultaneamente. É visto como um outro objeto, mas ao ser tocado produz dois tipos de sensações, um dos

quais pode equivaler a uma percepção interna” (FREUD, 1923/2011, p. 32). Não obstante, “também a dor parece ter um papel, e o modo como adquirimos um novo conhecimento de nossos órgãos, nas doenças dolorosas, é talvez um modelo para a forma como chegamos à ideia de nosso corpo” (FREUD, 1923/2011, p. 32).

Birman (2003) refere que,

o discurso freudiano construiu uma outra leitura sobre o psiquismo, no qual esse se fundaria sempre no corpo. Esse, no entanto, não é concebido como sendo um dado imediato da natureza, mas uma construção que está em permanente processo de produção. Portanto, o corpo seria algo da ordem do artifício. Em decorrência disso, pode-se enunciar que o corpo não se identifica nem com o somático nem mesmo com o organismo, mesmo que possa ser dito que se construa também a partir desses registros, de maneira indubitável. [...]. Diferenciando-se decisivamente então da ordem vital o corpo se constituiria como diferentes territórios, regulados cada um desses que seriam por diversas modalidades de funcionamento. Existiriam assim diferentes formas de encorpção, que não se confundiram jamais nem com o registro do organismo nem com o registro do somático. Ao lado disso, nestes diversos territórios corporais, diferentes formas de subjetivação se inscreveriam, isto é, se forjariam em íntima relação como essas (p.14 e 15).

Através desses estudos, Freud deu início a uma nova concepção de corpo, apresentando as noções de corpo e de sintoma a partir da psicanálise e estreando, assim, a apresentação de um sujeito que é encorpado e incorporado, remetendo à corporeidade, enquanto formulada pelas concepções de corpo erógeno e de corpo pulsional. Nesse sentido, o conceito de corpo é apresentado a partir de um jogo de relações entre o somático e o psíquico e está diretamente ligado aos conceitos de eu, de identificação e de narcisismo (FREUD, 1914; FREUD, 1915; FREUD, 1923), sendo a formação do eu relacionada à imagem corporal, ou, como diria Lacan (1949/1998), mais precisamente, à imagem especular.

II.II. O Corpo a partir de Lacan

Entendendo o corpo como erógeno e singular, marcado pelo significante e habitado pela libido, ou seja, como corpo de desejo e de gozo, Lacan avança a partir da leitura das obras de Freud e estabelece os estudos do corpo a partir de três registros fundamentais e complementares: o registro Imaginário (o corpo como imagem; refere-se ao mundo interno, ou seja, a forma como, a partir do outro, a imagem do corpo próprio marca a constituição subjetiva); o registro Simbólico (o corpo marcado pelo significante; demarca que o sujeito foi submetido à alteridade, inaugurando, assim, a relação entre a fala, a linguagem e o corpo) e o registro Real (o corpo sentido, articulado ao gozo)⁸⁰. Esses três registros, embora diferenciados, são inseparáveis, de forma que devem ser pensados formando uma estrutura, sendo sua interlocução o que nos permite falar em construção da subjetividade e processos de corporeidade – já apontados por Freud e aprofundados, ainda que indiretamente, por Lacan, no decorrer de sua obra.

Lacan iniciou seus estudos sobre o corpo a partir de interrogações sobre a gênese do eu. Baseado na ideia de que o eu se constrói primeiramente a partir do outro e de sua imagem como semelhante, Lacan, retomando Henri Wallon⁸¹ e a metáfora especular forjada por Freud em *Introdução ao narcisismo* (1914/2010), desenvolveu a teoria do *estádio do espelho*, na qual apresentou a imagem especular (imagem do corpo próprio) como um modelo de identificação simbólica e imaginária, fundamental para a formação da identidade afetiva e social do eu e do Eu e, conseqüentemente, para a constituição da subjetividade (LACAN, 1949/1998; NASIO, 2009), desenvolvendo o “conceito de captura para esboçar as relações dialéticas entre o eu, o corpo e a imagem” (BIRMAN, 2014b, p. 66). Nasio (2009) refere que enquanto o Eu é a afirmação simbólica e social da singularidade do sujeito, o eu é um sentimento, é a afirmação imaginária e afetiva do sujeito de ser ele mesmo.

O estágio do espelho em Lacan aproxima-se da teoria do narcisismo em Freud e seria correspondente a passagem do autoerotismo para o narcisismo;

⁸⁰ Essa concepção nos leva a empreender um sujeito que é afetado por dois corpos discordantes, estando, de um lado, o organismo (real) e, do outro lado, o corpo (imagem).

⁸¹ Henri Wallon aponta a importância do espelho como mediador para aquisição da noção de corpo próprio.

trata-se de um processo identificatório por meio do qual o *infans* (aquele que ainda não adquiriu a fala), através da percepção da própria imagem no espelho, antecipa sua unidade corporal e a construção do eu, conquistando a imagem de seu próprio corpo. Lacan (1949/1998) refere, a partir da observação do comportamento jubilatório da criança (entre seis e dezoito meses de idade) ao se deparar com sua imagem refletida, que ela se reconhece e se interessa por essa imagem, apontando desde o início para existência de um dinamismo libidinal que seria intrínseco ao humano e marcando um momento de autenticação e de reconhecimento dessa imagem como a de um sujeito.

Essa experiência da criança diante do espelho pode ser dividida em três tempos. O primeiro tempo refere-se a uma confusão da criança entre si e o outro, de forma que a criança parece perceber a imagem de seu corpo como a de outro ser, do qual tenta aproximar-se, donde podemos constatar uma fase de “assujeitamento” da criança ao registro do imaginário. O segundo tempo constitui uma etapa decisiva no processo identificatório; refere-se ao momento em que a criança percebe que não se trata de um outro real, mas sim de uma imagem, passando a distinguir a imagem do outro do outro. O terceiro tempo marca o momento em que a criança entende que aquela imagem refletida no espelho trata-se de sua própria imagem, o que possibilita que ela integre seu corpo, até então sentido como esfacelado em uma totalidade, e conquiste sua identidade (LACAN, 1949/1998; DOR, 1989). Assim, a identificação da criança com essa imagem “irá promover a estruturação do ‘Eu’, terminando com essa vivência psíquica singular designada como *fantasma do corpo esfacelado*” (DOR, 1989, p. 79). Desse modo,

basta compreender o estágio do espelho como uma *identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem – cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*. A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1949/1998, p. 97).

Entretanto, a relação da criança com sua imagem especular, fundamental para formação do eu, não é direta – como Freud já havia apontado –, dependendo da presença de um semelhante, que desempenharia o papel de espectador da cena e cúmplice da alegria da criança frente ao seu reflexo no espelho e teria a função de viabilizar que esse processo ocorra, possibilitando a entrada da criança no registro do simbólico.

É a partir do investimento da mãe e do olhar que esta direciona à imagem do filho – olhar esse carregado de significações e expectativas – que se antecipa o sujeito que está por se constituir. Isso porque a imagem com a qual a criança se fascina ao olhar no espelho e, por conseguinte, se identifica, é, primeiramente, entendida como a imagem do outro. A mãe é quem assegura que a imagem refletida é a do *infans*, a imagem de um outro ser humano. Assim, em uma espécie de “suposição de sujeito”, o bebê se identifica e assume essa imagem antecipada pela mãe.

Através da identificação com a imagem desse semelhante e da percepção de sua própria imagem no espelho, a criança consegue dar contorno ao seu corpo, sentido até então como despedaçado e indiferenciado do mundo externo, antecipando psiquicamente sua constituição orgânica⁸² enquanto unidade corporal (LACAN, 1949/1998; LACAN, 1954/2009). Nesse sentido, o sujeito é capturado primeiramente pela imago materna e depois por sua própria imagem refletida no espelho. Lacan coloca que:

o processo da sua maturação fisiológica permite ao sujeito, num dado momento da sua história, integrar efetivamente suas funções motoras, e aceder a um domínio real do seu corpo. Só que, é antes desse momento, embora de maneira correlativa, que o sujeito toma consciência de seu corpo como totalidade. É sobre isto que insisto na minha teoria do estágio do espelho – a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, prematuro em relação ao domínio real. [...] O sujeito antecipa-se ao acabamento do domínio psicológico, e essa antecipação dará seu estilo a todo exercício posterior do domínio motor efetivo. É a aventura original através da qual, pela primeira vez, o homem passa

⁸² Lacan refere que nessa idade a criança apresenta uma constituição orgânica ainda precária devido a “prematuridade do humano” e seu decorrente desamparo. Esse termo foi formulado por Lacan em 1949/1998 para referir-se ao fato do ser humano não nascer neurologicamente pronto, de forma que seu desenvolvimento neurológico apenas se completa após muito tempo de seu nascimento.

pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe corpo outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano, que estrutura toda a sua vida de fantasia. E é aí que a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite situar o que é e o que não é do eu (1953 – 1954/2009, p. 109).

Logo, o estádio do espelho “não é simplesmente um momento do desenvolvimento; tem também uma função exemplar, porque revela certas relações do sujeito à sua imagem, enquanto *Urbild* do eu” (LACAN, 1954/2009, p. 103), sendo um momento lógico da estruturação do sujeito. Dessa forma, o *estádio do espelho* pode ser entendido como

um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental (LACAN, 1949/1998, p. 100).

Essa experiência, que se antecipa à função da linguagem⁸³ e emerge como fonte de integração da unidade corporal, decorre, então, em um efeito formador/estruturante, que se apresenta sob a formação de um eu, reconhecido, primeiramente, na forma de um corpo, o que remete à definição de Freud de que “o eu é sobretudo corporal” (1923/2011, p. 32). Desse modo, por intermédio do esquema do estádio do espelho, Lacan formaliza o corpo erógeno freudiano, um corpo que não se reduz ao orgânico, um corpo próprio concebido a partir do eu (LACAN, 1949/1998; LACAN, 1954/2009; LACAN, 1954/2010).

Por meio do conceito de estádio do espelho e da elaboração do registro do imaginário, Lacan estabelece uma relação essencial entre o eu e o corpo na constituição do sujeito, em que o eu é concebido a partir do outro e mistura-se com este (LACAN, 1949/1998; LACAN, 1954/2009; LACAN, 1954/2010). Como pontua Lacan no Seminário 2, o “[eu] é um outro” (p. 17). Assim, “o eu, em seu aspecto mais essencial, é uma função imaginária” (LACAN, 1954/2010, p. 56).

Considerando essa antecipação do sujeito em direção à unidade corporal, Lacan alega que “a forma total do corpo pela qual o sujeito antecipa

⁸³ Função fundamental para a constituição do sujeito.

numa miragem a maturação de sua potência só lhe é dada como *Gestalt*, isto é, numa exterioridade em que decerto essa forma é mais constituinte do que constituída” (1949/1998, p. 98). Acrescenta que essa *Gestalt* simboliza “a permanência mental do [eu], ao mesmo tempo que prefigura sua destinação alienante; é também prenhe das correspondências que unem o [eu] à estátua em que o homem se projeta e aos fantasmas que o dominam” (LACAN, 1949/1998, p. 98). Assim,

a imagem especular parece ser o limiar do mundo visível, a nos fiarmos na disposição especular apresentada na alucinação e no sonho pela *imago do corpo próprio*, quer se trate de seus traços individuais, quer de suas faltas de firmeza ou suas projeções objetais, ou ao observarmos o papel do aparelho especular nas aparições do duplo em que se manifestam realidades psíquicas de outro modo heterogêneas (1949/1998, p. 98).

Essa identificação com a imagem do outro, imagem do outro especular, denota a condição alienante na qual o eu se funda; ou seja, o eu se constitui na alienação à imagem de um outro e se inicia em seu próprio desconhecimento. Logo, a função do estádio do espelho de estabelecer a relação do organismo com sua realidade é alterada e termina por não acontecer, dada a prematuração específica do humano. É nesse sentido que Lacan refere que,

toda a dialética que lhes dei a título de exemplo com o nome de *estádio do espelho* está fundamentada sobre a relação entre, de um lado, um certo nível das tendências vivenciadas – digamos, por enquanto, num certo momento da vida – como que desconectadas, discordantes, despedaçadas – e sempre fica alguma coisa -, e por outro lado, uma unidade com a qual ele se confunde e se emparelha. Esta unidade é aquilo em que o sujeito se reconhece pela primeira vez como unidade, porém como unidade alienada, virtual. Ela não participa dos caracteres de inércia do fenômeno de consciência sob sua forma primitiva, pelo contrário, ela tem uma relação vital, ou contravital com o sujeito (LACAN, 1954/2010, p. 73).

Jorge (2005), considerando a teoria de Freud e Lacan, pontua que

o eu é, então, desde sempre, a sede das resistências ao pulsional e ao desejo, e a ilusão de totalidade que ele configura estará a partir daí em constante confronto com a parcialidade da pulsão. Aí reside a alienação fundadora do eu, que, para se

constituir, se vale de uma imagem que, no fundo, não é ele mesmo, mas um outro (p. 45).

Para Lacan, a experiência do estágio do espelho inaugura a relação do sujeito com o outro, donde, por meio do investimento libidinal, se instauram os processos de identificação e de rivalidade. Nesse sentido, o autor refere que o narcisismo coloca em destaque tanto as marcas do processo de identificação quanto um jogo de tensões:

consideramos a relação do narcisismo com a relação imaginária central para a relação inter-humana. O que cristalizou a experiência do analista em torno desta noção? Foi antes de mais nada sua ambiguidade. É, com efeito, uma relação erótica – toda identificação erótica, toda a apreensão do outro pela imagem numa relação de cativação erótica, se faz pela via da relação narcísica – e é também a base de tensão agressiva (LACAN, 1955 – 1956/1988, p. 113).

Essa libido vital, que se constitui a partir da relação com o outro e que leva adiante o desenvolvimento, pode ser entendida como a libido narcísica: uma forma antecipada da síntese do corpo e, ao mesmo tempo, agressiva, no lugar da imagem. Lacan (1948/1998) refere que “a eficácia própria dessa intenção agressiva é manifesta: nós a constatamos frequentemente na ação formadora de um indivíduo sobre as pessoas de sua dependência” (p. 107), e complementa, indicando que “a agressividade intencional corrói, mina, desagrega; ela castra; ela conduz à morte” (p. 107), demarcando seu caráter mortífero. É nesse sentido que Miller (2004) refere que “a demonstração de que Lacan completa o sujeito com este estágio do espelho é uma libido que inclui, ao mesmo tempo, os valores de vida e de morte, cindidos em Freud” (p. 30).

Evidenciando, por meio do estágio do espelho, a natureza dessa relação agressiva e o que ela significa, Lacan demonstra sua repercussão na formação do eu e na relação com o outro, alegando que “se a relação agressiva intervém nesta formação chamada o eu, é que ela a constitui, é que o eu é desde já por si mesmo um outro, que ele instaura numa dualidade interna ao sujeito” (LACAN, 1955 – 1956/1988, p. 114). Nesse sentido, pontua que “O eu é esse

mestre que o sujeito encontra num outro, e que se instaura em sua função de domínio no cerne de si mesmo”. Assim, o sujeito humano é,

constituído de forma que o outro está sempre prestes a retomar seu lugar de domínio em relação à ele, que nele há um eu que sempre é em parte estranho a ele, senhor implantado nele acima do conjunto de suas tendências, de seus comportamentos, de seus instintos, de suas pulsões” (LACAN, 1955 – 1956/1988, p. 114).

Esse senhor estaria tanto no interior quanto no exterior, o que justifica a instabilidade fundamental do equilíbrio puramente imaginário com o outro, deixando clara a existência de conflitos entre as pulsões e o eu.

Afirmando a importância da imagem na constituição psíquica e na passagem ao narcisismo, Lacan reforça aquilo que já se apresentava na obra de Freud, ou seja, que os conceitos de corpo e de eu estão diretamente relacionados em sua vertente imaginária. A diferenciação se dá, no entanto, no decorrer dos estudos de Lacan, na medida em que este os articula também ao registro do simbólico e do real.

A formulação da ideia de uma constituição do sujeito através de um outro, por meio do qual o sujeito é levado a conhecer o mundo, aponta para a questão da alteridade e, conseqüentemente, para o inconsciente. Visando especificar o inconsciente freudiano, Lacan diferencia e introduz a existência do *outro*, enquanto semelhante e da ordem do imaginário, e do *Outro*, enquanto determinação do inconsciente⁸⁴ (LACAN, 1955-1956/1988). A inserção desse conceito de Outro faz com que Lacan passe a articular o estágio do espelho a partir do registro do simbólico, em que a alienação da imagem é substituída pela alienação estrutural ao Outro da cadeia significativa, ou seja, a primeira operação de causação do sujeito.

Diferindo claramente os registros imaginário e simbólico, Lacan refere que o eu está relacionado ao registro imaginário, entendido a partir da imagem

⁸⁴ Lacan (1960-1964/1998) trata do inconsciente como “um conceito forjado no rastro daquilo que opera para constituir o sujeito” (p. 844), alegando que “a presença do inconsciente, por se situar no lugar do Outro, deve ser buscada, em todo discurso, em sua enunciação” (p. 848). Refere-se ao inconsciente como efeito do significante e estruturado como linguagem (LACAN, 1964/2003), considerando a linguagem como causa do sujeito. Nesse sentido, “É na medida em que é estruturado como linguagem que ele é o inconsciente descoberto por Freud” (LACAN, 1966/2001, p. 12).

e da identificação, ao passo que o sujeito, assim denominado por ter sido submetido à linguagem, ao registro do simbólico. Nesse sentido, o estágio do espelho apontaria para um *eu* reflexo de identificações imaginárias e simbólicas, e, como coloca Lacan (1954/2009): “Se se deve definir em que momento o homem se torna humano, digamos que é no momento em que, por menos que seja, entra na relação simbólica” (p. 207).

A relação simbólica, como já frisei, é eterna. E não simplesmente porque é preciso que haja efetivamente três pessoas – ela é eterna pelo fato de que o símbolo introduz um terceiro elemento de mediação, que situa as duas personagens em presença, os faz passar a um outro plano, e os modifica” (LACAN, 1954/2009, p.207)

A partir dos estudos de Lacan, articula-se também o estágio do espelho ao registro do real, introduzindo no lugar do Outro o olhar enquanto objeto *a*, ou seja, enquanto objeto de causação do desejo.

Nasio refere, nesse sentido, que,

temos, portanto, o corpo da criança, o Eu, corpo fragmentado, em direção à imagem unificadora, as imagens que vão suceder até chegar ao Outro como Outro desejante, o Outro desejante que tem o traço que permite estabelecer identificações simbólicas sobre o termo do Ideal do Eu, e finalmente o Ideal do Eu que regula as relações do eu para com a imagem. Em outros termos, a franja da realidade é a sucessão de identificações imaginárias que vão do Eu à imagem, constantemente o Eu vê a imagem, a imagem transforma o Eu, o Eu transformado dá uma outra imagem e assim, sucessivamente, até chegar à constatação de que a mãe é um outro que deseja (NASIO, 2012, p. 23).

Quinet (1994) define esse olhar apontando que o olhar “é esse objeto que escapa do corpo do Outro materno que observa o sujeito diante do espelho em estado de jubilação” (p. 47).

Desse modo, a criança necessita ser objeto do olhar do Outro e ter um lugar em seu desejo para que, a partir dessa relação e de sua nomeação pelo Outro⁸⁵, esta possa se inserir no registro do simbólico, ainda que de forma

⁸⁵ Lacan entende que, ao nascer, a criança e suas sensações são puro biológico, não havendo ainda um psiquismo – que se formaria a partir da relação com outro ser humano. Dessa forma, a mãe ou seu representante seria responsável por nomear as sensações para o

alienada, uma vez que está constituída a partir do desejo do Outro. A entrada da criança no registro do simbólico⁸⁶ se apresentaria, então, como uma saída para esta alienação, possibilitando o advento do sujeito e a emergência de seu desejo, que estaria atrelado ao gozo.

A partir desse processo, a criança passa a investir em si mesma, identificando-se e reconhecendo-se, e estabelecendo uma relação de amor consigo. Desse narcisismo surge o desejo de ser objeto de amor também do outro. Lacan (1954/2009) refere que,

o desejo é apreendido inicialmente no outro, e da maneira mais confusa. A relatividade do desejo humano em relação ao desejo do outro, nós a conhecemos em toda reação em que há rivalidade, concorrência, e até em todo o desenvolvimento da civilização [...]. O sujeito localiza e reconhece originalmente o desejo por intermédio não só da sua própria imagem, mas também do corpo do seu semelhante. É exatamente aí, nesse momento, que se isola, no ser humano, a consciência enquanto consciência de si. É na medida em que é no corpo do outro que ele reconhece o seu desejo que a troca se faz. É na medida em que o seu desejo passou para o outro lado, que ele assimila o corpo do outro e se reconhece como corpo (p. 196).

Cabe dizer, entretanto, que,

o desejo do Outro – este genitivo é ao mesmo tempo subjetivo e objetivo. Desejo no lugar onde está o Outro, desejo para poder estar nesse lugar – e desejo de alguma forma alteridade. Para satisfazer à busca do objetivo, ou seja, do que desejo esse outro que nos vem ao encontro, é preciso que nos prestemos, ali, à função do subjetivo, que de alguma maneira possamos, durante algum tempo, representar, [...] o significante” (LACAN, 1961/2010, p. 333).

bebê, que, a partir dessa nomeação, daria uma significação, demarcando o surgimento do psiquismo. A título de exemplo, tomemos o choro do bebê. A princípio, o choro não significa nada, apenas uma manifestação de desconforto com algo. A mãe é quem nomeará a sensação, por exemplo, de fome, e tentará acalotá-lo com a alimentação. O bebê, ao receber o alimento, terá a sensação de prazer e parará de chorar. É a partir disso que ele poderá ressignificar essa sensação, utilizando o recurso do choro novamente para pedir algo. Podemos dizer que a relação entre mãe e bebê é puramente imaginária nesse momento, pois é a mãe quem projeta e supõe o que o bebê quer, uma vez que já possui o registro do simbólico e do imaginário.

⁸⁶ Vale dizer que o campo do imaginário e do simbólico estão presentes desde o início na vida da criança, sendo que este campo pré-existe ao sujeito. Embora a criança se insira no registro do simbólico após sua inserção no imaginário, o simbólico está presente desde sua concepção ou até mesmo antes, uma vez que a criança é falada pelos outros, ou seja, é simbolizada pelos outros por meio de seus discursos (GARCIA-ROZA, 1988).

Nesse sentido, o desejo é sempre desejo do Outro (LACAN, 1970/1992); “o desejo é desejo de desejo, desejo do Outro, como dissemos, ou seja, submetido à Lei” (LACAN, 1964/1998, p. 866). Assim, o desejo não pode se situar se não pela alienação fundamental, que, como coloca Lacan (1961/2010) “não está simplesmente ligada à luta do homem com o homem, mas à relação com a linguagem” (p. 333).

Lacan (1970/1992) refere que “o lugar que figura sob o desejo é o da verdade. Sob o Outro, é aquele onde se produz a perda, a perda de gozo da qual extraímos a função do mais-de-gozar” (p. 97). Segundo o autor, “a relação com o gozo se acentua subitamente por essa função ainda virtual que se chama a função do desejo” (LACAN, 1969/1992), de forma que o mais-de-gozar está justamente relacionado ao objeto perdido, ao objeto *a*. Lacan entende que o desejo, na origem, ou seja, antes da linguagem, “só existe no plano da relação imaginária do estado especular, projetado, alienado no outro. A tensão que ele provoca é então desprovida de saída. Quer dizer, não tem outra saída [...], senão a destruição do outro” (LACAN, 1954/2009, p. 225). Assim,

o desejo do sujeito só pode, nessa relação, se confirmar através de uma concorrência, de uma rivalidade absoluta com o outro, enquanto o objeto para o qual tende. E cada vez que nos aproximamos, num sujeito, dessa alienação primordial, se engendra a mais radical agressividade – o desejo do desaparecimento do outro enquanto suporte do desejo do sujeito (LACAN, 1954/2009, p.225).

Esse processo de constituição do eu e ascensão ao registro do simbólico, que se daria a partir da relação com a mãe ou seu substituto, entretanto, nunca é apenas entre dois indivíduos; há um outro elemento determinante, a metáfora do simbólico (que aparece na teoria freudiana como a metáfora da castração e do complexo de Édipo), que é o *falo*, a função paterna, formando a tríade “criança-mãe-falo” (LACAN, 1957/1995; LACAN, 1958/1998; LACAN, 1970/1992).

A teoria nos mostra que, inicialmente, a criança se identifica enquanto objeto de desejo do outro e passa a responder a essa relação “imaginária” de amor; trata-se de uma vivência identificatória primordial, na qual “a criança é

radicalmente identificada com o único objeto de desejo da mãe, o objeto de desejo do *Outro*, o seu *falo*” (DOR, 1994, p. 27). É necessário, entretanto, que essa identificação seja interceptada por um terceiro, que se mostraria, então, enquanto o *falo*.

O *falo* representaria, assim, um significante, aquilo que causa e divide o desejo da mãe, podendo referir-se a qualquer objeto de desejo e não necessariamente ao pênis⁸⁷ – como colocado em dado momento da teoria freudiana (LACAN, 1958/1998; DOR, 1994; NASIO, 1997). Em outras palavras, trata-se de uma operação que introduz um terceiro em uma relação dual, desestabilizando-a e fazendo surgir, onde antes havia a completude e um objeto, a falta e o desejo. Dessa forma, o gozo contínuo e sem limites (vivenciado na fase de vida mais inicial do bebê) é barrado, dando espaço à incompletude e, conseqüentemente, ao desejo – essencial para que o sujeito surja enquanto tal, e, nesse sentido, como pontua Dor (1994), “trata-se da referência única que permite ao sujeito regular seu desejo com referência ao desejo de um outro” (p. 26).

Esse *falo* também pode ser apresentado enquanto a figura do pai, cuja função, antes de mais nada, é interditar a mãe, é representar a proibição do incesto. Citando Lacan (1958/1999), “esse é o fundamento, o princípio do complexo de Édipo, é aí que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto” (p. 174), e “é por toda a sua presença, por seus efeitos no inconsciente, que ele [o pai] realiza a interdição da mãe” (p. 174 e 175). Em outras palavras, o pai (ou o *falo* – em seu sentido mais amplo, enquanto aquilo que exerce uma função) é aquele que será responsável por interditar o gozo, possibilitando a criança possa realizar um arranjo simbólico a partir do que fica dessa fase. Desse modo, a partir da proibição e de seu reconhecimento pela criança, o gozo perde seu espaço e surge o desejo. Nesse sentido, a figura paterna não se relacionaria necessariamente à presença paterna, mas enquanto uma instância mediadora do desejo (DOR, 1994).

⁸⁷ Lacan, considerando a teoria proposta por Freud sobre o complexo de Édipo e a castração, demonstra que qualquer objeto de desejo da mãe (ou seu substituto) pode realizar a função de interdição na relação de amor entre a mãe e a criança, sendo então o objeto de inveja e rivalidade da criança. Nesse sentido, o *falo* não se restringiria ao pênis, sendo este apenas um dos possíveis representantes do *falo*.

Segundo Dor (1994), a relação que o sujeito assumiria com o *falo* seria responsável por sua adesão à conjunção do desejo e da falta. Nesse sentido,

isto implicaria retomar em detalhe toda a dinâmica edipiana, que se joga, como sabem, na *dialética do ser e do ter*, ou seja, esse momento que leva o sujeito, de uma posição em que está *identificado com o falo da mãe*, a uma outra posição onde, renunciando a esta identificação, aceitando, então, a *castração simbólica*, ele tende a se identificar, seja com o sujeito *suposto não tê-lo*, seja, pelo contrário, com aquele *suposto tê-lo* (p. 25).

Assim, como coloca Miller (2004) “o corpo não avulta do ser, mas do ter” (p. 13). É isso o que dá estatuto ao corpo falante.

Lacan (1957/1995; 1958/1999) pontua que o complexo de Édipo, tal como concebido por Freud, não é apenas uma tragédia, mas a base de nossa relação com a cultura. O processo inicial que possibilita que a relação dual da criança com a mãe (ou seu representante) se quebre e o sujeito possa aceder e direcionar-se para outros objetos, para o mundo. É por meio desse processo que a criança, interditada em sua relação com mãe e inicialmente rivalizada com o pai, consegue recalcar o seu desejo e identificar-se com seu “inimigo” – daí a relevância do Édipo invertido para saída desse conflito:

esse Édipo invertido nunca está ausente da função do Édipo, isto é, não se pode aludir dele o componente do amor pelo pai. É ele que proporciona o término do complexo de Édipo, seu declínio, numa dialética, que se mantém muito ambígua, do amor e da identificação, da identificação como enraizada no amor. Identificação e amor não são a mesma coisa – podemos identificar-nos com alguém sem amá-lo, e vice-versa, mas, ainda assim, os dois termos são estritamente ligados e absolutamente indissociáveis. [...]. É na medida em que o pai é amado que o sujeito se identifica com ele, e que encontra a solução terminal do Édipo numa composição do recalque amnésico com a aquisição, nele mesmo, do termo ideal graças ao qual ele se transforma no pai (LACAN, 1958/1999, p. 176)

Lacan (1958/1999) ainda refere que “é na medida em que o pai se torna um objeto preferível à mãe, seja por que vertente for, pelo lado da força ou pelo da fraqueza, que pode estabelecer-se a identificação final” (p. 179). Assim, “no momento da saída normatizadora do Édipo, a criança reconhece não ter – não ter realmente aquilo que tem, no caso do menino, e aquilo que não tem, no

caso da menina” (p. 179), ou seja, assume sua castração⁸⁸.

Segundo Dor (1994),

a passagem do *ser* ao *ter* não pode se produzir se não na medida em que o pai aparece para a criança como tendo aquilo que a mãe deseja. Mais exatamente, como sendo suposto ter o que a mãe é suposta desejar junto a ele. Esta atribuição fálica do pai é justamente o que o institui como *pai simbólico*, ou seja, o pai enquanto representando da Lei para a criança, portanto o pai enquanto mediação estruturante do interdito do incesto (p. 41).

Apontando que o pai do complexo de Édipo é um pai simbólico, ou seja, uma metáfora, Lacan afirma que “o pai é um significante que substitui outro significante” (1958/1999, p.180). Mais precisamente, “a função do pai do complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno” (p. 180), ou seja, o pai surge no lugar da (ausência) da mãe, que, por sua vez, está ligada a outra coisa, deseja algo além da criança, tem seu desejo bifurcado. Desse modo,

é a mãe que vai e vem. É por eu ser um serzinho já tomado pelo simbólico, e por haver aprendido a simbolizar, que podem dizer que ela vai e que ela vem. Em outras palavras, eu a sinto ou não sinto, o mundo varia com sua chegada e pode desaparecer. A pergunta é: qual o significado? O que quer essa mulher aí? Eu bem que gostaria que fosse a mim que ela quer, mas está muito claro que não é só a mim que ela quer. Há outra coisa que ela quer (LACAN, 1958/1999, p. 180-181).

Podemos dizer que o que é estruturante para criança “é que ela possa fantasmear um pai, isto é, elaborar a figura de um pai imaginário, a partir da qual ela investirá, ulteriormente, a dimensão de um pai simbólico” (DOR, 1994, p. 29).

É nesse sentido que a metáfora paterna também pode ser entendida

⁸⁸ Lacan (1956/1995), tratando sobre a dialética da frustração, marco da castração, coloca que “a castração está essencialmente ligada a uma ordem simbólica instituída, que comporta toda uma longa coerência, da qual em caso algum o sujeito poderia ser isolado” (p. 61). A castração estaria, então, ligada à ordem simbólica e, como mostrou Freud, “à posição central atribuída ao complexo de Édipo, como o elemento de articulação essencial de toda a evolução da sexualidade” (p. 61). O complexo de Édipo comportaria, nesse sentido, a noção da lei. A castração significa, portanto, que é preciso que o gozo seja recusado para que possa ser, então, atingido na escala invertida da Lei do desejo (LACAN, 1998).

enquanto uma função simbólica que “desde o limiar dos tempos históricos, identifica sua pessoa com a imagem da lei” (LACAN, 1953/1998, p. 279). Assim, a solução para o complexo de Édipo estaria atrelada à capacidade da criança de reconhecer “um pai”, algo que limita/barra sua relação com a mãe. Nesse sentido, Lacan (1970/1992) alega que “O pai real, se é cabível tentar restituí-lo a partir da articulação de Freud, articula-se propriamente com o que só concerne ao pai imaginário, a saber, a interdição do gozo” (p. 144), ou seja, “o pai real nada mais é do que um efeito da linguagem” (p. 134). Assim, Lacan destaca a importância da linguagem e da fala (já apontadas em Freud), mas, mais do que isso, atenta para a “importância do significante na economia do desejo, digamos, na formação e na informação do significado (LACAN, 1958/1999, p. 150).

Podemos dizer que o epicentro da constituição psíquica se situa em torno da função paterna, no campo da cena edípica, que é o momento da castração simbólica e do nascimento do desejo (LACAN, 1957/1995; LACAN, 1958/1999; NASIO, 1997; LACAN, 2005; DOR, 2011). No seminário 5, por exemplo, Lacan trata da importância do Nome-do-Pai no processo de constituição subjetiva/estruturação psíquica, ressaltando que:

é esse o Nome-do-Pai, e, como veem, ele é, no interior do Outro, um significante essencial, em torno do qual procurei centrá-los no que acontece na psicose – a saber, que o sujeito tem de suprir a falta desse significante que é o Nome-do-Pai” (p. 153).

A metáfora do Nome-do-Pai, centrada nos momentos particulares da dinâmica edipiana, seria então um momento determinante para o sujeito, uma vez que “as apostas do desejo mobilizadas pela relação com o falo mostram-se particularmente favoráveis à cristalização das organizações estruturais” (DOR, 1994, p.25). Assim, a organização das estruturas perversas, obsessivas, histéricas e psicóticas dependeriam das interferências dos desejos recíprocos da mãe, da criança e do pai em relação ao objeto fálico.

Em termos lacanianos, o caminho para se chegar a uma estrutura vai depender justamente dos acidentes de incorporação significante que condizem

à operação do Nome-do-Pai⁸⁹ (LACAN, 1958/1999; LACAN, 2005), e que está diretamente ligado ao campo do simbólico. As formas de inscrição do ser humano no registro do simbólico e no campo do social seriam, então, o ponto fundamental na constituição das estruturas psíquicas.

Moretto aponta que,

é fundamental entender também que essa formulação teórica sobre a constituição do corpo na subjetividade humana obedece à lógica da incorporação significativa, que corresponde à operação da Metáfora Paterna, o que Freud chamou de castração simbólica, elemento organizador das estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão (2006, p. 117).

A estrutura neurótica, correspondente ao recalçamento – donde localizam-se a histeria e a neurose obsessiva –, se daria, então, a partir da entrada no simbólico, da introjeção do Nome-do-Pai como elemento ordenador, propiciando a amarração dos três registros articulados (Real, Simbólico e Imaginário). A incidência do Nome-do-Pai leva à instalação da significação fálica (Falo) e produz uma subtração no nível do gozo e das pulsões, de forma que a introjeção do Nome-do-Pai (castração) faz com que a criança entenda e compactue que há uma lei, direcionando-se ao mundo. Os produtos dessa operação se apresentam enquanto o fantasma e o sintoma (LACAN, 1958/1999; LACAN, 1975-1976/2008).

É nesse sentido que Lacan (1958/1999) pontua que “a maneira como a neurose encarna a ameaça de castração está ligada à agressão imaginária. É uma retaliação” (p. 175), mas uma retaliação, no entanto, que permite que a criança direcione seu investimento para outros objetos. Assim, “a neurose é inseparável, aos nossos olhos, de uma fuga diante do desejo do pai, o qual o sujeito substitui por sua demanda” (LACAN, 2005, p. 76). Podemos dizer que, nesse caso, o significante da castração é simbolizado; o sujeito aceita a obrigatoriedade da castração, de bom ou mau grado, e se submete a ela, desenvolvendo uma nostalgia sintomática diante da perda sofrida (DOR, 1994).

⁸⁹ É possível observar essa marca da diferenciação, por exemplo, nos fenômenos psicossomáticos, na relação do perverso com o corpo máquina/instrumento e nos fenômenos psicóticos, em que há uma tentativa de incorporação que não se efetua (MORETTO, 2006).

A partir daí, o sujeito passa a ser desejante; seu desejo é direcionado a outros objetos, nos quais busca reencontrar-se com o *objeto a*, com um gozo que se assemelhe àquele perdido.

A estrutura psicótica, correspondente à forclusão, se daria na ausência do Simbólico, ou seja, não há linguagem, entendida como uma alteridade; podemos dizer que o psicótico permaneceu fixado na relação imaginária com a mãe, não introduzindo o Outro na relação. Trata-se da forclusão do Nome-do-Pai, que leva à ausência da significação fálica. Nesse sentido, essa forclusão deixa uma lacuna no simbólico, que leva a um buraco no imaginário, emergindo os fenômenos elementares enquanto tentativa de restituição da realidade (LACAN, 1955-1956/1988; LACAN, 1975-1976/2008). Diante dessa conjuntura, o sujeito fica propenso ao desencadeamento da psicose quando alguma situação exige deste um posicionamento simbólico no campo do Outro (LACAN, 1976-1976/2008).

Essa ausência do Nome-do-Pai representaria, então, uma condição determinante, que deixaria a criança à mercê de um gozo (gozo da mãe) ininterrupto e catastrófico. Nesse sentido, Lacan (1970/1992) refere que “o papel da mãe é o desejo da mãe” (p.118) e “O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente” (p.118), de modo que “carreia sempre em estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que pode lhe dar na telha, de estalo fechar sua bocarra” (p. 118). Vale observar, entretanto, que tanto na neurose quanto na psicose temos um ponto de amarração do sujeito. Na neurose essa amarração é realizada pelo significante e pelo Nome-do-Pai, pelas designações do objeto *a* e do gozo, como já apresentado, ao passo que na psicose ela pode ser feita por algo diferente e mais complexo, aquilo que Lacan representou pelos nós borromeanos e pelo sinthoma.

Já a perversão, correspondente à denegação, seria marcada por um desfecho diferente para o complexo de Édipo frente à angústia de castração e à mobilização dos processos defensivos. Nela haveria a presença dos três registros, porém o simbólico não se inscreveria de fato: haveria uma denegação da realidade, em que o significante da castração não é simbolizado. Lacan (1957/1995) diz se tratar de “uma pulsão não elaborada pelo mecanismo edipiano e neurótico, uma pura e simples sobrevivência, a persistência de uma

pulsão parcial irreduzível” (p. 122). O autor aponta que na perversão há a “erotização da defesa” (p. 115), que surge como uma defesa contra a angústia de ser destruído pelo desejo insaciável da mãe a partir do momento em que a criança se coloca para ela enquanto objeto fálico para preencher a falta do Outro. Nesse sentido, a mãe do perverso se apresentaria enquanto uma mãe fálica, insaciável (LACAN, 1957/1995). Dor (1994) refere que o ponto central da perversão estaria em torno de uma falta não simbolizável. Essa falta não simbolizável seria justamente o que aliena o perverso em uma dimensão de inesgotável contestação psíquica, operada através da mobilização da denegação e da negação da castração da mãe. Daí se originaria “a ambiguidade investida psiquicamente pela criança entre uma mãe sedutora que encoraja a criança a fazê-la gozar, e uma mãe ameaçadora e proibidora que se faz “cafetina” da palavra simbólica do pai” (DOR, 1994, p. 53). Essa dualidade da mãe, na qual a criança se vê presa, tem, então, como consequência, o fato da criança alimentar o fantasma da mãe todo-poderosa, a mãe fálica” (DOR, 1994).

Dor (1994), considerando o mecanismo da perversão, coloca que,

na medida em que a lei do pai é denegada como lei mediadora do desejo, a dinâmica desejante fixa-se de uma maneira arcaica. Confrontada com o fato de dever renunciar ao objeto primordial de seu desejo, a criança prefere renunciar ao desejo como tal, isto é, ao novo modo de elaboração psíquica que é exigido pela castração. Tudo se passa então como se a angústia de castração, que estimula a criança a não renunciar ao objeto de seu desejo, a imobilizasse aqui, num processo de defesa que a torna precocemente refratária ao trabalho psíquico que ela deve produzir para compreender que é, precisamente, a renúncia ao objeto primordial do desejo que salvaguarda a possibilidade do desejo, dando-lhe um novo estatuto. É, com efeito, o novo estatuto induzido pela função paterna que institui um *direito ao desejo*, como desejo do desejo do outro. Em razão de sua economia psíquica particular, o perverso encontra-se subtraído a este “direito ao desejo”, e permanece imperativamente fixado em uma gestão cega na qual não cessará de procurar demonstrar que a *única lei do desejo é a sua* e não a do outro (p. 42).

Nesse sentido, o perverso reconheceria, de certa maneira, o desejo da mãe pelo pai e a diferenciação entre os sexos, mas recusaria suas implicações. Em outras palavras, a Lei estaria lá, mas no sentido de um desafio, para ser

transgredida. Assim, o sujeito só aceitaria a incidência da castração sob a reserva de continuamente transgredi-la (DOR, 1994).

O momento de conclusão do estágio do espelho inaugura, tanto pela identificação com a *imago* do semelhante quanto pelo drama do ciúme primordial, a dialética que possibilita o eu ligar-se a situações socialmente elaboradas (LACAN, 1949/1998). Como pontua Lacan,

é esse momento que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela concorrência de outrem, e que faz do [eu] esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural – passando desde então a própria normalização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tão como se vê, no que tange ao objeto sexual, no complexo de Édipo (p. 101 – 102).

Assim, para a psicanálise, o processo de constituição da subjetividade envolve um longo e complexo processo, em que cada sujeito tem que encontrar uma saída para a condição de ser-faltante e para o desafio de saber lidar com o campo da pulsão (Real) e com o campo do Outro (Simbólico). Em outras palavras, trata-se de encontrar a melhor solução para administrar as exigências pulsionais (ou melhor, exigências de gozo) e do desejo e a necessidade de ocupar um lugar no mundo, submetendo-se então às possibilidades e exigências da cultura em sua costura no laço social.

Lacan refere que “existe um desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja, algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos e que há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência” (LACAN, 1966/2001, p. 12). Nesse sentido,

o desejo é de alguma forma o ponto de compromisso, a escala da dimensão do gozo na medida em que de certo modo este desejo permite levar mais longe o nível da barreira do prazer. Este é, no entanto, um ponto fantasmático, ou seja, ali intervém o registro da dimensão imaginária que faz com o desejo seja suspenso a alguma coisa da qual não é de sua natureza verdadeiramente exigir realização (LACAN, 1966/2001, p. 12 e 13).

Tomando o prazer como uma barreira ao gozo, na medida em que ele é a excitação mínima que faz desaparecer a tensão, Lacan (1966/2001) chama de gozo aquilo que “no sentido em que o corpo experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza” (p. 12), e acrescenta: “Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada” (p. 12).

Considerando o lugar do Outro, Lacan alega que este faz referência a tudo aquilo que é do sujeito; “é o campo em que se localizam os excessos de linguagem dos quais o sujeito porta uma marca que escapa ao seu próprio domínio” (1966/2001, p. 12), e é também nesse campo que se faz a junção com aquilo que Lacan chamou de “pólo do gozo” (1966/2001, p. 12).

Assim, na perspectiva do Imaginário, como já apresentado, o corpo é pensando a partir da incidência do outro na constituição da imagem do corpo próprio, marcando a constituição subjetiva e a imagem assumida pelo sujeito, o corpo enquanto unidade/Um⁹⁰ (LACAN, 1949/1998). Do ponto de vista do Simbólico, o corpo é entendido a partir da relação entre fala, linguagem e corpo, apontando para um corpo no qual suas partes podem ir além de sua função orgânica, advindo como significantes, ou seja, um corpo marcado pelo significante e pela linguagem, denotando um “corpo falante”⁹¹ (LACAN, 1953/1998, LACAN, 2005, NASIO, 1993) e, do ponto de vista do Real, o corpo é compreendido como sinônimo de gozo, como uma energia pura (NASIO, 1993), e é nesse sentido que Lacan reforça, no seminário 20, que não sabemos o que é ser vivo a não ser pelo fato de que se trata de um corpo, de algo que goza, inclusive, que goza a partir do corpo do Outro (1972-1973/2008).

⁹⁰ O corpo enquanto ‘Um’ a partir do significante, nesse sentido, diferencia-se do corpo a partir da natureza.

⁹¹ Nasio (1993) utiliza o termo *corpo falante*, considerando o corpo a partir da linguagem, tomado como um conjunto de elementos significantes. Nesse sentido, refere que “O corpo falante pode ser, por exemplo, um rosto, na medida em que um rosto se compõe de linhas, expressões e traços diferenciados e ligados entre si. [...] o adjetivo falante não significa que o corpo fale conosco, mas que ele é significante, ou seja, que comporta significantes que falam entre si. Um rosto, em toda sua complexidade de elementos distintos, é algo diferente de uma expressão sugestiva. Quando um rosto suscita um sentimento, ele é um corpo-imagem; mas, quando o mesmo rosto desperta um dizer imprevisto, ele é um corpo-significante” (p. 149).

Miller (2004) refere que “quando dizemos “corpo vivo”, descartamos este corpo simbolizado, assim como o corpo-imagem. Nem imaginário, nem simbólico, mas vivo, eis o corpo que é afetado pelo gozo” (p. 18), sendo, como mostra Lacan⁹², o significante a causa do gozo. Miller segue dizendo que “nada cria obstáculo ao fato de situarmos o gozo como uma afetação do corpo” (p. 18).

Nasio (1993) define o corpo psicanalítico a partir da fala e do sexo, concebendo-o como corpo falante, marcado pelo simbólico, corpo imagem e corpo sexual, sendo este reduzido a sua parte gozosa, portanto real, referindo que o corpo é sexual porque “o corpo é todo gozo e porque o gozo é sexual” (p. 148) e “porque a meta ideal que ele aspira é sexual” (p. 148). Pontua, ainda, que “não existe corpo total, que o corpo é sempre uma parte e, mais substancialmente, que ele é o gozo local acumulado nessa parte” (p. 148). Assim, demarca o gozo como “o impulso da energia do inconsciente, quando ela é gerada pelos orifícios erógenos do corpo, quando ela se exprime, seja diretamente, pela ação, seja indiretamente, pela fala e pela fantasia” (p. 148).

Em última instância, precisa o corpo como,

qualquer imagem do corpo que reúna duas características: primeiro, que provenha do exterior, de um outro ser humano ou de qualquer objeto circundante que tenha uma forma que me fale; e segundo, que seja prenhe e se preste a abarcar os focos de meu gozo” (NASIO, 1993, p. 150).

Dessa forma, “o corpo sexual e gozoso permanece sempre velado sob as aparências imaginárias que capto do lado de fora” (NASIO, 1993, p 150 e 151). Como disse Lacan (1966/2001), “Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo” (p. 11), não há gozo sem o corpo; e nada mais quer esse corpo se não continuar a gozar ainda que não saiba o motivo para isto (LACAN, 1972-1973/2008).

Assim, o corpo é marcado pela presença do Outro, pelo significante e pelo gozo; não há corpo sem o Outro – o corpo é o efeito da entrada do sujeito no simbólico. A partir da incidência do Outro e do processo de identificação, o

⁹² Lacan (1972-1973/2008) refere que “O significante é a causa do gozo. Sem o significante, como mesmo abordar aquela parte do corpo? Como, sem o significante, centrar esse algo que, do gozo, é a causa material? Por mais desmanchado, por mais confuso que isto seja, é uma parte que, do corpo, é significada nesse depósito” (p. 30).

ser humano torna-se sujeito humano (LACAN, 1949/1998). Acrescenta-se, com Quinet (2004), que “o corpo entra na linguagem sofrendo os efeitos dos ditos daqueles que representam o Outro para o sujeito” (p. 62) e, assim, ao ser incorporado pela linguagem, as marcas do significante são impressas no corpo. É desse modo, e considerando a construção do corpo, que nos fica a pergunta: quais as marcas significantes que podem ser pensadas no corpo do obeso?

Nasio (2009) refere que,

diferentemente do corpo imaginário que é sempre global, o corpo significante é sempre parcial, sempre fragmentário, encarnado às vezes numa enfermidade, muitas vezes num pequeno defeito físico ou em qualquer outra característica notável capaz de infletir o curso de uma vida [...]. Todas essas particularidades físicas tornam-se significantes quando são tão intensamente representativas do sujeito – a seus olhos e aos olhos dos outros - que condicionam sua realidade afetiva, sexual ou profissional. [...] O corpo significante é a singularidade corporal que determina, direta ou indiretamente, o curso de nossa existência (p. 92-98).

Nasio ainda aponta que o corpo é um símbolo “porque é a representação mais eloquente da vida e, para além, do inconsciente” (p. 92), considerando “toda manifestação do corpo, em particular a fisionomia, o mais revelador do inconsciente” (p. 92). O autor ainda pontua que “Paralelamente, o corpo, *símbolo* da vida e do inconsciente, é também, na qualidade de inspirador de um grande número de metáforas, o objeto mais *simbolizado* do mundo” (2009, p. 92).

Diante disso, podemos enunciar que, aquilo que não ganha forma na linguagem falada, amarra o significante na imagem, de forma que as problemáticas vêm, assim, migrando progressivamente para o corpo, donde emergem as patologias corporais. Dessa forma, “O corpo toma a frente da cena, constituindo como fonte de sofrimento, de frustração, de insatisfação, de impedimento à potência fálico-narcísica”, ou seja, “de veículo ou meio de satisfação pulsional, o corpo passa a ser também veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento” (FERNANDES, 2003, p.21), como vemos, por exemplo, em alguns casos de obesidade. É nesse sentido que pensar sobre os destinos do desejo também se torna imprescindível, uma vez que esses destinos nos permitem captar o que se passa nas subjetividades, e, com

isso, “nos aproximar do que há de sofrente nas *novas formas de subjetivação* da atualidade, circunscrevendo então o campo do mal-estar contemporâneo” (BIRMAN, 2014b, p. 16).

Contudo, é importante lembrar que esse corpo, apresentado pela psicanálise, constitui-se e existe também mediante o social, de forma que para se compreender os altos índices de obesidade e seus possíveis significados para o sujeito, é preciso empreender uma reflexão ampla, considerando inclusive o sujeito no contexto contemporâneo.

PARTE III

III.1. O sujeito no contemporâneo e as manifestações psíquicas

O homem contemporâneo cultiva uma certa ideia de si próprio que se situa num nível meio ingênuo, meio elaborado. A crença de que ele tem de ser constituído assim e assado participa de um certo *medium* de noções difusas, culturalmente admitidas. Ele pode imaginar que ela é oriunda de uma propensão natural, quando, no entanto, no atual estado da civilização ela lhe é ensinada, de fato, por todos os lados (LACAN, 1954/2010, p. 12).

Se pensar a contemporaneidade e as características emblemáticas do cenário em que vivemos se torna a cada dia tema de maior relevância diante de um mundo onde a condição atual parece delatar, sem melindres, as consequências (em parte caóticas) das transformações⁹³ que ocorreram entre a modernidade e a pós-modernidade⁹⁴, pensar o sujeito nesse contexto se torna ainda mais urgente e tem provocado, da perspectiva psicanalítica, uma discussão clínico-conceitual da maior pertinência, principalmente se

⁹³ A passagem da modernidade para pós-modernidade (que também pode ser compreendida como hipermodernidade) implica em uma série de transformações políticas, sociais, econômicas, intelectuais e individuais. A modernidade, resultado do projeto iluminista, visou à emancipação da humanidade através de um conjunto de valores baseados no racionalismo, na liberdade, no universalismo, na igualdade e no individualismo, donde a razão e a ciência substituíram a religião e o coletivo tornou-se menosprezado. Junto a esse processo, a revolução industrial, o capitalismo e a globalização marcaram as mudanças que ocorriam na sociedade e a conduziam à pós-modernidade. Com o desenvolvimento do capitalismo, surge o sentimento de desejo e a ideia do homem enquanto célula social, portanto, devendo ser respeitado em sua individualidade. A partir da passagem do liberalismo para o neoliberalismo, o olhar utilitarista e mercantil se instaura e o homem passa a centrar-se em seu ganho pessoal, demarcando uma sociedade intimizada, focada em seu auto investimento (SIMMEL, 1973; BAUDELAIRE, 1996; HANSEN, 2000; MANCEBO, 2002). As consequências desse processo deixam suas marcas mais explícitas na pós-modernidade, que é reconhecida como era de consumo exacerbado, da imagem, da sociedade do espetáculo, do vazio, da apatia, do declínio das autoridades e do individualismo narcísico (LIPOVETZKY, 1983/1994; HARVEY, 1992; BAUDRILLARD, 1995; LIPOVETZKY, 2004; LYOTARD, 2008). Birman (2014a), por exemplo, refere como uma das consequências desse processo o desamparo e o consumismo, que permeiam as relações interpessoais. Entretanto, essas repercussões podem ser observadas em uma série de patologias que marcam sua presença na contemporaneidade.

⁹⁴ Vale dizer que o conceito de pós-modernidade não está posto como verdade. Há diversas concepções sobre o momento atual, sendo que alguns autores referem que ainda estamos vivendo a modernidade, ao passo que outros acreditam se tratar da hipermodernidade. Para todos os fins, tomaremos nesse estudo a concepção de pós-modernidade.

considerarmos que o real impõe ao sujeito respostas simbólicas e imaginárias que se apresentam como sintomas submetidos à conjuntura de cada época.

A cultura, responsável por um importante avanço no processo de evolução do ser-humano, permitiu ao homem a vida em sociedade de forma civilizada, mas trouxe, também, consequências conflitantes para o mesmo, produzindo, inevitavelmente, ao deslocar o homem do registro da natureza para o registro da cultura, um mal-estar no psiquismo. Em *O Mal-Estar na Civilização* (1930/2010), Freud nos alertava para a importância da cultura e das estruturas sociais como originárias de mal-estar e sofrimento, assim como reguladoras da subjetividade humana e do desenvolvimento psíquico.

Na cultura, o sujeito encontra elementos que legitimam suas formas de expressão e que se engendram com o biológico e com as exigências pulsionais; assim, o homem se depara com o conflito de viver em civilização e administrar suas pulsões, o que culmina com a renúncia da satisfação de parte de seus desejos (FREUD, 1930/2010).

Como já apresentado, Freud (1915/2010; 1920/2010) refere que a pulsão é uma força constante que surge no próprio organismo, ou seja, uma força endógena que objetiva sempre a satisfação. Essa satisfação somente pode ser alcançada pela supressão do estado de estimulação, o que levaria à descarga da pulsão. Trata-se de uma força presente em todo organismo vivo e da qual o indivíduo invariavelmente não pode escapar, porém pode administrar, e, inclusive, renunciar, por meio dos mecanismos instaurados com a cultura. É diante dessa renúncia pulsional, do sofrimento que acomete o sujeito em sua existência e da própria condição conflitante de formação do psiquismo (onde, de um lado, há as demandas reguladoras impostas pela civilização, e, de outro, as demandas próprias do sujeito, guiadas por suas pulsões) que surge o mal-estar que assola o homem civilizado.

A civilização, ao restringir o princípio do prazer, impõe o princípio de realidade, de forma que a satisfação pulsional se torna sempre parcial, impossibilitando a felicidade plena. Nesse sentido, podemos dizer que o mal-estar resulta de um desacordo entre a exigência pulsional ilimitada e a satisfação possível (amparada na cultura), e antecede o sintoma – substituto do desejo recalcado, e que funcionará, justamente, como saída desse mal-estar.

Freud (1930/2010) toma como fontes de nosso sofrer a “prepotência da natureza, a fragilidade do nosso corpo e a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 44), sendo a maior fonte de mal-estar a relação com nosso semelhante, com o Estado e a sociedade, ou seja, a própria condição de civilização seria o traumático; daí o paradoxo de que tudo o que nos protege da ameaça de sofrer, ao mesmo tempo, nos gera um mal-estar.

Para lidar com seus conflitos, cada sociedade busca sua própria saída, produzindo formas peculiares de submissão (ou não) às exigências sociais. Por fim, o que se espera é que o homem, condenado a abdicar de sua vontade própria, ou seja, condenado a domesticar parte de suas pulsões em prol de atender às exigências da vida em sociedade e do bem coletivo, encontre um meio de se livrar do sofrimento psíquico (este causado, inclusive, pela própria condição de civilizado, inserido no campo da linguagem, e pelo sentimento de culpa embutido no sujeito desde o Complexo de Édipo), ao mesmo tempo em que trava sua luta em busca da felicidade⁹⁵ (FREUD, 1930/2010). Como disse Freud, “Boa parte da peleja da humanidade se concentra em torno da tarefa de achar um equilíbrio adequado, isto é, que traga felicidade, entre tais exigências individuais e aquelas do grupo, culturais” (1930/2010, p. 58).

É diante desse embate que Freud questiona – ou, melhor dizendo, praticamente nega – a capacidade do homem de atingir a tão almejada felicidade constante, desfrutando apenas de uma satisfação repentina e passageira – pressuposto esse ao qual Lacan, a partir da leitura, interpretação e avanços frente aos textos de Freud, se mostra contrário.

Em *Televisão* (1974/2003), Lacan refere que “O sujeito é feliz” (p. 525) e que a felicidade está em todo lugar, dependendo apenas da posição subjetiva desse para encontrá-la. Nesse sentido, podemos dizer que a felicidade é

⁹⁵ Freud, em seu texto *O mal-estar na civilização*, discorre sobre as pulsões que coordenam o homem e sua adequação ao social e observa que “A sensação de felicidade ao satisfazer um impulso instintual [pulsional] selvagem, não domado pelo Eu, é incomparavelmente mais forte do que a obtida ao saciar um instinto domesticado” (FREUD, 1930/2010, p. 35). Nesse sentido, adiante, acrescenta que “O programa de ser feliz, que nos é imposto pelo princípio do prazer, é irrealizável, mas não nos é permitido – ou melhor, não somos capazes de – abandonar os esforços para de alguma maneira tornar menos distante a sua realização. Nisso há diferentes caminhos que podem ser tomados, seja dando prioridade ao conteúdo positivo da meta, a obtenção de prazer, ou o negativo, evitar o desprazer. Em nenhum desses caminhos podemos alcançar tudo o que desejamos” (FREUD, 1930/2010, p. 40).

interna e está relacionada ao próprio circuito pulsional do sujeito, ou seja, apesar dos problemas, mal-estares e sofrimentos que o sujeito possa ter, ele conta com o circuito pulsional que por si se satisfaz. Essa proposição está relacionada ao fato de que, para o autor, o sujeito goza de todas as formas, inclusive com o sofrimento e a dor (LACAN, 1966/2001).

Lacan, diferentemente de Freud, não situa o mal-estar como resultado da influência da civilização sobre a pulsão, mas como o efeito da linguagem sobre a estrutura, de forma que o mal-estar se apresentaria como resultado do encontro do homem com o significante. Nesse sentido, a linguagem seria o ponto traumático, o que divide o sujeito; “está ligada a alguma coisa que no real faz furo [...] É por essa função de furo que a linguagem opera seu domínio sobre o real. [...] Aliás, a linguagem come o real” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 31). O trauma, que, para Freud, antecederia o sujeito, para Lacan passa a ser posterior e recebe outra significação, surgindo como efeito do furo produzido pela incidência de um significante fundante, como causa da própria linguagem. Assim, a incidência da linguagem no corpo configura, por meio de um furo no real (de um limite ao gozo), uma borda imaginária e simbólica, donde o “sinthoma”⁹⁶ aparece (LACAN, 1975-1976/2007). Nesse sentido, o “sinthoma” passaria a ser o próprio mal-estar, e não a solução para o mal-estar, como sugeriu Freud.

Apesar da visão distinta acerca da possibilidade de felicidade e da origem do mal-estar, em uma coisa os autores estão de acordo: ambos consideram o sintoma como saída frente ao mal-estar produzido pela incidência do Outro, sendo a maneira como essa saída se estrutura o que difere o pensamento de um autor para o outro. Outro ponto se mostra consoante: o sujeito indiscriminadamente se produz a partir da cultura, logo, da cultura predominante em cada contexto histórico, de forma que é a partir da incidência da cultura na formação da subjetividade e de suas manifestações que podemos pensar o homem na atualidade.

⁹⁶ Lacan (1975-1976/2007) apresenta o sinthoma com esta grafia enquanto algo da ordem do psiquismo, associado ao modo como se estruturam e enlaçam os registros do real, simbólico e imaginário a partir da incidência do “pai”, do Nome-do-Pai. Essa grafia circunscreve ainda uma condição de diferenciação frente ao sintoma designado e compreendido pela medicina.

Lacan nos aponta que há várias maneiras do sujeito inscrever seu gozo e seu corpo em relação ao significante fálico. Diante das vicissitudes da cultura e em face dos sintomas que por sua elasticidade se renovam, na medida em que o Outro da cultura se transforma, a clínica psicanalítica tem nos obrigado a inovar, renovar e construir novas formulações para compreender aquilo com o que nos defrontamos nos consultórios *psi's*.

Regida pela lógica da globalização e permeada pelo capitalismo desenfreado/extremo, pelo crescimento da indústria, pelos inúmeros avanços técnico-científicos e por todas as mudanças políticas, socioeconômicas e culturais decorrentes desse processo, a sociedade contemporânea lida com uma série de transformações que envolvem desde a forma como ela se mantém em funcionamento até questões que afetam diretamente a condição estruturante do sujeito e de seu mal-estar em meio a esse processo.

Podemos dizer que as mudanças que demarcam a passagem da modernidade para a pós-modernidade culminaram em uma espécie de desorientação e horizontalização dos laços sociais, uma espécie de afrouxamento das referências simbólicas, sendo marcada pela progressiva destituição do Outro, pelo enfraquecimento dos laços sociais e simbólicos e pelo empuxo ao gozo.

Se na modernidade a sociedade era orientada por uma figura maior – um pai –, na pós-modernidade, com a globalização, esses ideais se horizontalizaram e perderam a referência, impactando diretamente no sujeito. Essas mudanças levaram a sociedade atual a se tornar, assim, palco de novas formas de subjetivação e, por conseguinte, de “novas” manifestações psíquicas – novas formas de sintoma –, pelas quais o sujeito parece buscar um meio para se adequar às exigências de nosso tempo ou até mesmo o seu inverso, um meio para denunciá-las e fazer resistência, construindo novas formas de lidar com a angústia e o sofrimento psíquico.

Lidamos hoje com um tempo em que tudo é hiperpotencializado, desde o próprio indivíduo até as relações de consumo (LIPOVETSKY, 2004); uma era onde a lógica da mercadoria se mostra, para além do mercado, reguladora dos processos de trabalho; da cultura; das relações humanas; da alimentação; das pulsões individuais e da própria sexualidade (BAUDRILLARD, 1991; VIANA, 2002). Testemunhamos o homem contemporâneo, envolto de seu mal-estar,

embarcar em uma tentativa incessante de suprir sua falta e impedir o sofrimento psíquico, principalmente pela via do consumo de objetos ofertados pelo capitalismo extremo, os quais, imaginariamente, o sujeito acha serem capazes de satisfazer seu desejo.

Lacan sinalizou, ao longo de suas obras, o modo como o mal-estar é vivenciado, desde a modernidade, enquanto um dos produtos da ciência e do imperativo do capitalismo e do discurso capitalista, em que prepondera a proliferação de objetos de gozo e a lógica do consumo⁹⁷, inclusive apontando a necessidade de nos atentarmos para outras formas de subjetivação que não somente a *função paterna* (1969 – 1970/1992). A partir do deslocamento de uma teoria centrada no Simbólico para uma teoria centrada no Real, marcada pela nodalidade entre os três registros (real, simbólico e imaginário), Lacan passou a sinalizar uma espécie de forclusão dos nomes-do-pai na sociedade, produzindo sintomas estabelecidos a partir de referências simbólicas fracas, relacionadas justamente a essa nova configuração da sociedade (vale observar, contudo, que os operadores do Nome-do-Pai e o Falo continuam vigorando enquanto orientadores clínicos).

Retomando o conceito de Marx sobre mais-valia, Lacan apresenta o discurso capitalista (fruto da incidência do capitalismo na sociedade) enquanto determinante para o modo de estruturação das subjetividades na atualidade, donde esse discurso seria regido pela lógica do mercado, do consumo e dos objetos de consumo enquanto condicionantes da subjetivação (LACAN, 1974/2003; 1969-1970/1992; 1972/1978). Nesse sentido, e considerando os quadrípodas⁹⁸ lacanianos, os objetos de consumo, objetos mais-de-gozar,

⁹⁷ A questão do consumo aparece nas obras de Lacan em diferentes momentos. Inicialmente, é apontada no seminário 7, *A ética da psicanálise*, em que o consumo é articulado à ética. Na sequência, Lacan articula, no seminário 8, *A transferência*, e no seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, o consumo ao campo pulsional, destacando o objeto oral e as fantasias de devoração (ser devorado/fazer-se devorado pelo Outro) presentes na criança. Por fim, a partir do seminário 20, *Mais, ainda*, em que o gozo toma a cena e é entendido a partir da vertente do mais-de-gozar, associado ao objeto, Lacan articula o consumo ao discurso capitalista. Considerando os ideais utilitaristas e a marca do valor de uso dos objetos, que ganha cenário a partir do século XX, e uma mudança no discurso do mestre, caracterizada pela inversão entre significante e sujeito, Lacan apresenta as bases para o discurso capitalista.

⁹⁸ Lacan apresenta sua teoria sobre o discurso por meio de quadrípodas, compostos por um agente (é quem determina o discurso, encarna o sujeito do discurso), pela verdade (que é o lugar da verdade inconsciente, do semidito; é a verdade do agente), pelo Outro (é para quem o discurso se dirige, ou seja, é o objeto do discurso) e pela produção (que é o efeito do discurso, as consequências produzidas pelo discurso).

surgem no lugar da produção, deixando o sujeito à mercê dos objetos. O gozo passa a ser o polo de orientação do sujeito.

O discurso capitalista institui um modo de pensamento e de ação que, inconscientemente, influencia a todos, sem diferir classe socioeconômica (LIMA, 2002). Visa sobrepor o mercado à sociedade, produzindo objetos de gozo que prometem ao sujeito encontrar sua satisfação em um produto e, dessa forma, promove a saturação do sujeito, tamponando sua falta e, conseqüentemente, anulando sua questão com o desejo (QUINET, 2002a). Nesse sentido, produz um sujeito animado não pelo encontro com seu próprio desejo – sendo que se encontra alienado deste –, mas sim pelo desejo capitalista, uma vez que a função deste “é produzir desde coisas, valores e crenças que se situam no lugar da causa do desejo humano” (LIMA, 2002, p. 41), levando o sujeito à condição de “consumidor feliz” (se é que assim podemos chamá-lo).

Para Lacan (1971/2009; 1974/2003), trata-se de um discurso sem lei, que *foraclui* a castração, na medida em que não põe um limite ao gozo. Assim, o discurso capitalista, somado às contingências do nosso tempo, traz uma série de repercussões para o sujeito – o que trataremos melhor adiante.

Lima (2002), retomando a discussão realizada por Quinet em um seminário realizado em Belo Horizonte, aponta alguns atos psicossociais que refletem uma forma de protesto contra o imperialismo capitalista, colocando que:

as reações patológicas constituem a *segunda* forma de protesto contra o discurso capitalista. Doenças como a depressão, o alcoolismo, os espancamentos domésticos de mulheres e crianças, as toxicomanias nas suas mais variadas formas, desde medicamentos às drogas ilícitas, são resultados de uma ideologia que promete, mas jamais satisfaz a alma das pessoas. [...]. *Terceiro*, há ainda, uma patologia advinda dessa ideologia: Como as pessoas são mediadas por valores mais representativos para o sistema capitalista, tais como: coisas, títulos, cargo, função, elas terminam sendo transformadas em objetos. Alienadas de sua totalidade existencial, as pessoas muito pouco se dão umas as outras (p. 42 e 43).

Diante desse turbilhão de mudanças oriundas da estruturação das sociedades capitalistas, a pós-modernidade, que aqui trataremos também por

contemporaneidade, pode ser entendida como o momento do instantâneo, do contraditório, do passageiro e do caótico, em que as referências que nos orientavam no mundo parecem inexistir ou estarem sempre em questão, sendo deslocadas de suas posições e lugares simbólicos (LIPOVETZKY, 1989/1994; HARVEY, 1992; LIPOVETZKY, 2004; BIRMAN, 2014a). Assistimos a uma sociedade marcada por inúmeras contradições e fragmentações, assim como pela ausência de limites, que influenciam tanto o meio social quanto o psiquismo humano. A contradição do obeso desnutrido, por exemplo, ilustra o predomínio da ambiguidade vivenciada no contemporâneo, em que os extremos (obesidade e desnutrição) parecem estar unidos pela força do capital e pela estrutura consumista pós-moderna. Nesse cenário, encontramos o sujeito à mercê das variáveis de seu tempo, atravessado pela descontinuidade, pela aparência e pelo discurso capitalista, que se configuram como preponderantes em sua existência, trazendo uma série de ressonâncias, nos mais diversos âmbitos. As mudanças vivenciadas na sociedade pós-moderna parecem incitar um novo estilo de vida e, para além, influenciar nas marcas que o sujeito carrega consigo, desde a constituição de sua subjetividade e de seu encontro com o desejo até os modos de gozo e a forma como lida com o seu mal-estar. Como resultado desse cenário, a sociedade contemporânea se configura pela pluralidade de identidades sociais, marcadas pelas diversas referências paradoxais.

Ao se olhar para a sociedade atual, o que se vê é que a dubiedade quanto à felicidade parece não existir. À revelia das contribuições de Freud, o homem contemporâneo, inserido em um contexto demarcado pelo imperativo do capitalismo, capturado pelo discurso capitalista e imbuído em uma busca incessante ao gozo, parece insistir, incansavelmente e sem medir esforços, em alcançar a felicidade plena e buscar pela máxima satisfação – o que vemos repercutir diretamente na sua posição frente ao mundo, e, inclusive, em seu próprio corpo.

O que o cenário nos mostra é que o sujeito parece se sentir livre e, de alguma forma, autorizado pela cultura e pela sociedade a alcançar a felicidade plena, de modo que a castração e os limites impostos pelo recalque parecem não mais exercer sua função de limitar o gozo. Podemos dizer que passamos de uma cultura alicerçada no recalque do desejo para uma cultura

que privilegia o gozo sem limites, a satisfação pela satisfação em si mesma, a primazia da pulsão, onde não há espaço para o sujeito da falta e do desejo.

Melman (1992; 2003; 2003/2008) trata desta temática sob a perspectiva de algumas patologias da atualidade. Nesse sentido, o autor fala da importância de se atentar para a economia psíquica na configuração do sujeito moderno para que se possa entender o mal-estar vivenciado nesse contexto. Segundo o autor, há uma importante mudança na base da constituição subjetiva, na medida em que a castração, fundamental para impor limite ao gozo, parece não mais atuar sobre o sujeito. Assim, este se vê a mercê do gozo “sem limites”, um “gozo Outro” (MELMAN, 1992, p. 24), infinito. Nesse sentido, estaríamos diante de “uma nova forma de pensar, de julgar, de comer, de transar, de se casar ou não, de viver em família, a pátria, os ideais, de viver-se” (MELMAN, 2003), ou seja, estaríamos diante uma nova economia psíquica, que se comunica com o social por meio do sintoma, sendo estes observados em grande escala enquanto corporais.

Zucchi (2002) considera que a pluralização dos Nomes-do-Pai pode ter como um de seus desdobramentos a fragmentação do corpo, de forma que, na ausência de uma referência significativa que se preste às trocas sociais do sujeito, este venha a usar o corpo real (e não enquanto metáfora) como suporte dessas trocas. Segundo a autora,

não se trata exatamente de um mal-estar com a sexualização, mas de um mal-estar na própria corporeidade. A unidade imagética do corpo não é alcançada pela via dos significantes paternos. A constituição do corpo como unidade investido pelo Outro fica prejudicada já que o Outro não tem consistência. Assim, a variabilidade do nome pode desestabilizar a imagem corporal votando o sujeito a uma incessante busca de unificação pela via das alterações corporais produzidas através dos objetos. Se o que faz laço social é o discurso, como afirma Lacan no *Seminário 17*, e o corpo é o suporte do discurso, dificuldades, entraves, na separação do organismo/corpo ou gozo/palavra afetarão necessariamente os laços sociais (ZUCCHI, 2002, p. 17).

Nesse sentido, a autora levanta a hipótese de que a busca pela posição sexual seja feita através do real dos corpos e não através dos signos. Apontando um caráter cruel presente nessa relação, demarca o uso extenso de cirurgias estéticas como resultante dessa relação com o real do corpo. Assim,

“se antes havia palavras escondidas nos corpos, as quais revelavam a posição sexual do sujeito, hoje encontramos um erotismo que revela indivíduos buscando, com seus corpos, uma razão de ser” (ZUCCHI, 2002, p. 18).

Birman (2014b) refere que, para assimilar o que se passa nas subjetividades, é preciso pensar, irremediavelmente, nos destinos do desejo na atualidade. Somente por meio dessa compreensão é possível uma aproximação com o que há de sofrido nas novas formas de subjetivação da atualidade, e que, portanto, circunscrevem o campo do mal-estar contemporâneo.

Segundo o autor (2014a), a passagem do sujeito da modernidade (ou seja, o sujeito desamparado) para o sujeito contemporâneo traz como uma de suas marcas “os impasses e até mesmo a impossibilidade tanto na *circulação* quanto na *realização* do desejo” (p.48), cabendo a esse sujeito uma existência pautada no desalento, na melancolia e no vazio. Assim, estaríamos diante de um sujeito que, constituído em meio a essa sociedade/cultura contemporânea/capitalista e por ela alienado, não consegue se encontrar com o seu desejo, deparando-se a todo tempo com a falta e com a angústia, sem conseguir dar um destino a elas⁹⁹. É diante desse confronto que o sujeito passa a buscar incessantemente meios para preencher a falta¹⁰⁰ e aplacar sua angústia.

Zucchi (2002) entende que essas mudanças na sociedade impactaram na forma como o sujeito lida com a pulsão. Nesse sentido, a autora refere que, “se na contemporaneidade há uma produção excessiva de objetos, tal produção visaria ocultar – através da satisfação compulsiva – o caráter excessivo da pulsão” (p. 21). Desse modo, se num certo sentido a pulsão sempre se satisfaz, através de seu percurso, noutro, não se satisfaz nunca,

⁹⁹ Como coloca Lacan no texto *A angústia na sua relação com o desejo* (1961/2010), “se a angústia é o que lhe disse, uma relação de sustentação com o desejo, pois o objeto falta, invertendo os termos, o desejo é um remédio para a angústia” (p. 451). Lacan (1962 - 1963/2005) situa a angústia enquanto um afeto da ordem da perturbação e a determina como “termo intermediário entre o gozo e o desejo, uma vez que é depois de superada a angústia, e fundamentado no tempo da angústia, que o desejo se constitui” (p. 193). Nesse sentido, apresenta a angústia enquanto um afeto que tem estreita relação com o desejo do Outro e que emerge a partir de um resíduo do investimento narcísico, algo que não é transformado em identificação, ou seja, do surgimento do objeto *a*. A angústia atuaria, então, a partir desse objeto *a* e da tentativa de um objeto em suprir a falta do objeto, o que dá uma falta sensação de ter suprido o vazio, causa do desejo. Nesse sentido, o objeto da angústia é apenas um lugar, que tem um estatuto especial de causa do desejo: o *objeto a*.

¹⁰⁰ Intrínseca ao sujeito do recalamento.

“reatualizando sempre um certo impossível, que, na atualidade, não é recoberto pela ação significativa mas é saturado através dos objetos” (p. 21).

É nessa era da prontidão, da ausência de limites, da ambivalência, do inesperado, da falta de referência interna e externa e, incluindo o pensamento de Lacan, da lógica do consumo, que o sujeito é convocado a experimentar um vazio existencial, o que se reflete em práticas sociais como o consumo desenfreado – seja ele de qual ordem for (BIRMAN, 2014a). O conflitante é que, em meio a essa oferta extasiante de objetos, o que o sujeito encontra não é a satisfação e o apaziguamento de suas questões, mas sim o confronto com esse vazio: o vazio das relações, o vazio do próprio sujeito diante do encontro com o nada do objeto, o vazio que demarca a angústia diante da falta, causando o mal-estar.

Lacan entenderá o vazio a partir da angústia, relacionado à falta, mais especificamente, à falta da falta. Partindo da constatação da falta enquanto constituinte para o sujeito e para o nascimento do desejo (ou seja, é a falta que o faz desejar), Lacan aponta o surgimento do vazio a partir de um tamponamento dessa falta (da possibilidade de que a falta pudesse vir a faltar), donde emerge a angústia. Esse vazio, portanto, seria a própria inexistência do objeto, aquilo que mantém vivo o desejo (LACAN, 1962-1963/2005) e que faz com o sujeito continue almejando o gozo.

Atravessado pelas contingências do discurso capitalista e das possibilidades apresentadas pela sociedade de consumo, o sujeito, sedento pela máxima do bem-estar constante e envolto de incertezas e insatisfações, parece buscar sua satisfação nos modos de gozo “consumistas”, ou seja, por meio de objetos de consumo, se reduzindo a objeto de gozo do Outro do mercado¹⁰¹.

O impasse se dá na medida em que a sociedade, na mesma proporção em que sugere objetos que tornam a vida mais prática e agradável, impõe, por meio do discurso capitalista, algo da ordem do consumo ao desejo do sujeito,

¹⁰¹ Vale observar que o discurso da formação da sociedade capitalista prega que todos têm as mesmas oportunidades, dependendo apenas do sujeito alcançar aquilo que deseja. Assim, basta que ele se esforce para prosperar e enriquecer, podendo ter acesso aos objetos de consumo que irão “sanar” sua falta e preenchê-lo. É ao entrar nessa lógica que o sujeito fica à mercê desse gozo do Outro do mercado. Podemos dizer que, apesar de distintos os discursos, é nesse ponto em que se encontram: o discurso capitalista dizendo “goze com o consumo” e o discurso social da formação capitalista dizendo “o gozo está disponível a todos, faça por onde”.

logo, produzindo sujeitos insaciáveis em sua demanda de consumo – daí nos deparamos com o consumo transformado em uma verdadeira compulsão, aliás, compulsão esta que coloca o sujeito em uma condição fadada ao fracasso. Dessa forma, tomado pela busca de gozo e pelas ofertas do mercado, o sujeito se vê na obrigação de trabalhar cada vez mais para obter o bem desejado, conservando-o em um círculo vicioso (quanto mais se consome, mais se deseja consumir), o que mantém o mercado em ascensão e o sujeito enredado na lógica do capital. O que assistimos é a passagem do sujeito autônomo e consumidor para o sujeito objeto de consumo, ou “consumidores-objetos” (LIMA, 2002, p. 41) (BAUDRILLARD, 1991; BAUDRILLARD, 1995; LIMA, 2002; QUINET, 2002B; BIRMAN, 2014b).

Dessa forma,

o gozo seria então direcionado pelo fetichismo das mercadorias, numa fetichização ampla, geral e irrestrita do universo do consumo. Isso porque o *ter*, para preencher o vazio corporal e psíquico, é um signo que confere segurança para o indivíduo, pois o faz acreditar ser detentor de algum poder pelo *status* que pode existir” (BIRMAN, 2014a, p. 94).

Marca da efemeridade, o consumo passa a ocupar o papel de ordenação da vida, uma espécie de garantia de felicidade que visa a tamponar a angústia trazida pela própria efemeridade, baseando-se na sensação de liberdade – sensação ilusória de que quanto mais se consome, mais livre se é – e não na necessidade efetiva do objeto a ser consumido. Antagonicamente, essa oferta de produtos, na mesma proporção que tenta satisfazer as demandas do sujeito, denuncia sua condição de ser-faltante, finito e carente. Assim, a sociedade de consumo, regida pelo discurso capitalista e sustentada pela fabricação de falta de gozo, oferta diferentes mercadorias em forma de promessas de felicidade – muitas vezes não cumpridas –, que contribuem para o desenvolvimento de patologias (QUINET, 2002A; QUINET, 2002B; BIRMAN, 2014B; DUNKER, 2015). Como sugere Calligaris(1992), “cada época organiza seus gozos e tem as “patologias” que merece” (p. 10).

Zucchi (2002) toma essas mudanças na configuração da sociedade como as responsáveis pelos novos sintomas da clínica psicanalítica, onde encontramos depressões, compulsões, adições, transtornos alimentares,

incremento de toxicomanias, hiperatividade, pânico, entre outros, totalmente submetidos à presença maciça do corpo e distanciadas de sua função a partir do corpo enquanto metáfora, expressões para o mal-estar da civilização na cultura contemporânea.

Bauman (1998) aponta que cada época produz suas impurezas e, sendo assim, nesse contexto de intensas transformações socioculturais, testemunhamos o surgimento de patologias características do nosso tempo e decorrentes do mal-estar vivenciado na nossa cultura. O mundo atual demanda que o aparelho psíquico processe uma quantidade excessiva de informações e sensações. O homem, engolido pela globalização e pela urgência da mídia, diante da falta de tempo para processar tais mudanças em seu psiquismo e da busca incessante da felicidade, vive um desamparo¹⁰² que busca ser sanado pelo *ter*, ou seja, pelo consumo, contribuindo para o aparecimento das ditas *patologias do vazio*¹⁰³ (BIRMAN, 2014a), como é o caso da depressão, considerada pela OMS a segunda enfermidade mental mais comum e incapacitante na atualidade.

Tomado pelo discurso capitalista, que promove a cultura (ou podemos dizer: ditadura?) do belo e do “normal”, oferecendo, inclusive, subsídios para que o sujeito se adeque ao padrão imposto, o sujeito busca também na beleza, principalmente na beleza física – pautada na aparência e visibilidade frente ao outro – um meio de satisfação e encontro com a felicidade. E, mais do que isso, como pontua Zucchi (2002), o sujeito busca, por meio da estética e do real do corpo, uma posição sexual.

Freud, em *O mal-estar na civilização*, já observava essa marca, ainda que o foco da beleza não estivesse estritamente ligado ao físico.

Aqui podemos transitar para o caso interessante em que a felicidade na vida é buscada sobretudo no gozo da beleza, onde quer que ela se mostre a nossos sentidos e nosso julgamento, a beleza das formas e dos gestos humanos, de objetos naturais e de paisagens, de criações artísticas e mesmo científicas. Essa atitude estética para com o objetivo da

¹⁰² Para Freud (1930/2010), o desamparo é uma categoria inerente ao ser-humano e, também, estruturante da subjetividade. Desde o nascimento, a condição de fragilidade do homem o coloca numa relação de dependência com o outro, a qual tanto pode ser a propulsora para seu crescimento quanto pode aprisioná-lo e enfraquecê-lo de recursos internos.

¹⁰³ Expressão utilizada por autores contemporâneos para se referir às patologias associadas ao sentimento de vazio mental e existencial, muito presente na sociedade atual.

vida não oferece muita proteção contra a ameaça do sofrer, mas compensa muitas coisas. A fruição da beleza tem uma qualidade sensorial peculiar, suavemente inebriante. Não há utilidade evidente na beleza, nem se nota uma clara necessidade cultural para ela; no entanto, a civilização não poderia dispensá-la (FREUD, 1930/2010, p. 39 e 40).

E, mais adiante, acrescenta:

exigimos que o homem civilizado venere a beleza, onde quer que ela lhe surja na natureza, e que a produza em objetos, na medida em que for capaz de fazê-lo. Isso está longe de esgotar o que reivindicamos na civilização. Requeremos ainda ver sinais de limpeza e ordem. [...] A sujeira de qualquer tipo nos parece irreconciliável com a civilização; estendemos para o corpo humano a exigência de limpeza (FREUD, 1930/2010, p. 53).

É indiscutível que, quanto a isso, o discurso capitalista também se ateve. Na sociedade atual, em que o corpo se tornou majoritariamente um *objeto de desejo* – totalmente manipulável e personalizável, suscetível, inclusive, a mudanças radicais em sua anatomia, graças aos avanços de da ciência “cosmética” –, o discurso capitalista surge ofertando subsídios para que o sujeito se adeque aos padrões de beleza impostos pela sociedade e lide melhor com o real do corpo. É possível dizer que tudo se tornou passível de mudança – leia-se, de “melhoria” –, seja das características de um corpo que não responde aos padrões de beleza pelos quais o sujeito é subjugado, seja da própria condição atual de ser humano, cujo organismo é estruturado para seguir uma ordem natural de vida pré-estabelecida: nascimento, desenvolvimento, reprodução, envelhecimento e morte.

Visando responder às demandas corporais desse sujeito, vemos o mercado, com o avanço da tecnologia, incentivar a transformação física: cirurgias reparadoras e estéticas; próteses; uso de medicação; um extenso arsenal cosmético que promete a juventude e a beleza; uso de hormônios estimulantes ou inibidores que atenuam os impulsos do corpo e muitas outras técnicas. Assim, a medicina se tornou a principal aliada na (re)modelação dos corpos, sendo possível delineá-los da maneira que se bem entender, tudo a fim

de mascarar o duro confronto do sujeito com a incompletude e com a falta (que, psicanaliticamente, também podemos chamar de *castração*).

É a promessa de “perfeição” diante da qual o sujeito contemporâneo, imbuído de seu narcisismo e da busca pelo gozo perdido, padece de um fascínio crônico. No entanto, apesar das promessas desse discurso e das muitas intervenções no corpo, o que ainda se vê são sujeitos insatisfeitos e em crise constante em relação à sua autoimagem, o que se deflagra nos crescentes índices de depressão, transtornos de humor, transtornos alimentares e de personalidade que continuam chegando aos consultórios *psi*. Logo se conclui que, se tão pouco a psicanálise dá conta disso, muito menos a medicina e suas técnicas avançadas, que desconsideram a subjetividade, são capazes de aplacar a angústia da existência e por fim às demandas e aos desejos do sujeito.

Lasch e Debord apontaram, antes de outros, para algumas mudanças que demarcavam a existência do sujeito diante da sociedade e que servem para compreensão do percurso até o sujeito que observamos no contexto contemporâneo. Podemos dizer que, nesta era onde a aparência se mostra como preponderante sobre o *ser*, a subjetividade contemporânea parece ser regida pela *Cultura do Narcisismo* (LASCH, 1983) e pela *Sociedade do Espetáculo* (DEBORD, 1994), onde, por um lado, temos um sujeito que busca preencher o vazio através de experiências externas, marcadas pelo exibicionismo e pela futilidade, e, por outro lado, encontramos um sujeito desinteressado do outro, incapaz de admirá-lo em sua diferença, e assim, totalmente autocentrado, o que reforça sua sensação de vazio.

Esses autores, pré-lacanianos, apontam para a exterioridade que se sobressai em lugar da interioridade, nutrindo a cultura da imagem, em que o sujeito passa a ser regulado por suas performances e a individualidade perde espaço, tornando-se a exterioridade a marca primordial da organização da subjetividade (LASCH, 1983; BIRMAN, 2014a; BIRMAN, 2014b). Lacan, contudo, avança nesse sentido, apresentando que a marca da subjetividade contemporânea estaria atrelada ao modo de gozo, cunhado em uma sociedade regida pelo discurso capitalista, onde parece se instaurar uma fragilidade das referências simbólicas e uma não aceitação da castração, demarcando uma busca incessante pelo gozo todo. Essa busca, entretanto, permaneceria na

ordem da tentativa – uma vez que é impossível atingir esse gozo –, resultando na sensação de vazio, do vazio existencial, aquele que o sujeito, em sua ânsia de não senti-lo, passa a buscar sua solução/cura por meio do individualismo, do consumismo e da falta de limites.

Birman refere que o mal-estar na sociedade contemporânea, atrelado ao conceito de subjetividade, encontra sua expressão dominante por meio do narcisismo. “Na cultura do narcisismo triunfante, as insuficiências não podem jamais existir e ser exibidas, já que essas desqualificam a subjetividade, que deve ser, antes de tudo, autossuficiente” (2014a, p. 141). Esse narcisismo, que emerge na modernidade e se acentua na contemporaneidade, é apontado por Lasch (1983) como patológico, uma vez que, ao buscar a aprovação do outro por meio da imagem que transmite, o sujeito termina por ignorá-lo e por ignorar a si próprio.

A autoexaltação da individualidade dificulta o desenvolvimento da alteridade, necessária para que o sujeito possa reconhecer o outro em sua diferença e singularidade, culminando na existência de um sujeito que vive permanentemente em um registro especular (BIRMAN, 2014a; BIRMAN, 2014b). Nesse sentido, “O outro lhe serve apenas como instrumento para o incremento da autoimagem, podendo ser eliminado como um dejetos quando não mais servir para essa função abjeta” (BIRMAN, 2014b, p. 26). Daí também a fragilidade das relações.

Na medida em que o sujeito fracassa em sua participação na cultura do narcisismo, emergem quadros clínicos que delatam esse “não-enquadre”, e que podemos chamar também de psicopatologias atuais. Considerando a cultura do narcisismo e da sociedade do espetáculo como instrumentos para leitura das novas formas de subjetivação na atualidade, Birman (2014b) pontua:

é importante salientar que mediante essas concepções é possível compreender adequadamente não apenas a ênfase atual da psiquiatria nas pesquisas sobre as depressões, a síndrome do pânico e as toxicomanias, mas também por que o discurso psicopatológico assume feições decididamente biológica e psicofarmacológica. Não é apenas o desenvolvimento experimental das neurociências que explica a configuração da psicopatologia na atualidade, mas também, e

principalmente, o requinte e a engenhosidade pelas quais se cultuam certas modalidades de construção subjetiva (p, 24).

Zucchi (2002) aponta que muitos dos sintomas observados na sociedade contemporânea, como as toxicomanias, as compulsões, as bulimias, as anorexias, as depressões e o pânico se situam no âmbito das patologias do narcisismo, o que está relacionado à ausência da função paterna e a um valor do Nome-do-Pai esvaziado pelas pressões do capitalismo contemporâneo.

Birman (2014a) ainda refere uma mudança nas categorias constitutivas do sujeito em sua passagem da modernidade para a contemporaneidade, o que teria redirecionado as linhas de força de seu mal-estar, evidenciando, como marca desse sujeito, a dor (que inicialmente deveria ser associada apenas ao contingente físico) em lugar do sofrimento. Isso significa que, nessa passagem, o sujeito abandonaria sua condição alteritária para assumir uma posição *solipsistae*, portanto, se fecharia para o outro (de quem em princípio desconfia e rivaliza), centrando-se em si mesmo.

De fato, se a dor evidencia uma posição *solipsista* do sujeito e seu fechamento em face do outro, o *sofrimento* seria algo da ordem *alteritária*, que pressuporia o apelo e a demanda endereçada ao outro. Portanto, o sofrimento como marca das tormentas do sujeito implicaria uma transformação no registro da dor, que seria sempre permeado pela simbolização e temporalização destas. [...] Porém, se o sujeito atado na dolorida posição solipsista não pode fazer qualquer apelo ao outro, é o desalento que se impõe como *phatos*, destinando-o então à paralisia. Em contrapartida, o *desamparo*, como correlato que é da experiência do sofrimento, possibilitaria ao sujeito um movimento desejante, que seria a condição primordial para a simbolização e a temporalidade (BIRMAN, 2014a, p. 9).

Freud (1926/2014), em certa medida, já atentava para essa mudança ao apontar que “A passagem de dor física para dor psíquica corresponde à mudança de investimento narcísico para objetal” (p. 123). Em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926/2014), Freud aborda a temática da dor psíquica enquanto uma “reação propriamente dita à perda do objeto” (FREUD, 1926/2014, p. 121). Explicando o mecanismo de passagem da dor física para a dor psíquica, o autor refere que,

na dor física há um forte investimento no local dolorido do corpo, investimento esse que podemos chamar narcísico, que aumenta cada vez mais e age sobre o Eu de modo, digamos, “esvaziador”. É sabido que, ao sentir dor em órgãos internos, temos noções espaciais e de outro tipo das partes do corpo envolvidas, que normalmente não são representadas na imaginação consciente. Também o fato notável de que, havendo distração psíquica gerada por um interesse de outra espécie, as mais intensas dores físicas não aparecem (aqui não se pode dizer “permanecem inconscientes”), acha explicação no fato de haver concentração de investimento no representante psíquico do local dolorido para o corpo. Neste ponto parece estar a analogia que permite a transferência da sensação da dor para o âmbito psíquico. O forte investimento com anseio no objeto que faz falta (perdido), sempre crescente porque não pode se acalmado, cria as mesmas condições econômicas que o investimento no local ferido do corpo e torna possível ignorar o pré-requisito da origem periférica dor física! (FREUD, 1926/2014, p. 122 e 123).

Assim, “a noção de objeto altamente investida pelas necessidades desempenha o papel do local do corpo investido pelo aumento do estímulo” (FREUD, 1926/2014, p. 123), de forma que “a natureza contínua do processo de investimento e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo psíquico” (p.123). Dessa forma,

se a sensação de desprazer que então nasce tem o caráter específico da dor [...], em vez de manifestar-se na forma de reação de angústia, é razoável atribuir isso a um fator ainda pouco aproveitado em nossa explicação, o alto nível de investimento e ligação em que ocorrem tais processos que conduzem à sensação de desprazer (p. 123).

A partir das transformações na experiência do sonhar na atualidade, Birman (2014a) explica como o sujeito ascende à posição de dor, perdendo seu potencial de simbolização. Para o autor, essa mudança na forma de subjetivação está relacionada à prevalência e dominância cada vez mais acentuada da categoria de espaço na constituição da experiência subjetiva, à custa da categoria de tempo¹⁰⁴ – o que incide sobre o registro do desejo¹⁰⁵. O

¹⁰⁴ As categorias de tempo e espaço, através das quais se desenvolve a capacidade de pensamento, crítica e discernimento, são fundamentais para a construção da subjetividade e apresentam-se deficitárias na pós-modernidade. Assim, o sujeito privado dessas categorias organizadoras mostra-se sem raízes, desterritorializado, consumista e narcisista (BIRMAN, 2014a).

que se propõe é que, na atualidade, a experiência do sonhar (crucial para o sujeito, e, inclusive, uma das modalidades de realização do desejo (FREUD, 1916/2014)), parece minguar, de forma que a problemática do sonho, ou seja, o processo que se daria no sonho de realização de desejos reprimidos e simbolização, seria deslocada para a dor. Birman (2014a), refere que,

o próprio Freud destacava já uma transformação crucial que estava se processando na experiência onírica. Com efeito, se, pela proposição axial de que o sonho era uma realização do desejo, o discurso freudiano articulava o sonhar à dominância ao próprio princípio do prazer no psiquismo, com a ênfase sendo progressivamente colocada posteriormente no pesadelo e na *compulsão à repetição*, o que se impunha era a presença avassaladora de *além* do princípio do prazer. Enfim, com a dominância de um dos princípios sobre o outro, certas formações psíquicas se impunham necessariamente em face de outras. Assim, desde o início dos anos 1920, no ensaio intitulado “Além do princípio do prazer”, o discurso freudiano já destacava, na leitura dos sonhos presentes nas neuroses traumáticas, a dominância de experiências de desprazer, e não mais de prazer, como afirmava anteriormente. Vale dizer, o que emergia na experiência do sonhar era agora a dor, e não mais a realização do desejo, pela mediação e inflexão da compulsão à repetição (p. 26 e 27).

Assim,

a dor se impunha então ao psiquismo, de maneira ao mesmo tempo incontrolável e compulsiva, mas como um movimento estruturante do psiquismo, no entanto, para dominar a dor resultante de um trauma. Portanto, se pela repetição o psiquismo buscava compulsivamente realizar a simbolização de um trauma, procurando transformar a dor num símbolo, o que importa ressaltar é que neste registro tanto o símbolo se encontrava inexistente, nos sonhos da neurose traumática, quanto não ocorria a realização do desejo, nesta modalidade de sonho, cara e coroa que seriam da mesma moeda (Birman, 2014a, p. 27).

Dessa forma, “constitui-se uma modalidade de subjetividade que sonha pouco, ou mesmo não sonha, em função da impossibilidade de sustentação do desejo e da simbolização daí decorrente” (BIRMAN, 2014a, p. 23). Assim, o sonho perde a sua posição privilegiada enquanto modalidade de subjetivação.

¹⁰⁵ Vale ressaltar que essa transformação nas formas de subjetivação já se fazia presente no discurso psicanalítico desde os anos 1914 e 1920 (FREUD, 1930/2010; BIRMAN, 2014a).

Haveria uma transformação histórica na subjetividade que se atrela à mudança psíquica no registro do sonho: o sujeito parece ter perdido sua capacidade de antecipação (fundamental para que o sujeito possa *fantasmar* algo que ainda é inexistente) e, conseqüentemente, de proteção do psiquismo. Sem conseguir realizar isso, o sujeito, que fica excessivamente autocentrado e preso em sua autossuficiência narcísica, ao ser acometido por um acontecimento inesperado, é interpelado por uma experiência traumática, “assim, a *angústia do real* se impõe ao psiquismo, com seu cortejo de dor e de gosto amargo de morte, lançando o sujeito na posição de desamparo” (BIRMAN, 2014a, p. 43). E, para lidar com esse desamparo, proveniente dessa experiência trágica na subjetividade, as individualidades são conduzidas ao narcisismo, à violência, à destruição e à crueldade.

Para que o sujeito possa desejar, é preciso, também, que possa *fantasmar* (capacidade que se inscreve no registro da *imaginação*) – sem o que o desejo não se ordena e não se encorpa. Birman (2014a) coloca que,

pela mediação do fantasma e do desejo o sujeito constrói o erotismo como contraponto insistente à iminência aterrorizante da morte, que se realiza pelo trabalho da pulsão de morte. Porém, se a morte não pode ser efetivamente mantida a distância pela ação permanente da pulsão de vida, aquela se impõe triunfalmente sobre o psiquismo, sob a forma da dor e do trauma. [...]. De fato, a figura trágica da morte, como *emanação* que é do real, se impõe ao psiquismo sob a forma da dor e do trauma, quando o sujeito não pode se contrapor a isso pelo desejo e pelo *fantasmar* (p. 45 e 46).

Diante dessa engenhosa condição de subjetivação, notada desde a modernidade, o mal-estar, evidenciado como dor, passa a se inscrever nos registros do corpo, das intensidades e da ação, promovendo a suspensão do pensamento e, conseqüentemente, o empobrecimento da linguagem. Assim, o pensamento e a linguagem, que assumiam anteriormente uma posição importante na descrição do mal-estar, tendem a desaparecer como eixos ordenadores do mal-estar na atualidade (BIRMAN, 2014a).

Dunker (2015), ao discorrer sobre as patologias do social, observa que,

o encurtamento ou a condensação das formas de linguagem que a pós-modernidade reserva ao sofrimento parece ter redundado também em redução da extensão e em mutação na qualidade da queixa, sob a qual opera o diagnóstico. Temos agora novas patologias baseadas no déficit narrativo, na incapacidade de contar a história de um sofrimento, na redução do mal-estar à dor sensorial (p. 33).

Alienado de seu desejo e de suas práticas cotidianas (trabalho, lazer, relações sociais etc.), o sujeito é tomado pelos problemas psíquicos que recebem os nomes da moda, de acordo com o saber produzido pela ciência com seus especialistas e pelo mercado consumidor. O corpo, que desde os estudos da histeria era o epicentro da convergência sintomática e o registro que denuncia o mal-estar, pelo menos desde essa época, assume na atualidade um caráter performático, do qual o sujeito está sempre faltoso. Assim, estamos em um estado de estresse permanente, que pode ser considerado como o maior mal-estar presente na contemporaneidade, produzindo diferentes sintomas (BIRMAN, 2014a).

Em resposta a toda essa atual condição, nos deparamos com os crescentes sintomas de nossa época: depressões “incuráveis e sem causa”, ansiedade elevada, transtornos de humor “sem tratamento”, síndromes do pânico que persistem, toxicomanias, transtornos alimentares “descabidos” e outros. As queixas são, em sua maioria, corporais.

Dessa forma, para se compreender melhor as modalidades de ação que estão em jogo nas formações do mal-estar hoje, é importante observar que o psiquismo lança mão, cada vez mais, da *passagem ao ato* e não do *acting-out* (atuação). A grande diferença se dá no fato da passagem ao ato que, além de não precisar de um expectador, não apresentar qualquer sinal de simbolização, ou seja, a ação é crua e direta, donde decorre o apagamento e o silenciamento do sujeito (LACAN, 1962-1963/2005). Nesse sentido, “se abandonam os equívocos do pensamento, da fala e da linguagem pelo ato” (MILLER, 2014, p.07).

Essa nova configuração deixa sua marca no registro clínico, onde as diferenças são bastante claras. Birman (2014a) ilustra bem essa diferença ao colocar que:

na conversão presente na histeria existe a presença de formas de simbolização no psiquismo, que delineiam as linhas de fuga da encenação na corporeidade. Em contrapartida, no estresse, no pânico e nas perturbações psicossomáticas nos defrontamos com a ausência destas, de forma que o excesso implode no psiquismo e no organismo. Enfim, é o silêncio simbólico que se manifesta, sob o fundo do ruído, pela perturbação produzida no registro do somático (BIRMAN, 2014a, p.98).

Por fim, o corpo humano, espelho da subjetividade, parece ser o lugar em que todas as formas de mal-estar e sofrimento terminam por serem registradas, encontrando vazão nas mais diversas manifestações.

Como fruto dessa relação entre a cultura, o mal-estar e a subjetividade, a clínica psicanalítica tem se deparado cada vez mais com casos “excêntricos”, diferentes daqueles já habituais, casos que parecem não se enquadrar, decerto, nas categorias diagnósticas clássicas. A excentricidade, no entanto, não está na denominação do sintoma (depressão, obesidade, compulsão etc.), mas, sim, na forma como se apresentam. Trata-se de sintomas que parecem não preencherem nem os critérios diagnósticos da neurose nem propriamente aqueles da psicose, ou seja, sintomas que não respondem à lógica da formação substitutiva e de mensagem simbólica endereçada nem respondem propriamente aos fenômenos elementares clássicos da psicose (presença de desencadeamento, alucinações, automatismo mental, delírios), mas que parecem estar em um limite entre a neurose e a psicose clássica. Dessa forma, a incidência das manifestações no corpo na atualidade parece encaminhar à fenômenos que não são de ordem conversiva, ou seja, não são estruturados de acordo com o recalcado, como proposto por Freud a partir de seus estudos da histeria.

Essas novas formas de sintoma, excêntricas, na medida que interrogam o saber psicanalítico, nos fazem pensar em “uma obesidade”, por assim dizer, que poderia se inscrever de distintas formas e relacionar-se a diferentes designações psíquicas, demarcando uma pluralidade e demonstrando que a obesidade em si não define uma estrutura. É partindo desse pressuposto, tomando a teoria psicanalítica sobre a constituição do sujeito e o conceito de corpo-pulsional, orientado pelo desejo (donde localizamos as formas de expressão da psique pela via do corpo) –, e o cenário contemporâneo no qual o

sujeito está inserido, que discutiremos as possibilidades de compreensão do fenômeno “obesidade”, na atualidade, e seus possíveis estatutos, buscando compreender “a obesidade” não somente enquanto um sintoma, expressão de um sofrimento psíquico, mas também como uma forma de existir, ou seja, um sintoma que faria laço social, um acontecimento de corpo.

III.II. Obesidades no contexto contemporâneo: o sujeito “engolido”, o sujeito “amarrado”

*“A gente não quer só comer
A gente quer prazer pra aliviar a dor
A gente não quer só dinheiro
A gente quer dinheiro e felicidade”
(Titãs, Comida)*

O mais frequente distúrbio da função da nutrição é a falta de vontade de comer, devido à retirada da libido. O aumento da vontade de comer também não é raro; a compulsão de comer, que busca justificar-se pelo medo de passar fome, é pouco estudada (FREUD, 1926/2014, p. 16).

Na atualidade, não é preciso ser um grande entendedor sobre a obesidade para perceber que, apesar de assertivo, ao dizer sobre os escassos estudos acerca da obesidade – principalmente se considerarmos a ótica psicanalítica –, o pensamento de Freud é datado ao justificar a compulsão alimentar pelo medo de passar de fome, haja vista a condição em que essa manifestação tem se apresentado. Tampouco poderíamos dizer, considerando a importância da obesidade no cenário contemporâneo, apenas que “o aumento da vontade de comer também não é raro”; Freud, ao formular isso, certamente não imaginava o que nos esperava no futuro.

Como vimos, a obesidade, enquanto fenômeno epidêmico da pós-modernidade, é um problema que vem aumentando significativamente desde meados do século XX, sendo favorecida e potencializada na sociedade atual. Não menosprezando as repercussões na saúde física do indivíduo e o impacto que essa “doença” assume no contexto socioeconômico – uma vez que são de extrema seriedade e já foram apontadas –, atentaremos agora para uma

reflexão que vai além e que interroga, sob a perspectiva psíquica, acerca dessa manifestação na atualidade. O que a psicanálise tem a nos dizer sobre a obesidade? E mais, o que a psicanálise tem a nos dizer sobre a obesidade tendo em vista o contexto contemporâneo? Muito, certamente, ainda que não encontremos na teoria freudiana e lacaniana discussões diretamente relacionadas à obesidade¹⁰⁶ e a literatura específica sobre o tema ainda seja escassa.

Tendo em vista o cenário apresentado ao longo deste estudo, tanto no âmbito social/contemporâneo quanto no âmbito individual/subjetivo, algo parece se delinear no sentido dessa compreensão. Considerando a teoria de Freud e Lacan acerca do corpo e do sintoma e a influência da sociedade contemporânea no desenvolvimento/aparição dos sintomas, assim como a leitura da obesidade a partir de alguns autores, a obesidade será aqui apresentada a partir de duas vertentes: uma obesidade que contemplaria o *recalcamento* e, portanto, enquanto sintoma, pertencendo e respondendo a um determinado discurso e uma determinada relação com o gozo; e outra obesidade que se aproximaria da forclusão, uma espécie de *psicose ordinária*¹⁰⁷, donde o sintoma se apresentaria sob a forma de acontecimento de corpo.

Iniciaremos nossa discussão a partir do âmbito no qual a obesidade deve ser considerada um problema psicossocial, na medida em que o homem se constitui inserido em um determinado contexto e responde a este de acordo com suas possibilidades, ou seja, a obesidade em seu grau pandêmico parece delatar uma condição do sujeito, e, para além, uma condição da sociedade. Nesse sentido, em sua dimensão multicausal, se mostra correspondente a uma das saídas sintomáticas que o sujeito encontra frente ao mal-estar vivenciado

¹⁰⁶ Apesar dessa carência, encontramos, na teoria psicanalítica, principalmente a partir de Lacan, subsídios para pensar a obesidade na atualidade.

¹⁰⁷ O termo *Psicose ordinária* não é uma categoria de Lacan, ele foi designado assim por Miller a partir dos ensinamentos de Lacan. Miller (2012) refere que o termo psicose ordinária “é uma criação que concebo como extraída do que chamamos ‘o último ensino de Lacan’, ele próprio um efeito do retorno ao desenvolvimento pragmático do seu ensino ao longo dos 30 anos do Seminário” (p. 399). O autor alega não ter inventado um conceito com a psicose ordinária, mas, sim, uma palavra, uma expressão, um significante, “dando a ele um esboço de definição que pudesse atrair diferentes sentidos, diferentes ecos de sentido em torno deste significante” (p. 401).

na atualidade, configurando assim uma das novas e significativas patologias da pós-modernidade.

Melman, a partir do estudo da toxicomania, da delinquência e do alcoolismo, aponta para a existência de sintomas sociais que se dão a partir da inscrição em um determinado discurso, que é o discurso dominante de uma sociedade em uma época específica, sendo que “somente neste sentido que podemos falar de sintoma social” (1992, p. 66). Esses sintomas sociais, entretanto, não estariam relacionados à sua incidência estatística nem aos eventuais problemas que tais quadros podem colocar ao convívio social, mas, sim, à articulação discursiva própria a cada um deles, que encontra uma inscrição específica no discurso social dominante, ou seja, o conceito de sintoma social dominante fala do que uma sociedade pode, pelo seu estilo, induzir nos sujeitos do recalçamento¹⁰⁸, refletindo aquilo que particulariza uma sociedade. Dessa forma, e como já apresentado anteriormente, podemos dizer que, se é um sintoma, é certamente porque este se relaciona com o mal-estar na civilização, logo, é fundado pelo social.

Tomando por base que o inconsciente é interpsíquico, ou seja, se produz e se comunica com o social, entendemos que este se apresenta, consequentemente, como tributário dos discursos sociais. Nesse sentido,

não há subjetividade que se organize fora do laço social, posto que os discursos não são senão o fato de ser a subjetividade articulada ao laço social ao mesmo tempo em que ela o articula”, ou seja, a “subjetividade está intimamente ligada ao que ela recebe do que chamamos, para simplificar, a coletividade (MELMAN, 1992, p. 42).

Portanto, para pensar em um sintoma/manifestação como social, é fundamental que se considere as incitações exercidas pelo meio e os tipos de gozo que o permeiam.

Retomando Lacan e, a partir das considerações de Melman, podemos dizer que o sintoma social dominante está diretamente relacionado à questão do gozo, ao qual todos renunciamos enquanto condição para a entrada no laço

¹⁰⁸ A especificação do recalçamento se deve ao fato de que o sujeito só faz laço social a partir do recalçamento, ou seja, para participar do meio social e ser tocado pelos designios do discurso social, o sujeito, obrigatoriamente, tem que ter passado pelo recalçamento, pela castração. Essa relação entre sintoma, castração, recalçamento e discurso social remete à pérola lacaniana de que “o pai é um sinthoma” (LACAN, 1975-1976, p. 11).

social, mas o que buscamos incessantemente recuperar principalmente diante das promessas do consumo. Nesse sentido, o discurso social apresentaria as promessas de consumo pertinentes a cada contexto histórico em que o discurso se dá¹⁰⁹. É nesse sentido que o discurso norteará o modo de relacionar-se com o gozo e que a sociedade é responsável pelos sintomas que produz nos sujeitos.

Com base nas considerações de Melman e estendendo-as a outras manifestações da atualidade, podemos pensar a obesidade também¹¹⁰ como um sintoma social, tendo em vista que é típica uma certa obesidade em determinados contextos. Aliás, os obesos, capturados pelo discurso social dominante (que, no caso, se apresenta como o discurso capitalista, pautado no gozo *à volonté*) parecem responder muito bem a esta ordem, e é justamente por isso que precisamos entender a obesidade para além do âmbito individual, enquanto um problema de saúde coletiva.

Imerso nas contingências da sociedade atual, o obeso reage às intercorrências que o atravessam na contemporaneidade da forma que pode e consegue. Recalcati (2002) compreende a obesidade como um fenômeno psicopatológico que exemplifica as consequências da estruturação das sociedades capitalistas com seu empuxo à satisfação, trazendo como uma de suas marcas um corpo que se reduz a ser um continente de objetos de gozo e não mais de desejo. Dessa forma, a

bulimia, obesidade e dependências patológicas [...], justamente por mostrarem o primado absoluto do objeto sobre o signo, manifestam-se como patologias da época contemporânea. O Outro contemporâneo é, de fato, um Outro que deixou cair seu poder histórico de interdição e que sustenta a lei perversa do gozo ao alcance das mãos de todos. Essa transformação histórico-social do Outro contemporâneo foi sintetizada por Lacan como passagem do discurso do mestre ao discurso capitalista. Se o primeiro sustenta a interdição do gozo e faz valer uma concessão hierárquica do poder, o segundo, pelo contrário, aparece como um circuito de reciclagem no qual “tudo se consome” incessantemente e segundo uma expansão

¹⁰⁹ E como o próprio Lacan nos mostrou com sua teoria dos discursos e o estudo de uma nova configuração social baseada no capitalismo, esses discursos são passíveis de mudança, de reestruturação, acompanhando o momento histórico. Aliás, é a isso que o discurso capitalista vem responder: às mudanças na estruturação das sociedades e o impacto destas na estruturação do psiquismo.

¹¹⁰ Digo “também” porque a discutiremos a partir de outras óticas.

globalizante, na ilusão de que nessa consumação infinita a “falta-a-ser” do sujeito possa ser magicamente resolvida (RECALCATI, 2002, p. 61).

Assim, capturado pelo discurso capitalista, com sua demasiada oferta de objetos de gozo que prometem suprir demandas de diferentes ordens, saturando a falta-a-ser do sujeito e “facilitando” sua vida, o obeso é a figura perfeita para se encaixar na ordem de consumidor (in)feliz.

O obeso alimenta a indústria consumista de todas as formas, desde o consumo de produtos que os levam à obesidade até o consumo de produtos que o tirem desta condição, como é o caso dos medicamentos (tanto os utilizados para emagrecer quanto aqueles para controle das comorbidades advindas ou agravados pelo excesso de peso) e da cirurgia bariátrica. Desse modo, nos deparamos com um paradoxo ao qual o sujeito obeso não consegue escapar: na mesma medida em que são engolidos pela lógica do mercado de consumo, respondendo a este com a obesidade, evidenciam, ao excederem, uma falha nesse sistema, que passa a enxergá-lo como marca da falta de controle e do excesso, e, por fim, o recrimina como dejetos do consumismo. Dejetos este que precisa ser (re)moldado para novamente ser inserido na sociedade e nos seus pressupostos e, assim, o obeso retroalimenta o sistema com o consumo de produtos para emagrecer e (re)aceder aos padrões sociais preconizados. Mantendo-se na lógica do consumidor ideal, ele consome antes e depois, com a comida e com os tratamentos. Assim, lidamos com um tempo em que o modo de produção capitalista, na mesma medida em que seduz os sujeitos e produz suas “mazelas”, os exclui quando entende que estes não seguem determinados padrões preconizados socialmente¹¹¹, ainda que permaneçam no circuito do consumo, como é o caso do obeso.

Na sociedade atual, consagrada pela necessidade de obtenção de prazeres rápidos e respostas imediatas, o consumismo apresenta-se como a solução para todos os males. “Está triste? Está ansioso? Brigou com alguém? Está com problemas no trabalho, na família ou no relacionamento? Compre! Coma! Consuma! Eu tenho a solução para o seu sofrimento! Goze!” – Esse poderia ser facilmente o *slogan* do discurso capitalista na sociedade atual. O

¹¹¹ O que pode resultar em outras questões psíquicas, como insatisfação com o corpo, isolamento, depressão, dentre outros, e até mesmo agravar o quadro de obesidade.

imperativo está dado: não é preciso lidar com a falta, com a angústia, com o sofrimento psíquico. Talvez por isso, inclusive, seja tão difícil combater a obesidade: o próprio sistema que a condena, sustenta sua manutenção.

Nesse sentido, vale dizer que esse sistema é impiedoso e não poupa nem as crianças. Vemos incessantemente a mídia destinada ao público infantil se apropriar (ainda que sem a dimensão de sua ação – o que é questionável, dada a imposição do capitalismo e suas vias escabrosas) das primeiras experiências infantis (aquelas vividas durante o período de amamentação) e suas sensações e tentar ressaltá-las, seja por meio de canções, propagandas ou desenhos, induzindo ao consumo exagerado e reforçando a ideia da alimentação associada ao prazer e à satisfação, seja destacando a satisfação/felicidade própria do sujeito ou a de um outro, como a mãe. Basta atentar às propagandas de alimentos calóricos e açucarados destinadas ao público infantil. Elas são, em sua maioria, associadas à imagem de personagens de desenhos animados e em tom de satisfação, brincadeira e felicidade. A situação é tão delicada que outras propagandas brincam com a realidade dos hábitos alimentares das crianças, chocando, embora em tom irônico, com o famigerado e estranho pedido pelo “brócolis” ou “chicória”¹¹².

Outro exemplo clássico e notável relaciona-se à produção cultural de músicas infantis, onde encontramos canções que visam atingir o público em massa e que se difundem com facilidade, como os conhecidos refrãos “*Come, come, come que a mamãe fica contente, come, come, pra ficar mais forte e inteligente*”, ou então “*Meu lanchinho, meu lanchinho, vou comer, vou comer, pra ficar fortinho, pra ficar fortinho e crescer*”, e até mesmo músicas inteiras que fazem menção à alimentação em exagero, como:

quero acordar bem cedinho, fazer um lanchinho, laranja, café, leite e pão. Quero também chocolate, iogurte, abacate, biscoito, presunto e melão. Quero comer toda hora uma torta de amora, bolinha de anis ou caju. [...] Quero comer no almoço, um bife bem grosso, polenta, batata e arroz. Prefiro carne assada, banana amassada, com leite, sucrilhos depois! Quero ensopado de frango, suspiro, morango, pudim e manjar. Eu vou ficar numa boa comendo a leitoa com broa depois do jantar! [...] Eu como de uma só vez a comida de um mês até minha barriga crescer! Comer, comer, comer, comer, é o melhor

¹¹² Como veiculado em um comercial de Sustagem Kids em 2006.

para poder crescer!

Canções que, na medida em que apresentam e instigam uma alimentação que ultrapassa a necessidade física, reproduzem a ideologia do consumo alienado, tão presente na sociedade atual.

O consumo parece estar tão enraizado que é comum vermos os próprios pais responderem às diferentes demandas das crianças com comida. Desejantes de atenção, fazendo “birra” ou chorando, não importa o motivo, a questão muitas vezes é sanada com um biscoito, com um salgadinho, com a televisão ou com doces. A pergunta que fica é: o que esperar de nossas crianças frente a esse cenário? A nosso ver, a obesidade infantil, com seus elevados índices, parece responder bem a essa questão, e ainda sinaliza outra, marca do contemporâneo: a substituição da presença dos pais pelos objetos de consumo – e, nesse sentido, há de se entender o enfraquecimento da função paterna e a ascensão do Outro do mercado, ou seja, sua substituição pela lógica do discurso capitalista. O fato está dado: a mudança da modernidade para a pós-modernidade parece ter afetado diretamente nas relações interpessoais e, mais especificamente, familiares.

Ofertando a satisfação imediata e prometendo o bem-estar, a lógica do capital seduz muito bem ao obeso, que responde a esse convite de forma alienada, da forma como pode. Assim, os festins gastronômicos se transformaram em uma das marcas da contemporaneidade: tudo envolve (ou, poderíamos dizer, se resolve com?) comida. É como se o sujeito da obesidade, impossibilitado de se encontrar com seu desejo e na ânsia pelo gozo ilimitado, não tivesse condições de barrar o excesso de possibilidades e de objetos oferecidos, devorando tudo – inclusive seu próprio superego, seus limites, sua identidade, sua sexualidade e suas referências. Tudo se passa como se o sujeito estivesse mergulhado em um canibalismo simbólico. Desse modo, padece da rejeição que advém tanto da sociedade quanto de si próprio, que, na mesma medida em que busca gozar a todo custo, se sente mal ao se excluir dos padrões impostos (de beleza e saúde), além de sofrer com os efeitos físicos advindos do corpo excessivo.

Seu corpo, que denuncia seu descontrole, na mesma instância é incumbido a responder de forma patológica, refletindo, ainda que de maneira

distorcida e antagônica, em uma tentativa de frear a infinita oferta de objetos de gozo da sociedade de consumo. Assim, na medida em que o corpo físico passa a não suportar mais a condição que lhe é imposta (o que se verifica, por exemplo, pelo declínio da função de alguns órgãos e pela disfuncionalidade de outros), o risco de morte passa a ser, em alguns casos, o freio, o limite que o sujeito por si não consegue colocar. Em outras palavras, seria então a morte que colocaria fim àquilo que o sujeito não pôde fazer por si só. A questão é: de onde vem a dificuldade desse sujeito?

A resposta pode ser simples: esses sujeitos parecem estar imersos em uma relação intrínseca com o gozo. É o gozar a todo custo; o gozar independentemente de como, é a busca da felicidade e da satisfação pelo consumo de objetos ofertados pelo mercado como detentores do gozo pleno; mas vale dizer que são objetos de gozo parcial, porque o sujeito nunca atinge o gozo total que deseja, e, assim, persiste na busca por este. Retomando Freud e Lacan no que tange à pulsão e à repetição, podemos dizer que se trata de um funcionamento pulsional, marcado pela busca do objeto *a*. Assim, estaríamos diante de uma obesidade favorecida e resultante de uma conjuntura presente na sociedade contemporânea. São essas características, inclusive, que nos levam a conjecturar uma diferença entre um sujeito da obesidade e um obeso propriamente dito, onde de um lado, teríamos um sujeito que, diante de suas características psíquicas, estaria propício a ser capturado pelo alimento (um sujeito potencialmente vulnerável à obesidade e ao consumo) e, de outro lado, um sujeito já capturado, mas capturado enquanto uma função existencial, uma função estruturante – ele é, não está.

Outro aspecto importante, que vai ao encontro da incidência da obesidade e das dificuldades do sujeito em controlá-la, é que esses sujeitos, em sua maioria, parecem carecer de recursos simbólicos para elaborar psiquicamente suas questões, transformando, conseqüentemente, o sofrimento psíquico em dor¹¹³. Nesse sentido, a obesidade viria como resultante de algo da ordem do não elaborado, do não representado, em que a comida funcionaria como uma espécie de anestésico.

¹¹³ Dado que a literatura, com diversos estudos (LOLI, 2000; RECALCATI, 2002; CRESPO, 2008), pautados no atendimento a pessoas obesas, nos mostra, e que corroboro com minha prática clínica.

Essa dor estaria, entretanto, relacionada ao gozo e ao desejo, como demonstra Lacan em *O lugar da psicanálise na medicina* (1966/2001), e se apresentaria como uma “reação propriamente dita à perda do objeto” (FREUD, 1926/2014, p. 121) e à dificuldade de simbolização desse objeto perdido (BIRMAN, 2014a). Em outras palavras, estaríamos diante de uma modalidade de obesidade pautada na dor, consequência de uma dor psíquica, a qual o sujeito não consegue dar conta; uma obesidade que encobriria a dor psíquica – o que seria reflexo da mudança nas categorias constitutivas do sujeito observadas na contemporaneidade, como apontado por Birman (2014a). É nesse sentido que a comida, enquanto objeto de consumo, se faz atrativa: ela mascara a dor, em certa medida, prometendo o reencontro com o gozo pedido.

É possível observar, na clínica com pessoas obesas, uma importante dificuldade de entrar em contato e refletir sobre aquilo que mobiliza suas emoções, muitas vezes não sendo possível reconhecê-las, distingui-las, representá-las ou verbalizá-las. McDougall (1996) usa o conceito de desafetação para falar dos indivíduos que não conseguem expressar em palavras seu estado afetivo ou que não conseguem distingui-los, dispersando-os sob a forma de ação e, assim, atenuando uma excitação afetiva insuportável – o que podemos, claramente, observar em muitos casos de obesidade. É a isso que Lacan, em certa medida, reconhece enquanto uma certa dificuldade de simbolização.

Lacan, em seus estudos, já havia atentado para essa importante mudança da constituição da subjetividade na modernidade, deslocando o sujeito da teoria centrada no Simbólico para uma teoria centrada no Real, onde o sujeito se depara com a dor e com sintomas que denotam a fragilidade de suas referências simbólicas. Diante desse real que insiste, Zucchi (2002) coloca que “os reparos, as reformulações e novas produções serão uma constante na história da teoria psicanalítica” (p. 04), ou seja, Calligaris (2002) estava certo ao dizer que cada época é responsável por suas patologias e modos de gozo.

O que não se pode esquecer é que esse real do corpo da obesidade traz um significativo risco de morte, e, para além, traz juntamente a essa dificuldade, no campo do simbólico, um impasse no tratamento clínico desses sujeitos pela via da palavra (RECALCATI, 2002; DUNKER, 2015) – sujeitos

esses que, inclusive, raramente apresentam um interesse espontâneo pelo tratamento *psi*, sendo levados a este por intermédio de orientações externas. Na literatura, diversos estudos realizados com pessoas obesas indicam que o tratamento psíquico se deu a partir do cenário hospitalar e/ou de uma intervenção médica, visando especialmente o acompanhamento multidisciplinar para auxiliar no emagrecimento e na adequação do sujeito às mudanças solicitadas, seja com o objetivo de preparo para cirurgia bariátrica ou apenas para cuidar de questões que dificultam a adesão e o sucesso do sujeito no tratamento médico/nutricional (LOLI, 2000; VASCONCELLOS, 2005; CRESPO, 2008; MACHADO, 2011).

Recalcati (2002) observa que,

essa dificuldade no acesso ao *metabolismo simbólico* precede fundamentalmente a dificuldade do *metabolismo fisiológico*. Isso é o que diversos autores observaram como atitude dos sujeitos obesos quanto a uma espécie de pensamento concreto-operatório, como efeito de uma separação entre os afetos e os pensamentos, entre o próprio sujeito e sua realidade psíquica. [...]. Essa dificuldade em nossa prática clínica [. se mostra como uma tendência ao achatamento da fala na atualidade cotidiana, como dificuldade uma específica de assumir uma perspectiva histórica sobre os eventos, como palavra vazia separada do ser sujeito, como inadequação geral do simbólico para interferir no real do corpo (RECALCATI, 2002, p. 55).

Nesse sentido, diversos estudos apontam para uma importante resistência do obeso ao tratamento psicanalítico (LOLI, 2000; RECALCATI, 2002; CRESPO, 2008). A dificuldade de entrar em contato, verbalizar e enfrentar seus próprios problemas e afetos, assim como de tolerar a angústia e a falta, se apresentam como uma barreira para o tratamento. Ao permanecer no pensamento concreto-operatório, o sujeito não chega a criar hipóteses, não produz movimento psíquico, tampouco reflete sobre suas questões e sua obesidade, mantendo-se, assim, na mesma posição subjetiva e, conseqüentemente, não se dispõe a abandonar o recurso da ingestão de alimentos – condição que, por exemplo, no caso de uma cirurgia bariátrica pode levar a resultados insatisfatórios¹¹⁴.

¹¹⁴ Nesse sentido, Loli (2000) apresenta em seu estudo alguns casos que ilustram a complexidade da obesidade e dos quais um nos chama a atenção: uma mulher que, após

Corroborando com Recalcati e a partir de seu trabalho com obesos, Loli (2000) pontua que,

tendo em vista o encadeamento dos diversos casos clínicos apresentados até o presente momento, foi possível verificar uma relação peculiar dessas pacientes com a própria experiência afetiva, cujo quadro característico foi a desistência do tratamento com uma verdadeira verborreia sem reflexão, tendo como consequência a estagnação dos processos psicoterápicos. Na clínica, com essas pacientes, como foi relatado, pude constatar que os sentimentos não eram para ser sentidos, sendo então, com uma frequência imensa, mesclados, confundidos e engolidos. O aparelho psíquico dessas pacientes parecia não desenvolvido de maneira que elas pudessem usar o pensamento como forma de enfrentar e resolver seus próprios conflitos (p. 75).

E mais adiante acrescenta,

conjecturo que, em geral, essas pacientes empenham-se no sentido de dispersar suas emoções e demonstram-se avessas à consciência da vivência emocional [...]. Os casos clínicos acompanhados comumente faziam referências às dificuldades de expressão de afetos tanto positivos (carinho, amor, gratidão, alegria etc.) para com seus filhos, maridos, pais e amigos, bem como afetos referentes à raiva, tristeza etc. mobilizando-lhes um forte impulso de comer (p. 123).

O que se nota, em muitos casos, é que o sujeito obeso parece não viver o conflito, “engolindo-o” e, assim, permanecendo sem integrá-lo, elaborá-lo ou superá-lo.

um mês e meio de acompanhamento multiprofissional, consegue emagrecer, perdendo 9 quilos, e, diante desse emagrecimento e do confronto com a angústia gerada por suas questões (antes camufladas pelo excesso de peso) que afloram, deixa de seguir o tratamento, voltando a engordar. A autora compreende que “aquilo que deveria ser um conflito psíquico, tem somente um equivalente concreto e, portanto, desencadeia ações também num nível concreto” (p. 41), ou seja, sem a simbolização que lhe é devida, as equações que a paciente estabelecia não puderam ser vivenciadas no seu âmbito emocional. No entanto, o que merece destaque nesse caso é a forma como, ao longo das sessões com a psicanalista, o sujeito em questão, ainda que diante da enorme dificuldade de refletir e simbolizar suas questões mais angustiantes, consegue apreender e verbalizar algo sobre sua obesidade, dando um sentido a ela e assumindo a escolha por se manter obesa: “É, resolvi que vou engordar mesmo... quero engordar... acho que assim é melhor para minha vida. Como já coloquei... nesse tempo todo deu para eu descobrir que eu tenho é medo do que vai acontecer comigo se eu emagrecer...” (p. 46). Esse caso ilustra mais uma vez a complexidade da obesidade e o significado muito particular que essa manifestação pode assumir para cada sujeito, destacando a importância da compreensão do significado do peso excessivo antes de qualquer intervenção.

Uma hipótese para se compreender esse cenário observado no tratamento de pessoas com obesidade, ou seja, a dificuldade de simbolização e de lidar com os conflitos – condição que sustenta o sujeito em um certo pensamento concreto-operatório – é que a dificuldade de simbolização estaria amparada na capacidade onírica que também se mostra prejudicada na atualidade, como pontuado por Birman (2014a). Segundo o autor, é diante da impossibilidade de sustentação do desejo e da simbolização daí decorrente que se constitui uma modalidade de subjetividade que sonha pouco, ou mesmo não sonha – o que Loli (2000) pôde constatar na clínica com obesos:

Ao analisar meus dados clínicos, observei que com essas pacientes misteriosamente os sonhos não aparecem em nenhuma das sessões e com nenhum dos casos acompanhados. De maneira muito semelhante, posso afirmar que a vida onírica dessas pacientes era extremamente pobre. Os sonhos, um dos principais recursos da psicanálise para o acesso ao inconsciente, nunca surgiram (p. 78).

Assistimos ao homem contemporâneo mediante sua situação de desamparo, permeado pelo sentimento de vulnerabilidade e solidão que experimenta constantemente, se deparar insistentemente com a falta, inerente a todo sujeito, mas que, nesse contexto, assume um caráter acentuado, sendo vivida como um certo sentimento “vazio” (BIRMAN, 2014a; ZUCCHI, 2002; RECALCATI, 2002; DUNKER, 2015). E é este “vazio” que se apresenta insuportável, na medida em que não é passível de simbolização, que o sujeito da obesidade parece estender e subjugar ao vazio do estômago.

O comer se torna um ato com motivações que vão muito além de saciar a fome e suprir as necessidades nutricionais do organismo: se torna um impulso pelo qual o sujeito busca resolver seus impasses e ascender ao gozo perdido, numa espécie de tentativa de saciedade psíquica, e o vazio do estômago assume equivalência com o vazio sentido diante da falta inerente a sua existência – o que talvez justifique, à expensas dos prejuízos à saúde, que o sujeito se mantenha nessa condição. Ele “já está engolido”.

Loli (2000) ilustra esse vazio ao transcrever um trecho do relato de uma paciente, denominada A, acompanhada por ela (T):

A: “... o meu maior problema é à tarde... mas sabe o que eu andei percebendo... que não é fome que eu sinto à tarde... é um vazio no estômago e antes eu ia e comia porque doía muito e com a comida pelo menos passava temporariamente... era um buraco doído e a comida aliviava...” [...]

T: Que vazio é este? Fale dele...

A: “Não sei... é um vazio que também não se alivia com a comida, mas agora eu estou atenta, quando não é fome eu evito comer... aí eu procuro sair, me afastar das panelas, por que se fico ali... aí eu como mesmo sem fome... estou atenta quando é fome mesmo ou quando é para encher esse vazio que eu como...” (p. 65 e 66).

Zucchi (2002) refere que na “Obesidade, por sua vez, tudo o que se come serve para circunscrever um “nada”, “um vazio” que insiste, retornando para o sujeito sem mediação significativa” (p.19). Nesse sentido, “o alimento é apenas um suporte material do verdadeiro objeto em torno do qual essa patologia se organiza- o *nada*” (p. 19).

A incitação midiática ao consumo, associada à constante oferta de produtos calóricos, acessíveis, “irresistíveis” e práticos¹¹⁵, ao trazerem para o sujeito um significativo prazer, alívio ou anestesiamento ao serem ingeridos, culmina em incentivar que o sujeito tente suprir esse vazio através da ingestão desenfreada e irracional de alimentos. Nesse contexto, a voracidade atinge níveis significativos. A força motriz para a alimentação deixa de ser a fome e assume qualquer outra condição que atravessasse o sujeito naquele momento: ansiedade, depressão, solidão, tristeza, sentimentos não nomeados... E, nesse sentido, a pergunta se torna retórica e ecoa: “Você tem “fome” de que?”

O embaraço é que o consumo, por fim, não supre esse vazio – uma vez que não é disso que se trata, pois o sentimento de vazio (atrelado à falta) é inerente ao sujeito e nenhum tratamento (incluindo-se a psicanálise) ou objeto poderia supri-lo –, e, na maioria dos casos, gera outras consequências que agravam ainda mais a condição do sujeito. Resta ao sujeito da obesidade, para além das consequências intrínsecas de seu excesso de peso, lidar com as questões psíquicas, que vão desde as decorrentes de sua própria subjetividade, àquelas em torno da aceitação social (cabe dizer aqui tanto dos problemas relativos ao preconceito da sociedade com o excesso de peso

¹¹⁵ É notável, na sociedade contemporânea, a presença e o crescimento substancial do estilo culinário *fastfood*, que é disseminado principalmente nos segmentos das classes sociais médias e populares, por se apresentar como uma comida rápida, gostosa e barata.

quanto aqueles relacionados às características peculiares do comportamento alimentar da maioria das pessoas que apresentam obesidade – alimentos ingeridos em grandes quantidades e de forma compulsiva), da imagem corporal e do mal-estar que sente frente ao descontrole.

A título de exemplo, inúmeras foram as vezes que ouvi os pacientes que se “preparavam” para gastroplastia, em seus repetitivos discursos¹¹⁶, queixarem-se: *“Me sinto mal depois que como demais”*; *“Depois que engordei me tornei uma pessoa triste”*; *“Acho que a depressão tem a ver com o excesso de peso, que prejudica muito a minha vida”*; *“Perdi meu emprego por causa da obesidade”* ou então *“Não consigo arrumar emprego, porque ninguém quer alguém gorda como eu trabalhando na empresa”*; *“Meu marido me trai porque estou assim, obesa, horrível, mas se eu emagrecer ele vai voltar a me amar”*; *“As pessoas na rua me olham de cara feia, você [referindo-se a mim] não tem ideia de como é o preconceito com os gordinhos”*; *“Sabe, doutora, sou assim [obesa] porque sou muito ansiosa, não consigo parar de beliscar, me acalma”*; *“Não consigo me olhar no espelho, pareço um monstro”*. De tudo o que era dito, duas coisas ecoavam: *sofro e gozo*.

Essas foram algumas das muitas frases que demonstravam que, de alguma forma, a obesidade, ainda que tivesse uma função de completude/suplência para o sujeito (embora, em sua maioria, nem de longe contemplada pelo sujeito, aparecendo muitas vezes camuflada em seu discurso), incomodava-o e trazia outros prejuízos que afetavam diretamente em sua existência. Um conflito posto: de um lado, o bem-estar trazido pela comida; de outro lado, o mal-estar que persistia, reincidia e se reinventava em decorrência das consequências dessa alimentação demasiada e da não obtenção do gozo desejado, o gozo pleno, o gozo todo. A questão é: do que o sujeito tem fome? De onde vem essa fome insaciável? Alguns autores apontam a fome do obeso como uma fome pulsional. Recalcati (2002), por exemplo, refere que,

nesse contexto de ocultação do excesso que parece caracterizar o convívio contemporâneo, o corpo e a fome inumana da obesidade, constantemente em excesso, parecem, pelo contrário, manifestar aquilo que a ação cultural do

¹¹⁶ Repetitivos no sentido de serem reproduzidos por distintos pacientes.

simbólico remove: o fundo obscuro e indomável do real acéfalo da pulsão, o caráter residual da animalidade como impulso a um gozo mortífero (p. 53).

Aliás, o próprio Freud já relacionava a alimentação à pulsão, indicando a oralidade enquanto via de satisfação. Partindo da concepção de que a primeira fonte de interação do bebê com o mundo se daria através da boca, por meio da oralidade – manifestada em primeira instância pelo ato de chuchar, presente na amamentação, ou seja, no contato da criança com o seio materno –, Freud postulou que a boca e a ingestão de alimentos são a primeira fonte de prazer e desejo conhecida pela criança.

Segundo o autor, “os lábios da criança se comportam como uma zona erógena e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa” (FREUD, 1905/1996, p. 171), de forma que a satisfação da zona erógena estaria associada, a princípio, com a necessidade do alimento. Na fase de amamentação, a boca se torna o foco de gratificação libidinal, o que faz da experiência de ser alimentado algo bastante prazeroso. Além disso, há toda carga afetiva, uma troca interpessoal, envolvida nas primeiras experiências de alimentação, o que parece endossar a relação com o prazer (FREUD, 1905/1996).

Essa marca da experiência prazerosa da alimentação se inscreve, então, no psiquismo, de forma que, ao longo da vida, o sujeito continua a buscá-la. Freud nos mostrou também que na constituição do psiquismo podem haver fixações em determinadas fases, sendo a oralidade uma possibilidade. É nessas duas vertentes que a obesidade também pode ser pensada enquanto um sintoma da ordem pulsional. O que se constata na obesidade é que nem sempre o obeso come por fome, e, ainda que a fome seja a força motriz para iniciar a alimentação, o excesso do alimento deflagra o caráter psíquico envolvido no ato de se alimentar.

Freud (1916/2014) ainda nos mostrou que o sintoma é resultado de uma deformação da satisfação inconsciente de um desejo libidinal, referindo que o sintoma pode reproduzir uma satisfação atrelada à primeira infância; essa reprodução deformada diante da censura do conflito resultaria, entretanto, em certo sofrimento. É partindo dessa lógica freudiana que Fonsêca (2009) refere que a comida pode ter a função de um objeto propulsor da satisfação

procurada pela pulsão e ainda ser um recurso de contenção de sofrimento, de modo que poderia ser considerada imaginariamente como o objeto capaz de conter a angústia inserida pelo sintoma. A autora conclui dizendo que,

baseando-se na ideia de Freud de que o sintoma pode se formar a partir de uma descarga não apropriada de afeto, que são dependentes das experiências pessoais do sujeito, podemos fazer uma relação com o desamparo inicial próprio dos primeiros anos de vida, o que nos leva a pensar na possibilidade de sintomas psíquicos retornarem em uma experiência que é comum a esses sujeitos como a associação entre o desejo de ser alimentado e a satisfação (FONSÊCA, 2009, p. 10)

Lacan, em *O Objeto do Desejo e a Dialética da Castração* (1961/2010), a partir de uma concepção de demanda e desejo, interroga: “O que é uma demanda oral?” (p. 251), e responde: “É a demanda de ser alimentado” (p. 251). Considerando que essa demanda é dirigida ao Outro, Lacan ainda refere que “por força da estrutura significante, à demanda de ser alimentado responde, assim, e de uma maneira que se pode dizer logicamente contemporânea a esta demanda, no lugar do Outro, no nível do Outron, a demanda de se deixar alimentar” (p.251). Nesse sentido, pontua que,

no primeiro conflito que explode na relação de alimentação, no encontro da demanda de ser alimentado com a demanda de se deixar alimentar, manifesta-se que esta demanda é transbordada por um desejo – que ela não poderia ser satisfeita sem que esse desejo se saciasse ali – que é para que esse desejo que transborda a demanda não se sacie que o sujeito tem fome, pelo fato de que à sua demanda de ser alimentado, responde à demanda de se deixar alimentar, não se deixar alimentar, e recusa de alguma forma desaparecer como desejo pelo fato de ser satisfeito como demanda – que a extinção ou o esmagamento da demanda na satisfação não poderia produzir sem matar o desejo (p. 252).

A partir do desejo, Lacan (1961/2010) assinala que a demanda oral tem outro sentido além da fome: ela é demanda sexual, é, em seu fundo, o canibalismo que nos diz Freud em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, “e o canibalismo tem um sentido sexual. Ele nos recorda, o que está mascarado na primeira formulação freudiana, que o alimentar-se está para o homem, ligado à boa vontade do Outro – está ligado a este fato por uma

relação polar” (p. 253). O autor ainda infere que a libido sexual é um excedente, “mas um excedente que torna inútil toda a satisfação da necessidade ali onde ela se coloca. E à necessidade, é mesmo o caso de dizer-se, ela recusa essa satisfação para preservar a função do desejo” (p. 253).

As formulações lacanianas nos apontam, portanto, o caráter insaciável da fome, uma vez que sua própria estrutura a torna assim. Em suma, podemos entender a dificuldade que o obeso apresenta para recusar o alimento e o barrar, pois há o circuito pulsional, colocando em cheque a possibilidade mesmo de haver uma espécie de indistinção entre a necessidade e o objeto pulsional. Nesse sentido, Birman (2014a) complementa: “Entre a magia e o gozo, portanto, a comida é um objeto certo de sedução, mas pelo qual a magia pode se transformar num feitiço e num canibalismo mortífero, que deve ser prontamente repellido” (p. 91).

Roizman (2017) faz uma pontuação importante ao demarcar a comida e o alimento do registro do real, do simbólico e do imaginário. Segundo o autor, no registro simbólico “o alimento passa a existir como comida, pois a linguagem que ‘fabrica’ o alimento para o ser humano atinge tanto os âmbitos físico, químico e energético” (p. 65), de modo que “a função significativa da comida comporta tanto o nível subjetivo quanto o coletivo, posto que a comida possui uma representação na cadeia significativa, entrelaçando o inconsciente com a cultura” (p. 65). No registro do imaginário, Roizman refere que “a comida corresponde ao aspecto narcísico que sua imagem estética propõe ao comedor” (p.65), uma vez que “o que caracteriza a culinária humana é experiência estética do visual e do sabor” (p. 65) e não a necessidade, como no mundo animal. No registro do real, a comida é pensada “na articulação com os registros simbólico e imaginário, caracterizando-se como resto da identificação primária com o seio que escapa à metaforização e à imagem” (p. 65 e 66).

Um aspecto extremamente relevante é que a obesidade não vem desacompanhada enquanto único sintoma, e, nesse ponto, a medicina corrobora com o saber *psi*. Ela é uma encruzilhada perigosa; carrega consigo, na maioria das vezes, um arcabouço de outros sintomas que transitam desde

outras formas de compulsão e desordens alimentares até as ansiedades e depressões.

Inerente ao ser-humano, um parênteses se faz importante, no que tange à ansiedade: para a psicanálise, ela equivale à angústia. Freud, em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926/2014), aponta a ansiedade como uma reação frente a uma situação de perigo (castração) e relacionada ao recalçamento (FREUD, 1917/2014; FREUD, 1919/; FREUD, 1926/2014). O Autor ainda situa a angústia como o centro do desamparo enquanto uma falta de acesso ao objeto da satisfação, alegando que “tem uma inconfundível relação com a expectativa” (FREUD, 1926/2014, p. 114), sendo, portanto, sempre ansiedade de algo¹¹⁷. Nesse sentido,

a angústia é, de um lado, expectativa do trauma, e, de outro lado, repetição atenuada do mesmo. As duas características que nos chamaram a atenção na angústia têm origens diversas, portanto. Sua relação com a expectativa se liga à situação de perigo, sua indeterminação e ausência de objeto, à situação traumática de desamparo, que é antecipada na situação de perigo (FREUD, 1926, p. 116).

Lacan, entretanto, a partir da leitura de Freud e de observações próprias, faz uma outra leitura da angústia e a apresenta, no *Seminário 10*, enquanto um afeto que tem um objeto, o *objeto a*. Segundo o autor, esse afeto tem estreita relação de estrutura com o que é um sujeito, é um afeto da ordem da perturbação e não do sentimento, e está relacionado à introdução primária de um significante, ou seja, ao traço unário. Na medida em que a incidência do significante marca o sujeito (traço unário), se produz um resíduo, que escapa ao estádio do espelho (escapa da identificação), que é o *objeto a* (o objeto perdido), a garantia da alteridade do Outro e que causa no sujeito a angústia. Assim, a angústia se trata de um afeto relacionado ao desejo do Outro, de um Outro enquanto lugar do significante, de forma que a angústia se configuraria por meio da relação no campo do significante e sua articulação com o imaginário. Nesse sentido, a angústia vem do traumatismo de subversão à

¹¹⁷ A ansiedade, também descrita no DSM V e CID 10 como *Transtorno da Ansiedade Generalizada*, pode acarretar em sintomas como: dificuldade de concentração; alterações no apetite; inquietação; perturbações do sono; tensão muscular; tiques; transpiração; irritabilidade; dentre outros.

linguagem, da entrada do sujeito na linguagem, estando associada à representação e introduzindo a função da falta.

Nessa linha de raciocínio, Lacan, diferentemente do que propôs Freud, sinaliza que a angústia não está relacionada ao desamparo inicial; trata-se do seu oposto: está relacionada justamente ao amparo que o sujeito recebe, em que se faz enigmático algo que diz respeito ao desejo do Outro e donde decorre a constituição do desejo. Nesse sentido, a angústia emergiria na neurose a partir da possibilidade de faltar a falta, ou seja, de uma resposta à demanda que não preserve o vazio, causa do desejo. Em outras palavras, podemos entendê-la como aquilo que, do desejo e do gozo, revela-se estranho, surge da possibilidade do sujeito parar de desejar. Lacan ainda refere que a angústia é um afeto que não engana, pois é o real. Sobre a angústia, o autor coloca que,

a angústia é esse corte – esse corte nítido sem o qual a presença do significante, seu funcionamento, seu sulco no real, é impensável; é esse corte a se abrir, e deixando aparecer o que vocês entenderão melhor agora: o inesperado, a visita, a notícia, aquilo que é tão bem exprimido pelo termo “pressentimento”, que não deve ser simplesmente entendido como o pressentimento de algo, mas também como o *pré-sentimento*, o que existe antes do nascimento de um sentimento. Todos os desvios são possíveis a partir da angústia. O que esperávamos, afinal de contas, e que é a verdadeira substância da angustia, é o *aquilo que não engana*, o que está fora de dúvida (1962/2005, p. 88).

E ainda adverte:

não se deixem levar pelas aparências. Não é por poder parecer-lhes clinicamente perceptível a ligação entre angustia e a dúvida, a hesitação, o chamado jogo ambivalente do obsessivo, que se trata da mesma coisa. A angústia não é a dúvida, a angústia é a causa da dúvida (1962/2005, p. 88).

Essa premissa nos leva a entender a angústia (ou a ansiedade) como algo próprio ao neurótico. Sendo assim, qual seria o problema dela nos dias atuais? A questão da ansiedade no contemporâneo está atrelada à ascensão da angústia ao nível patológico, ao seu excedente, a um sentimento quase constante de um estranhamento, que deixa o sujeito à mercê das variáveis

desse tempo, um tempo em que os objetos de consumo parecem ocupar um lugar especial de apaziguamento.

Outro aspecto relaciona-se ao fato de que uma das características no homem na contemporaneidade é a dificuldade de se antecipar aos acontecimentos, tornando presente algo que ainda é ausente, o que parece contribuir para que a ansiedade assuma proporções tão significativas em nossa sociedade. O sujeito não está preparado; não entrevê o que pode vir; está à mercê do que nem imagina; e, sendo assim, leva à mingua qualquer possibilidade de localizar sua ansiedade em um objeto motriz – dificuldade essa evidente nos discursos que se anunciam nos consultórios *psi*. O que resta é o corpo que, diante das crises de ansiedade, pulsa, treme, desfalece, come.

Ao longo da história da humanidade, o corpo passou por uma série de transformações, vivenciando diferentes modos de significação, de existência e de experimentação. Desde a modernidade, assumiu o caráter de objeto de estudo e de campo de prática das técnicas e procedimentos da ciência, sendo considerado, na atualidade, como insígnia do que o sujeito é: fracassado ou bem-sucedido. A partir da forma pela qual o corpo se apresenta, somos capazes de lhe imputar uma série de (pré)julgamentos, dos quais o obeso, com seu corpo excedente, recebe os piores.

“Para evitar a obesidade, é preciso que se evite a comida”. Esse é o discurso que se repete nas mais diversas vozes; no entanto, diante de todos os elementos já apresentados, haja vista a evidência de que não se trata apenas de algo comportamental: sabemos estar defronte de algo que nem à distância contempla a simplicidade. O obeso também sabe disso, mas, por vezes, é assaltado pela cobrança dos que o cercam. “Coma menos”; “você PRECISA se controlar”; “se continuar comendo assim irá morrer”. Diante disso, não é incomum a presença prévia, o surgimento e/ou o agravamento de outros sintomas, como é o caso da compulsão alimentar, das bulimias e da depressão, que podem apresentar-se enquanto sintomas coadjuvantes da obesidade.

Apresentando-se de diversas formas na contemporaneidade, a compulsão, como preenchimento do vazio, como tentativa de aplacar a angústia, excedeu o campo das toxicomanias, e “a comida e o consumo se transformaram também em objetos e alvos privilegiados da compulsividade do

sujeito” (BIRMAN, 2014a, p.90), se destacando nas compulsões atuais. Sua relevância é indiscutível, sendo consenso entre a psicanálise e a medicina a importância da presença ou ausência da compulsão alimentar na obesidade. Do ponto de vista psicanalítico, uma vez que a obesidade está associada à compulsão alimentar, o que se deve ser tratado é a compulsão, que é o sintoma dominante e não a obesidade (ROTH, 2000; ZUCCHI, 2002).

O empanturramento¹¹⁸ “neurótico”, realizado vorazmente de forma alienada e utilizado como “recurso para aliviar transitoriamente o mal-estar emocional que pode ter diversas origens: desde o aborrecimento à depressão, passando pela ansiedade ou a irritação” (HERSCOVICI & BAY, 1997, p. 137 – 138), faz com que o prazer alimentar, que deveria ser sentido a partir da apreciação da boa culinária, no sujeito da obesidade, constituído pelo recalçamento, fique em segundo plano ou mesmo se apague, prevalecendo apenas a devoração, que, segundo Recalcati (2002), assume caráter de compensação; como disse Freud (1917/2014): “o ser humano, contudo, sempre teve dificuldade em renunciar ao prazer; não consegue fazê-lo sem alguma espécie de compensação” (p. 494).

Diante do ato de comer de maneira excessiva e mesmo obscena, visando, por meio dessa ingestão, preencher o vazio que o assola, o sujeito só consegue parar ao atingir a dimensão do preenchimento corporal-físico, normalmente seguido pelo arrependimento e pela culpa, associados ao medo de engordar (mais) – donde resulta seu paradoxo. Como recurso a esse sentimento, antes mesmo que o alimento possa ser digerido, o sujeito busca por métodos compensatórios (mais uma vez), como vemos, por exemplo, na bulimia, recorrendo normalmente ao vômito em primeira instância, pela sensação imediata de alívio.

Esse estímulo, ao qual o sujeito responde por meio do descontrole e da voracidade – que deve ser controlada, custe o que custar –, se empanturrando até o êxtase de seu corpo, impõe-se ao mesmo tempo como fascinante e mortífero¹¹⁹, na medida em que é atraente e repellido num mesmo movimento. Disso resulta o caráter ambíguo que o sujeito estabelece em sua relação com a

¹¹⁸ Comum à compulsão alimentar e, consequentemente, à bulimia.

¹¹⁹ Cabe lembrar que, na compulsão alimentar, encontramos o caráter repetitivo e monótono da pulsão de morte.

comida, “pois esta é o objeto de desejo e de repulsa, de maneira que a *voracidade* e o *vomitare* se declinam quase que num mesmo gesto” (Birman, 2014a, p.90), e marcam, assim, o ponto de intersecção entre a compulsão e a bulimia (ZUCCHI, 2002).

Roizman (2017) apresenta a compulsão como,

um consumo que, ao menos parcialmente, se daria em um nível real do objeto *comida*. Quer dizer, uma alimentação, em vez do comer, pois caracterizada pela falta de alteridade da linguagem e por isso sem intermediação simbólica – mas nem por isto instintiva (p. 78).

A compulsão alimentar aparece, assim, como um elemento importante na distinção entre o bulímico e o obeso¹²⁰, apresentando especificidades. Na obesidade sem compulsão, o sujeito consegue recusar e escolher o alimento que será ingerido, diferentemente da bulimia, em que o sujeito não recusa alimentos, comendo de forma indiscriminada e recorrendo a métodos compensatórios. Outro aspecto importante é que, na obesidade, comer é entendido como um ato social, envolvendo inclusive outras pessoas nos tais “festins”, enquanto na bulimia os ataques compulsivos à comida são feitos em solidão e resultam no sentimento de culpa (ROTH, 2000; ZUCCHI, 2002). Apesar dos efeitos e dos destinos opostos dessa polaridade, é fato que a comida como uma espécie de *fetice* está sempre presente na experiência compulsiva (BIRMAN, 2014a).

Recalcati (2002) faz um paralelo entre a bulimia e a obesidade neurótica, colocando ambas no sentido da alienação, em que “o sujeito é ‘agido’ pela pulsão, está em poder do imperativo do gozo” (p. 59). No entanto, difere a forma como essa alienação interpela o sujeito, apontando que “a bulimia é uma alienação que preserva, no momento do vômito, a possibilidade de uma separação do Outro. Na bulimia, de fato, alienação e separação convivem. Contrariamente, na obesidade há somente alienação” (p. 59). O autor ainda pontua que, na bulimia, a devoração está associada à recusa, ao passo que, na obesidade, há uma marca de impossibilidade de recusar.

¹²⁰ Uma diferença importante entre a bulimia e a compulsão é o fato de que na bulimia há necessariamente um comportamento compensatório, enquanto na compulsão alimentar não há compensação.

Fazendo um paralelo entre a obesidade e a anorexia, Recalcati (2002) refere as duas manifestações no campo da evidência: “O corpo magro da anorexia e o corpo transbordante de gordura da obesidade apontam para uma clínica do olhar: o corpo do sujeito é o lugar evidente na qual se torna manifesta uma alteração” (p. 51); no entanto, o corpo do obeso, no palco do exibicionismo, ao mesmo tempo que causa angústia no Outro, ao ser capturado por aquela imagem “desforme”, suscita, no próprio sujeito, vergonha e marginalização, culminando na devastação da própria imagem – o que não vemos acontecer na anorexia e que marca, claramente, uma distorção na imagem corporal; a anoréxica não enxerga a magreza de seu corpo: há sempre algo que precisa ser eliminado.

A sensação de vazio, presente na obesidade e em outros transtornos alimentares, como já dito, deixa também impressa sua marca na depressão; e, mais agravante ainda, pode emaranhar diversos desses sintomas em um mesmo sujeito. Tomando a dupla depressão-obesidade, é inegável que estamos diante de uma via de mão dupla, ou seja, na mesma medida em que a obesidade pode ser consequência da depressão, a depressão pode se apresentar como sequela da obesidade. Em outras palavras, o sujeito tanto pode estar deprimido por diversas questões que permeiam sua existência e buscar “acalanto” na comida – o que, em demasia, o levará à obesidade – quanto pode estar obeso por diversas outras circunstâncias, e, diante do mal-estar com seu corpo e outras questões de ordem *psi*, se tornar deprimido.

A depressão está associada a um rebaixamento do investimento narcísico da imagem de si, uma profunda desvalorização do próprio ser, permeada pela baixa-autoestima e pela autodepreciação, donde, diante da perda do objeto, o sujeito se vê imerso à impossibilidade de significá-la, ou seja, incapaz de elaborar o luto, que se torna patológico (FREUD, 1915/ 2010; JIMENEZ, 1997; QUINET, 1997; RECALCATI, 2002). Diante dessa perda, que o sujeito sequer consegue localizar como tal e reconhecê-la – uma vez que se trata da perda de libido – é que se dá o encontro com o vazio¹²¹ (FREUD, 1915/2010; BIRMAN, 2014a).

¹²¹ Essa condição psíquica (e inconsciente) leva à presença dos sintomas observados na depressão, como a perda de interesse e/ou prazer por atividades antes assim consideradas; diminuição da energia e cansaço constante; alterações no apetite; tristeza; dentre outros;

O curioso é que a depressão parece se distinguir entre os sexos em sua manifestação¹²². Recalcati (2002) sinaliza essa distinção de gênero, tomando por base a forma como a depressão¹²³ e obesidade se apresentam, inferindo que a obesidade, no feminino, estaria atrelada à maior incidência da depressão, uma vez que esta é estruturalmente afinada com a feminilidade. Nesse sentido, pontua que o “sujeito feminino” (p. 67) teria maior dificuldade de simbolizar a perda de um dado objeto, apresentando a obesidade como uma defesa à depressão. Assim,

a sensação permanente do vazio, tão típica da obesidade e dos ditos “distúrbios da alimentação” em geral, deve ser reportada ao caráter enigmático da perda de objeto, tal como Freud o especifica: o sujeito melancólico vive dramaticamente a experiência da perda do objeto sem saber qual objeto está verdadeiramente em jogo. É que Freud define como uma “perda desconhecida”, uma “perda objetual que escapa à consciência” (RECALCATI, 2002, p. 67).

Dessa perda “decorre, na obesidade, o impulso ao consumo indiscriminado do objeto-alimento que vem no lugar do objeto perdido, mas sem produzir qualquer sublimação” (RECALCATI, 2002, p. 67 e 68), assumindo o caráter de “objeto-analgésico” (p.68). A devoração contínua do objeto manifestaria, portanto, o gesto paradoxal da oralidade melancólica: “a abolição do objeto realiza uma extrema fidelidade ao objeto perdido” (p. 68).

Já no sujeito masculino, o binômio obesidade-depressão seria mais escasso. Isso porque na obesidade masculina, “a obesidade pode tender mais frequentemente a sintonizar-se com a estrutura caracterial do sujeito, a tornar-se mais facilmente egosintônica, ou seja, a realizar um puro gozo do objeto” (RECALCATI, 2002, p.68). Um outro aspecto que pode interferir na diferença entre a presença de depressão em homens e mulheres obesos pode se relacionar à influência do patriarcado, uma vez que a mulher se apresenta mais exigida no que tange à beleza-aparência-magreza, de forma que seria mais

podendo ser classificada segundo os critérios psiquiátricos em: leve, moderada e grave (DSM V, 2014).

¹²² A título de curiosidade, Laurent (1997) aponta que “há um desvio de 20% entre os homens e as mulheres na epidemiologia da depressão, que não consegue ser reduzido de nenhuma maneira, não importa quais sejam os fatores que se tenta neutralizar” (p. 190).

¹²³ Recalcati (2002) pontua que a depressão é ligada “a um sentimento profundo de desvalorização do próprio ser, a um sentimento de vazio, a uma queda do investimento narcísico da imagem de si” (p. 67).

difícil para a mulher ser obesa do que para o homem. Um exemplo que vai ao encontro dessa hipótese refere-se à escassez de estudos sobre a obesidade masculina, ao passo que, sobre a feminina, há uma literatura considerável. Talvez esse cenário e esses mecanismos expliquem o destaque da dupla depressão-obesidade, que se faz delator nos consultórios *psí*. Não se pode esquecer, no entanto, que a depressão, enquanto manifestação de uma subjetividade única, tem um significado específico para cada sujeito, que só é possível empreender em análise.

A partir das colocações apresentadas, temos, então, a obesidade enquanto um sintoma social dominante, inscrita no recalçamento; um sintoma neurótico – e, dentro dessa categoria, principalmente histérico. É a obesidade resultante da lógica da sensação de vazio, da dor, da dificuldade de simbolização/elaboração dos conflitos, da angústia diante da falta, articulada à pulsão e à questão do gozo; uma obesidade reflexo do mal-estar ao qual o sujeito, inserido no discurso capitalista, responde pela via da ingestão de alimentos, ou seja, pelo gozo da pulsão oral. Uma obesidade que, como Recalcati (2002) pontuou, se apresentaria como uma forma de interrogação do sujeito quanto ao seu valor no desejo do Outro.

O que diferenciara a incidência da obesidade neurótica no passado e na atualidade? Nossa hipótese é a de que a diferença esteja justamente na quantidade de ofertas trazidas pelo capitalismo contemporâneo. Isso significa que, certamente, no passado, já havia uma obesidade que se apresentava enquanto um sintoma do recalçamento (sujeitos já comiam demasiadamente para suprir a sensação de vazio e acabar com a angústia decorrente da falta). O que mudou é que agora temos uma sociedade praticamente direcionando os sintomas para os objetos de consumo, donde a comida tem grande destaque. E, como vimos, nesse sentido, o fato da oralidade trazer grande satisfação parece ser um facilitador, tanto para a obesidade quanto para certo alcoolismo. Aliás, isto também justifica a recorrente substituição da comida pelo álcool que vemos como consequência da cirurgia bariátrica – dessa forma, o modo de gozo se mantém na pulsão oral.

A questão é que há casos que fogem a esta via sintomática (à lógica do sintoma do recalçamento) e se configuram a partir de outros contornos, relacionados ao modo de inscrição da subjetividade. Como Freud nos mostrou

com sua teoria, as vicissitudes da inexorável construção psíquica deixam marcas e produzem efeitos que, muitas vezes, retornam na forma de sintomas inscritos no corpo – como vimos, por exemplo, em alguns casos de obesidade. Em seus *Estudos sobre a histeria*, por exemplo, Freud tratou o sintoma como uma *formação do inconsciente*, retorno do recalcado, cujo objetivo é produzir a substituição (simbólica) de um desejo ou de um conflito inconsciente. Ainda que o sintoma se apresentasse pela via corporal, sua etiologia não permitia verificar uma lesão ou alteração anátomo-clínica que explicasse a condição patológica. Como formação substitutiva, o sintoma tem uma significação própria para cada sujeito e, em termos lacanianos, uma vez inserido numa cadeia significante, é passível de deciframento, de interpretação – logo, pode ser tratado pela palavra, ainda que com certa dificuldade, como observamos em alguns casos de obesidade. Para Freud, o retorno do recalcado pode tomar de assalto o corpo em algumas situações, fazendo dele o suporte de uma mensagem inconsciente, configurando o que ele nomeou por “sintoma conversivo” (GOROSTIZA, 2006).

Lacan, por sua vez, entende o sintoma como um advento da significação e constata que nem tudo do sintoma pode ser decifrado. Desse modo, o sintoma teria uma dupla vertente: uma dimensão simbólica, em que “se estrutura como uma linguagem” e aponta para uma verdade inconsciente – é mensagem endereçada ao Outro – aproximando-se do sintoma freudiano, e uma dimensão real, em que se expressa enquanto “via de satisfação pulsional”, não funcionando como mensagem direcionada ao Outro.

A partir do seu segundo ensino, Lacan avança para mostrar também que, na sua vertente real, e para além da modalidade de satisfação, o sintoma é ainda um instrumento de “aparelhamento do gozo”, um meio para limitar, circunscrever esse gozo que retorna incessantemente e que pode se tornar invasivo, a ponto de ser impossível de suportar, o que o levaria a desestruturar a integridade psíquica (GOROSTIZA, 2006; LACAN, 1975-1976/2008).

A partir desse último ensino de Lacan, a psicanálise pôde alertar para os casos em que as manifestações no corpo não tem a mesma estrutura do retorno do recalcado (visível no sintoma neurótico), mas uma função decerto mais específica, mais próxima da psicose, recebendo, por isso, a nomeação de *acontecimentos de corpo* ou *neoconversões*, uma espécie de psicose ordinária

(BATISTA & LAIA, 2012). Trata-se dos casos em que, a partir de uma falha simbólica, as manifestações no corpo (tatuagens, escarificações, adições, intervenções no real do corpo, certas somatizações, dentre outros) teriam a função de localizar, circunscrever ou mesmo *delimitar* (no corpo) um gozo invasivo, que não passa pelo simbólico e que poderia ser devastador.

A psicose ordinária aponta para os casos de psicose em que não há a grandiosidade dos fenômenos elementares comuns à foraclusão desencadeada, embora o mecanismo em jogo seja a foraclusão. Os fenômenos elementares de linguagem (comuns à foraclusão clássica) dão lugar aos fenômenos da significação e aos acontecimentos de corpo, de forma que se manifestam mais na ordem do gozo, através de uma perturbação libidinal que toma o corpo do que propriamente na ordem do significante (GROSTEIN, SILVA & MARON, 2008; MILLER, 2008; BATISTA & LAIA, 2012). Em lugar do Nome-do-Pai, surge outro elemento – um elemento imaginário – que faz enlaçamento e permite certa estabilização, assim como a circulação do sujeito no laço social (MILLER, 2008). Esse elemento faria a função de amarrar os três registros (que na psicose clássica aparecem em certa medida desconectados). Miller (2008) refere que a psicose ordinária é “uma maneira de introduzir o terceiro excluído pela construção binária, religando-o simultaneamente ao lado direito do binarismo¹²⁴” (p. 404).

Segundo Miller (2008),

a psicose ordinária evidencia a existência de “uma desordem na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito”. Isso significa que é possível conectar todos os pequenos detalhes, que parecem distantes uns dos outros, a uma desordem central. Trata-se então de ordenar o caso. Nos casos ditos *borderline*, se diz que não parecem ser nem uma psicose nem uma neurose. Não cremos nisso. A categoria psicose ordinária se origina da prática, das dificuldades práticas. Se vocês não reconhecem uma neurose e se não há sinais evidentes de psicose, procurem os pequenos sinais. É uma clínica dos pequenos indícios de foraclusão (p. 422).

Diferentemente do sintoma, que se apresenta a partir de algo que o sujeito não consegue processar pela via simbólica, o acontecimento de corpo não passa pelo simbólico; haveria um gozo puro, que prescinde do outro e não

¹²⁴ Binarismo da neurose e psicose.

possui mensagem endereçada, o que nos levaria a pensar que o gozo se localizaria no próprio corpo, mas no nível do *narcisismo primário*. Nesse sentido, a pulsão gira e se satisfaz no próprio corpo, não exigindo qualquer produção de sentido. Funcionaria, nesses termos, como um modo de conexão e de suplência, de uma modalidade de identificação que permite a estabilização (ainda que imaginária) ao sujeito e à sua inclusão no laço social. Em suma, consiste numa via que assegura, por mais claudicante que o seja, um enlaçamento dos três registros – real, simbólico e imaginário – e um modo de limitar e circunscrever o gozo que de outro modo seria invasivo e devastador, promovendo assim alguma estabilização psíquica.

O trabalho na clínica dos distúrbios alimentares tem nos mostrado cada vez mais casos em que a estrutura psíquica parece estar mais próxima da psicose, embora não haja um desencadeamento; casos enigmáticos que põem ao saber psicanalítico uma importante questão quanto à condução, convocando ao diagnóstico diferencial. A necessidade desse diagnóstico diferencial se destaca principalmente diante das possibilidades de intervenções no real do corpo, que podem ou não significar uma desestabilização e o desencadeamento da psicose, na medida em que o que amarrava se perdeu, daí a necessidade de uma escuta atenta. E é aí que encontramos um primeiro diferencial para pensarmos a obesidade em termos mais propriamente psicanalíticos: se considerada uma doença para a medicina, passa a ser entendida como uma forma de existir para psicanálise, de fazer um corpo, de não “desmoronar”.

A obesidade passa, então, nesse sentido, a ser entendida como uma condição de sustentação do sujeito no laço social pela via do corpo. O “excessivo” da massa corporal permite ao sujeito fazer uma barreira ao gozo intrusivo do Outro. Assim, pela via do investimento pulsional do corpo, esses sujeitos “fariam-se um corpo”, um corpo na impossibilidade de sustentar-se como um sujeito de desejo. O sujeito estaria “amarrado”, logo, amarrado e inserido no laço social.

No campo da forclusão, Recalcati (2002) aponta, ainda, para casos em que a obesidade se apresenta como uma defesa contra a psicose, “um meio de tratamento da própria psicose por parte do sujeito” (71).

Nesse caso, ela [a obesidade] não se configura mais como a defesa do encontro com o Outro sexo, nem como a tentativa de sub-rogar o objeto perdido, mas sim como uma operação de separação do gozo maligno do Outro. Como que colocasse entre si e o Outro malvado, perseguidor, a massa adiposa tal qual um baluarte ou como um anestesiante do corpo. Entre o sujeito e o Outro perseguidor (não o Outro sexo) se insere a gordura (p.71).

Partindo dessa constatação, o autor destaca a importância, em alguns casos de obesidade de estrutura psicótica, de se manter o corpo obeso, associando o peso excessivo a uma cifra que nunca deve ser ultrapassada, ou seja, um peso que nunca deve ultrapassar um certo limite abaixo. Nesse sentido, a massa corporal pode assumir o *status* de um nome próprio, garantindo ao sujeito uma identidade imaginária e, assim, protegendo-o do risco de um desmoronamento, uma fragmentação psicótica.

Recalcati (2002), refere que,

uma confirmação dessa função compensatória da obesidade na clínica das psicoses pode ser tida também a partir das considerações dos pacientes obesos tratados cirurgicamente. Nesses casos, a redução da obesidade, ou seja, a perda para o sujeito do invólucro protetor constituído pela dilatação somática do próprio corpo, pode dar lugar a vivências de uma verdadeira e própria despersonalização psicótica, ou seja, pode revelar-se como um fator de desencadeamento da psicose. O sujeito busca, de fato, mesmo se notadamente mais magro, preservar a imagem obesa do próprio corpo representando-se ainda como um corpo-obeso. Porém, o caráter irreversível da intervenção cirúrgica de redução de estômago pode ter os mesmos efeitos desestabilizadores que os de uma intervenção cirúrgica para mudança de sexo: uma lesão irreversível da compensação imaginária que garantia ao sujeito uma identidade, no que concerne ao furo narcísico originário da psicose (p. 73).

Diante dessas considerações é que uma investigação mais aprofundada se faz tão necessária quando tratamos da cirurgia bariátrica. Considerando as diferentes compreensões para as obesidades apresentadas ao longo desse texto, que ressaltam a diversidade de possibilidades do significado subjetivo e estrutural da obesidade para o sujeito, é indiscutível a importância de uma escuta atenta e uma diferenciação entre as formas de manifestação deste

fenômeno. Fica claro que o papel do psicólogo/psicanalista no cuidado com estes sujeitos, principalmente quando se visa a cirurgia bariátrica, não se trata apenas de uma liberação, de um preparo, de uma simples avaliação ou de verificar e propiciar uma boa adesão do paciente ao tratamento, mas sim de uma escuta cuidadosa, atentando para aquilo que pode sustentar a condição de obesidade do sujeito.

Vale observar, contudo, que apesar da relevância dessa investigação e do reconhecimento da existência de casos que apontam para uma estrutura psíquica da forclusão, a literatura carece de estudos psicanalíticos sobre a obesidade nessa vertente, principalmente se considerarmos a designação de acontecimento de corpo – sendo este um trabalho a se construir. Mas fica para as próximas “degustações”.

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 foracclusão 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 foracclusão, 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 adulto: 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 Pediatr**, 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%3Aacrossref.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, Pediatric Program, 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.

BROTON, 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.portalmédico.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 estádio 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 gastropasty 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. Hysteria (1888). In: **Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 – 1889)**, volume I. Edição *Standard* 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 *Standard* 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 *Standard* 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 *Standard* 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 estágio 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 falo (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 sinthoma** (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.

MANCENO, 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 consequências 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. 5ª ed. 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 Clínica**. 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 Concepção, 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 crônico 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 melancia. 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.sbcbm.org.br/wordpress/o-inicio-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>. Acesso: 10 de maio de 2016.

_____. **Coesas: História**. Disponível em: <http://www.sbcbm.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.sbcbm.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.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-bariatrica-e-metabolica/>. Acesso: 10 de maio de 2016

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

_____. **Cirurgia. Legislação Resolução CFM 1.942/2010**. Disponível em: <http://www.sbcbm.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 and health: obesity and overweight.** Geneva. 2003.

_____. Obesity and overweight. Set. 2006. Disponível em: <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.