

O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização

Néspoli, Natália; Novaes, Joana de Vilhena; Rosa, Carlos Mendes

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Néspoli, N., Novaes, J. d. V., & Rosa, C. M. (2015). O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. *Revista Desafios*, 1(2), 149-168. <https://doi.org/10.20873/ufv.2359-3652.2015v1n2p149>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

O CORPO NA CULTURA: OBESIDADE COMO DOENÇA, BIOPOLÍTICA E NORMALIZAÇÃO

THE BODY IN CULTURE: OBESITY AS A DISEASE, BIOPOLITICS AND STANDARDIZATION

Natália Néspoli

Joana de Vilhena Novaes

Universidade Veiga de Almeida – UVA (RJ)

Carlos Mendes Rosa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

RESUMO

O presente texto faz uma reflexão teórica, de caráter exploratório, acerca da obesidade na contemporaneidade. Elenca as principais políticas de controle e modelagem do corpo, desde a modernidade, até os dias atuais, dando relevância à moralização da beleza. Também analisa os novos ditames sociais, capitaneados pela midiaticização da imagem, através dos espaços digitais, levando à superexposição dos corpos e das formas. Busca, finalmente, compreender como o atual contexto contribui para o aumento do número de pessoas que buscam pela via da cirurgia bariátrica, uma saída para obesidade, bem como todos os seus prejuízos morais e impactos no plano subjetivo.

Palavras-chave: Corpo, obesidade, subjetividade, cirurgia bariátrica

ABSTRACT

This paper makes a theoretical reflection of exploratory character, about obesity nowadays. It outlines the main control policies on body modeling in our times, emphasizing the relevance of the moralization of beauty. It also analyzes the new social dictates, led by media coverage of the image through the digital spaces, leading to the overexposure of bodies and forms. It finally seeks to understand how our culture contributes to the increasing number of people seeking bariatric surgery, as a way out of obesity. The authors point out the possible psychological damages as well as its impacts on the subjectivity.

Keywords: Body, obesity, subjectivity, bariatric surgery

Recebido em 30/05/2015. Aceito em 16/06/2015. Publicado em 03/07/2015.

INTRODUÇÃO

O corpo é palco privilegiado para expressão das diversas manifestações individuais e sociais da contemporaneidade. Seja no real dos atos e relações do cotidiano ou nos escaninhos virtuais, a subjetividade se coloca em tela para contemplação apaixonada (no sentido do *pathos*) dos outros. Dentre os diversos discursos que normatizam o corpo, a ditadura da magreza talvez seja uma das mais preponderantes e nocivas. Responsável, entre outros fatores, por uma onda de medicalização e intervenções cirúrgicas, cada vez mais crescentes, nos dias atuais. É sobre os diferentes aspectos dessa lógica intrincada, que se inicia nas

construções ideológicas e termina na ponta dos bisturis da medicina, que voltamos o nosso olhar nestas páginas de reflexão teórica.

Nos séculos XVII e XVIII ocorreu, na sociedade ocidental, um processo de racionalização promovido pela ocorrência das revoluções científicas, ocasionando o desencantamento e a dessacralização da natureza, em nome da racionalidade científica. As noções de saber e poder tornavam-se entrelaçadas, uma vez que, possuir o saber significava deter o poder sobre o mundo e sobre os homens (Birman, 2007).

Entre o final do século XVIII e o início século XIX, houve uma transformação, de ordem histórica, no registro de valores da sociedade, evidenciado através do domínio do discurso médico no que tange as práticas sociais. A partir desse fenômeno, intitulado medicalização do campo social, o discurso da medicina passou a ocupar um campo outrora dominado pelo discurso religioso.

De acordo com o novo paradigma da modernidade, um Estado rico não era assim classificado somente em função dos recursos que ostentava, mas, sobretudo, aquele que oferecesse aos seus qualidade de vida. Daí a importância da medicina, como caução moral do discurso científico (Clavreul, 1976), na produção de indivíduo saudáveis.

Sobre as transformações no tocante às tecnologias de poder, ao longo dos séculos XVII e XVIII, Foucault (1976) destacou que essas práticas eram centradas na distribuição espacial dos corpos individuais, bem como na organização da visibilidade em torno dos mesmos. Havia uma tentativa de aumentar a força útil dos corpos através dos exercícios, treinamentos, vigilância, hierarquias, inspeções. O escopo que abarcava todas essas práticas foi, por conseguinte, denominado de tecnologia disciplinar do trabalho.

Houve, em decorrência da soberania do discurso médico-científico sobre a sociedade, a partir do século XIX, uma proliferação de novas classificações de doenças e anomalias que, conseqüentemente, aumentavam o diagnóstico de doenças relacionadas ao comportamento – proliferação esta que parece perpetuar até os dias atuais quando nos deparamos com um aumento crescente de novas doenças psiquiátricas e atualizações frequentes de manuais diagnósticos (Caponi, 2009).

No discurso médico foram instituídas algumas categorias – normal, anormal e patológico - que balizaram as suas ações. As categorias em questão preconizam a existência de uma norma, e o que fosse desviante da norma deveria ser restaurado, e ainda poderia ser vinculado a um aspecto patológico, devendo ser medicalizado e corrigido, a fim de não prejudicar o desenvolvimento da raça.

É importante ressaltar que, a ideia de desvio da norma elucidada por Foucault (1981), dizia respeito não só a uma questão percentual, mas também a um aspecto moral - o que era indesejável do ponto de vista da moral e em nome dos bons costumes da sociedade.

O biopoder tem como objetivo otimizar um determinado estado de vida, bem como busca assegurar e regular certos processos biológicos. A modalidade de poder exercida nos Estados modernos estabelece categorias de pertencimento e exclusão. Estando os indivíduos, basicamente, enquadrados em dois grandes grupos classificatórios: os supracitados “degenerados”, ou seja, aqueles que estão à margem e não escapam à norma; e os do tipo normal, dignos de cuidados, cujos corpos merecem ser multiplicados – posto que são compreendidos como saudáveis, produtivos e úteis.

A ordem médica passa a se assemelhar, então, a uma “ordem jurídica”, pois ambas não enfocam o ser, mas o dever-ser. Impõe-se aos indivíduos uma submissão à lei, e a liberdade, neste caso, define-se como aceitação da ordem. A lei consiste em seguir as prescrições da razão e da ordem médica a fim de que se alcance um estado de boa saúde (Clavreul, 1983).

Verifica-se o surgimento de estratégias de regulação dos corpos individuais e da vida cotidiana – por meio da submissão à intervenções normatizadoras-, a fim de produzir uma população “bem qualificada”, residindo nisto, a possibilidade de produzir riquezas para os Estados. A ideologia do progresso dominou a modernidade, rompendo com a estrutura hierárquica e sem mobilidade do período que a antecedeu.

“A ideia de progresso, com efeito, é o correlato de uma ordem social fundada na aposta permanente de sua transformação possível.” (Birman, 2007, p.535). A revolução industrial e o cientificismo, paralelamente, constituíram, portanto, um substrato para a “ideologia do progresso e da melhoria do gênero humano” (p.353). Tal progresso social seria efetivado através de práticas higienistas, eugenistas e racistas.

É o racismo que justifica que se possa matar aqueles que se apresentam como um perigo biológico a fim de assegurar o fortalecimento da raça (Foucault, 1976). Vale lembrar que, essa morte, justificada pela intolerância à diferença, pode consistir numa “morte indireta”, como a morte daqueles a quem o poder não dá voz e direitos, o silenciamento dos que estão à margem.

Desde que elimine os perigos biológicos para a raça, a função assassina do Estado pode ser assegurada. A morte do outro de raça inferior – incluindo neste escopo os que estão fora da norma – é o que possibilitaria a manutenção de uma espécie mais pura e sadia. É o aspecto biológico que está em pauta na hierarquia das raças. Se o poder do Soberano era

caracterizado como poder sobre a vida e morte dos indivíduos, a estratégia do biopoder, que incide sobre a população, é fazer viver os bem nascidos e deixar morrer os que ameaçam a proliferação de corpos fortes e saudáveis.

Birman (2007) afirma que o que houve na contemporaneidade foi apenas uma sofisticação de tais estratégias, já bem delimitadas desde o início do século XIX. Na realidade brasileira, o controle instaurado pelo higienismo estabeleceu uma forma de manipulação política dos corpos e vidas, que vem, até a atualidade se mostrando vigente e eficiente (Costa, 2004a).

O que se pode observar, hoje, é a existência de um processo crescente de medicalização, que promove o aprisionamento quase total da vida nas malhas de uma lógica técnica (Dantas, 2009). A medicalização seria definida como um conjunto de práticas que culminam com a afirmação de que os medicamentos, ou os procedimentos médicos, seriam fonte de resolução para todo o sofrimento e mal estar na vida dos indivíduos, sendo capaz de operar desde o emagrecimento até a busca da felicidade.

Dantas (2009) afirma que as práticas e discursos contemporâneos, evidenciam a existência de um “aparato tecnológico que fortalece o discurso da medicalização como uma espécie de divindade personificada em pílulas.” (p.565), como se as inquietações existenciais pudessem ser respondidas pela ingestão de um comprimido que reduz a angústia ou pela última invenção da medicina para atenuar as rugas, por exemplo.

SAÚDE E BELEZA: UMA QUESTÃO MORAL

Paralelamente à construção histórica da hegemonia do discurso médico, fizeram-se sentir os efeitos advindos da Revolução Industrial, através dos quais a sociedade pôde vivenciar uma “emergência histórica do consumo” (Costa, 2004b, p.133) e o aumento da produtividade industrial, que teria sido decisivo para que houvesse uma transformação do trabalho.

O objetivo deixou de ser a produção de coisas úteis e vender se tornou a meta da produção. Objetos de uso, portanto, passaram a ser tratados como bens de consumo tendo como finalidade apenas serem vorazmente consumidos. Sendo assim, assumem um caráter de inequívoca descartabilidade, incitando uma insatisfação, própria à sociedade de consumo- o que faz da afirmação anterior uma plataforma para o entendimento de que, a utilidade teria

assumido o papel de serva da felicidade: não consumo o que me será útil, mas o que pode me fazer feliz, o que pode ser objeto de meu desejo.

O século XX foi marcado pela hierarquização dos valores tradicionais da sociedade, os quais estariam sob a égide da ciência, da moda e do consumo. Os indivíduos urbanos teriam elegido “o bem-estar e os prazeres físicos como a bússola moral da vida.” (Costa, 2004b, p.132). A negatividade, as doenças e a morte não têm lugar, uma vez que a meta é ser feliz e realizar sonhos- “o que é feio, finito, perece e morre, não consome” (Novaes, 2006, p.60) e, por isso, não tem valor na lógica do consumo.

A sociedade ocidental tem funcionado sob o imperativo do consumismo e do gozo (neste contexto, interpretado como usufruto do prazer): É preciso ser feliz, é preciso ser potente, é preciso gozar a vida! Os meios de comunicação difundem a noção de que adquirir determinado produto possibilita a realização imediata de um sonho. Os Produtos são variados: pílulas da felicidade, alimento funcional que te deixa com o corpo das capas de revista, livro que te revela a dica de como ser um profissional de sucesso! Os sujeitos, incapazes, por sua impotência, de suportarem as faltas, se entregam aos sintomas do contemporâneo, as depressões e compulsões.

Aderindo à hegemonia de um gozo que, vale ressaltar, é individualista, o modo de vida contemporâneo exclui o exercício da alteridade, e engendra práticas que se sobrepõem aos ideais da coletividade. Aos indivíduos é dado “direito de poder gozar de seu corpo”. (Doucet et al., 2008, p.145)

É curioso nos remetermos às reivindicações das mulheres da década de 70 pela liberação de seus corpos, o direito de gozarem da liberdade do aborto e de vivenciarem sua sexualidade, e constatarmos o quão encarceradas elas se encontram em seus próprios corpos, buscando incessantemente um ideal, que, justamente por ser ideal, não pode ser atingido. Vemos o desenvolvimento do individualismo e a intensificação das pressões sociais das normas do corpo caminhando juntos

O corpo nunca foi tão regulado, penetrado, auscultado, não só pela medicina, mas pelas “mutações do olhar” (Novaes, 2010, p.39) decorrentes das novas tecnologias a ela vinculadas. A anatomia e a fisiologia podem, hoje, ser transformadas em quase todos os seus aspectos, a medicina pode incidir tanto no que o faz funcionar quanto no que o compõe o corpo. Se antes as mulheres eram aprisionadas em seus espartilhos, agora aprisionam-se “na justeza das próprias medidas”.

Vale colocar em relevo que a saúde é dotada de um padrão estético estabelecido – o que torna possível conceber, para além da questão da medicalização da vida, uma estetização do campo social e da vida cotidiana. Novaes, (2006), evidencia a existência de um binômio saúde/beleza, o qual rege um percurso seguro para a realização pessoal e de felicidade.

Ou seja, o cuidar de si mesmo, além de se relacionar com a saúde e o prolongamento cronológico da vida, direciona-se também à beleza, e à forma física. A regra científica é que sejamos duráveis, saudáveis, bem formados anatomicamente e também belos. São estas características que viabilizam as pretensões de sermos felizes e que por isso garantem avaliações morais positivas dos nossos pares. Sob esta perspectiva, quem não cuida do próprio corpo, não é capaz de cuidar da própria vida.

A melhor prova da moralização da beleza e da saúde é a produção cultural de desviantes, os novos “losers” (perdedores) – dentre os quais se encontram os carentes de força de vontade, portadores de uma “incompetência para exercer a vontade no domínio do corpo e da mente, segundo os preceitos da qualidade de vida” – os adictos, desregulados, inibidos, estressados, deformados – estes últimos, os que “ficam pra trás na maratona do fitness” (Costa, 2004b, p.194).

Isto nos remete à ideia de que fracassar na tarefa de ser belo confirma uma incapacidade, que é unicamente do sujeito. Trata-se de fraqueza de caráter, geradora do sentimento de insuficiência numa sociedade que cultua a performance dos sujeitos nos mais diversos âmbitos, dentre eles, o de se fazer belo. Criou-se, portanto, a ideia de que uma perfeição estética é possível para todos desde que haja força de vontade, rigor e perseverança – ou disposição para se submeter às práticas corporais disponíveis.

A ideologia que ancora e permeia esse discurso refere-se a uma versão atualizada da moral calvinista, da qual a noção fundamental é a de não haver mediações possíveis entre o homem e suas metas, a não ser, tão somente, o trabalho árduo. A máxima que muito bem a caracteriza, encontra seu lema no famoso provérbio: ‘no pain, no gain’!

A ideia de que “só é feio (ou gordo) quem quer” escamoteia o vetor econômico implicado na noção de corpo como Capital, cuja premissa se baseia no fato de o ideal estético ser para uma elite, que pode arcar com os investimentos necessários para fazer deste corpo um corpo de sucesso; corpo constituído pela imitação de outros corpos que obtiveram notabilidade na cultura (mulheres imitáveis, cheias de prestígio, modelos, atrizes, Instagirls).

Este corpo que adquiriu admiração, construído pela imitação de padrões socialmente aclamados, é o que Bourdier caracteriza como corpo distintivo. Na contemporaneidade, o

indivíduo distinto é dotado de atributos como a magreza, juventude e boa forma, os quais conferem status aos indivíduos que o portam, tornando seus corpos representantes de uma insígnia de poder.

Considerando uma representação platônica da feiura, seria possível relacioná-la à noção de excessos, falta de equilíbrio, desordem, enfim, o que se opõe à beleza e é, portanto, ruim. A beleza, por seu turno, estaria vinculada ao que é bom, de caráter virtuoso, equilibrado e proporcional. Vê-se, portanto, que a distinção entre o que é belo e feio, está, em grande medida, e para além das categorias estéticas, relacionadas a aspectos morais.

Uma vez que a norma vigente é a de que sejamos belos, o discurso engendrado pela medicalização e estetização da vida se encarregou de bolar intervenções que dessem conta de corrigir os defeitos em nome do bem estar dos indivíduos. Cirurgias, próteses, preenchimentos, micropigmentações e outras inúmeras possibilidades são ofertadas. Por que, então, conviver com uma imperfeição – traço ou excesso indesejado- se posso modificá-la de forma simples, acessível e descomplicada?

Vê-se que há, com a proposta de corrigir um defeito, uma patologização das diferenças sem uma discussão a respeito da maneira pela qual as variações da forma física e aparência foram transformadas em anomalias, não há discussão sobre o processo histórico que possibilitou a construção deste conceito de anomalia em relação à normalidade (Poli Neto e Caponi, 2007). Igualmente, o dispêndio de investimento na transformação do corpo parece não ser problematizado e é incorporado pela sociedade como prática habitual.

Os problemas com a má aparência, nos quais a gordura é representativa da feiura e do desleixo do indivíduo com seu corpo, e a não adesão ao projeto corporal, são concebidos como subversão da moral. Para além de ações de embelezamento, as práticas de aperfeiçoamento do corpo podem ser compreendidas como práticas de asseio assimiladas acriticamente pelos sujeitos pertencentes à dada sociedade, na qual a segurança do pertencimento a ela se dará justamente em decorrência da assimilação destas técnicas - é a corpolatria como norma na religião do culto ao corpo, - facetas de uma sociedade de consumo.

Aos processos de busca da perfeição estética, é inerente uma dor - a dor dos procedimentos e do próprio sacrifício da rotina de exercícios e das abdições em nome do bem estético maior. Este aspecto doloroso é significado como valorosa à superação de obstáculos e conquista particular, há um sofrimento agenciador de subjetividades. A boa dor

não é um malefício para o indivíduo, mas modela seu caráter. Trata-se de uma ascese da imagem pelo sacrifício do corpo.

VIRTUALIDADE E PRIMAZIA DA IMAGEM NO CONTEMPORÂNEO

Vivemos num tempo da deificação da imagem! Os meios de comunicação produzem, para fins de obter lucro, novas representações que funcionam como causa de desejo. O capitalismo, portanto, oferece a Ilusão de que a felicidade pode ser comprada, como se as imagens que vende fossem portadora de um valor agregado, imaginariamente, de completude.

O que ocorre, além da manipulação do desejo através de novas técnicas do capitalismo, é uma verdadeira modificação da subjetividade em si, “nos elementos da modalidade capitalista de produção”. Como as práticas fazem os sujeitos, as práticas dos modos contemporâneos de vida, produzem subjetividades.

Estar feliz equivale a ter, marcado e etiquetado, um corpo que se assemelhe ao dos vencedores, (Costa, 2004b). Por isso elegemos os ídolos: para que, na impossibilidade de acedermos ao seu lugar, possamos nos identificar com sua imagem. O que se busca é ter um corpo de marca e cara etiqueta: magro e jovem!

As marcas e as etiquetas, desta forma, trazem consigo um valor agregado, são instrumentos facilitadores na identificação e adesão a um grupo idealizado (Silva Jr., 2003, p.31). O indivíduo é o que come, a bebida que toma, a roupa que veste e isso precisa ser publicizado.

Para os indivíduos, como primeiro efeito do capitalismo na vida social há uma transformação que torna ultrapassada a temática do “ser” e coloca em evidência a temática do “ter”. Outro efeito do capitalismo, o segundo, seria a realização de uma nova substituição: o paradigma do “ter” ser suprimido por uma nova ordem, a do “parecer ter” (p.30) criando, portanto, uma primazia da imagem na vida cotidiana e nas relações sociais.

O mundo social contemporâneo detém características de mundo virtual – no qual um sujeito pode prescindir de um corpo matéria física e presencial. Este sujeito desencarnado - descarnado de gordura e representações, repleto de imagem e semblante -, nesta vida virtual, tem suas experiências existenciais (o nascimento, a vida e a morte) sob o domínio da imagem visual. Vivemos numa cultura de cada vez mais telas e menos páginas, como bem apontou Novaes (2010), na qual o ser humano padece de sentido. O império das imagens e o discurso científico empobrecem a simbolização dos sujeitos.

Um fenômeno dos nossos tempos, é a irrupção das redes sociais como via privilegiada, não apenas de acesso a “bate-papos” recreativos e exposição do cotidiano pela via da publicação escrita e da imagem – a primeira, vale ressaltar, muito menos valorizada, haja vista o empobrecimento do uso da palavra-, mas de transações comerciais e de circulação das informações midiáticas.

Eliane Brum (2015), em seu texto “A boçalidade do mal”, afirmou que em decorrência da liberdade oferecida aos indivíduos pelas redes sociais, as quais permitem que todos se expressem sem freios, “descobrimos a extensão da cloaca humana”. Toda a crueldade e ignorância do homem pôde ser revelada sem mediações, o pudor decaiu e o que era da ordem particular e confinado nas casas e dentro das próprias cabeças, passou a tomar corpo no espaço público da rede, tendo como reforço, para cada um, o fato de que outros também pensem da mesma forma. As agressões puderam, então, ser travestidas de “autenticidade e liberdade”.

Os sujeitos têm ancorado numa plataforma externa seus registros da própria história. Os lugares em que estiveram, com quem estiveram, seu estado de humor no dia, a roupa que usaram registrada na foto tirada ao espelho na descida pelo elevador. Tudo está registrado, seja na marcação da foto ou através dos conhecidos *emoticons* – que consistem em uma série de caracteres tipográficos ou pequenas imagens que traduzem emoções e ações. Brum ressalta, ainda, uma impossibilidade de esquecimento implicada neste registro de memórias, publicadas na rede, e copiadas e replicadas.

Resta saber quais seriam os efeitos, para o sujeito contemporâneo, do excesso imagético que guia suas relações, ladeado pela carência da palavra, os quais ficam tão evidentes no campo das redes sociais. O que tem se percebido é que este sujeito, muitas vezes, parece ter condições de existir tão somente nelas.

REDES SOCIAIS E REGULAÇÃO DOS CORPOS

O Instagram consiste numa rede social online em que os usuários compartilham fotos e curtos vídeos, os quais podem ser “curtidos” e comentados pelos demais usuários da rede. As fotos tiradas e os vídeos feitos por meio de seu aplicativo podem ser compartilhadas em outras redes sociais como o Facebook, Twitter e Flickr. Em 2013, segundo informações do blog oficial do Instagram, 100 milhões era o número de usuários no mundo todo.

A rede de compartilhamento tem sido campo de um movimento em que mulheres e meninas expõe seu dia a dia de sacrifícios alimentares e de exercícios físicos sob a égide do “healthy way of life” e do discurso da superação- a elas se refere a expressão “Instagirls”- numa tentativa de provar que é possível a transposição dos obstáculos cotidianos em busca da transformação do corpo, da aquisição de novos hábitos e novas medidas e de melhor gerir o tempo, a fim de cumprir inúmeros imperativos.

O corpo, constituído por muitos olhares, conserva muitas das marcas nele inscritas ontogeneticamente- constituem-se e agenciam-se corpos e também subjetividades. Com o advento das redes sociais têm se evidenciado o engendramento de novas-outras formas de lidar com o campo do corpo e da aparência, com seu auxílio, tem sido possível a disseminação de um protocolo corporal do bem viver, tornando-a, pois, um instrumento de compartilhamento de informações/imagens, e também de regulação da vida e dos corpos.

Dentre as práticas frequentemente observadas, estão, além do marketing de produtos e marcas pelos quais muitas das publicações são patrocinadas, a rotina de atividades físicas, receitas “fit” detalhadamente explicadas, o processo de transformação do corpo exposto pela comparação de fotos do “antes e depois”, tudo isso regado a mensagens incentivadoras: “no pain, no gain”, embasadas no discurso do culto a uma vida com mais saúde.

“*From obese to spartan*” (“De obesa à espartana”) é a frase que descreve o perfil de uma usuária, com mais de 100 mil seguidores. É interessante observar que, neste contexto, os indivíduos obesos que estão em processo de emagrecimento, não se constroem em expor seus corpos, independente de seu tamanho e forma. Faz-se o registro imagético de uma gordura da qual o sujeito não se envergonha, uma vez que já se engajou, espartanamente, num projeto para uma nova vida. Registro que quer ficar no passado, apenas para que lembre o ex-gordo da condição a qual não deseja mais portar.

Fischler (1995b) ressalta que há, para o obeso, historicamente, uma dívida no jogo das obrigações que regem as relações sociais. Tomando o alimento como objeto de partilha, a forma do corpo seria emblema do equilíbrio das prestações e contraprestações realizadas. A obesidade apontaria, desta forma, para um saldo excedente, fazendo do gordo um eterno devedor, uma vez que, recebe/consome demais e não devolve.

A quitação desta dívida, portanto, é necessária: o gordo precisa restituir a sociedade para compensar seu débito no jogo da reciprocidade. O pagamento à coletividade, se não pode ser efetuado na realidade, deve ser feito na forma de uma transação simbólica. Uma das saídas

é que o obeso coloque em cena sua gordura no registro cômico ou do espetáculo. (Fischler, 1995b, p.336)

No âmbito das redes sociais, esta restituição simbólica é promovida pela exposição, espetacularizada, do processo de metamorfose corporal. O obeso, exercendo um papel social em que pode ser aceito e valorizado, ocupa lugar de prestígio e de exemplo – de onde não se deve chegar por um lado, e, por outro, de perseverança, já que se engajou em um projeto corporal consistente.

Com seu corpo na tela, acessível a quem quiser acompanhar, o gordo pode ser positivamente avaliado, agora, em larga escala, sem precisar se restringir ao lugar de “engraçadinho” ou “saco de pancadas” nas rodas da escola – pagando o preço para não ser totalmente rejeitado (Fischler, 1995a), ou de bondoso, que, temendo ser negativamente classificado por seus pares, não nega e pouco contesta. Justamente porque já provou ser capaz de mudar sua condição física, ele não pode mais ser aviltado.

OBESIDADE E SUAS REPRESENTAÇÕES NA CULTURA

Novaes (2010) ressalta que há uma dimensão social do corpo, pois este corpo está alocado em um certo tempo e espaço, apresentando diversos sentidos para o que pode ser denominado prazer e desprazer, é um código que “reflete códigos e espelha costumes” (p.17). Aos corpos são impressos significados que estão relacionados às múltiplas culturas às quais eles possam estar imersos (Vilhena, Rosa e Novaes, prelo).

A Obesidade é definida, nos manuais médicos de endocrinologia, como um estado em que há maior quantidade de tecido adiposo em relação à massa magra, do que o esperado por sexo, idade e altura (Halpern e Rodrigues, 2006), E pode ser classificada em vários graus. O índice mais utilizado para classifica-la é o Índice de Massa Corpórea (IMC), que é calculado pela divisão peso (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros).

Estas gradações permitem, à medicina, uma correlação com os riscos aos quais o indivíduo está inclinado. A obesidade, sobretudo a dos indivíduos com IMCs mais elevados, está relacionada com um maior número de comorbidades – as quais consistem nas doenças causadas, agravadas ou cujos tratamentos são dificultados, pelo excesso de peso como o *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, e cânceres (colorretal, mama e câncer de endométrio), artropatias e apnéia do sono, por exemplo.

O Obeso é caracterizado como um doente crônico, de causa multifatorial – fatores ambientais, genéticos e psíquicos (Coutinho e Dualib, 2006). O estilo de vida contemporâneo é um estímulo para a gênese da obesidade, uma vez que há um aumento da inatividade física, concomitante ao aumento da oferta de alimentos ricos em gorduras e açúcares. Os aspectos psíquicos vinculados à obesidade e ao excesso alimentar serão abordados, sobretudo, nos segundo e terceiro capítulos.

Em função de seu crescimento em caráter epidêmico, sua morbidade, mortalidade, e consequente oneração causada aos cofres públicos decorrente da grande demanda de gastos com tratamentos, a obesidade tornou-se, para além de um “problema de aparência”, uma preocupação para as entidades governamentais e uma questão de saúde pública (Halpern, 1999).

De acordo com Oliveira (2013), mais de 1,5 milhão de adultos são obesos mórbidos no Brasil. Embora a obesidade mórbida tenha baixa prevalência na população geral, 0,81%, os gastos a ela atribuídos, no SUS, correspondem a quase $\frac{1}{4}$ dos gastos atribuíveis à obesidade. A autora ainda afirma que os custos referentes à obesidade no País, em 2011, foram de cerca de 0,5 bilhão de reais, e correspondem a 1,9% dos gastos do SUS com assistência à saúde de média e alta complexidade no mesmo período.

Dentre todas as ofertas de tratamentos para a obesidade e suas doenças associadas, a cirurgia bariátrica se apresenta, hoje, talvez, como a mais bem sucedida alternativa terapêutica no que diz respeito tanto à perda de peso quando à manutenção deste.

O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E AS VICISSITUDES DO CORPO

A procura pela cirurgia bariátrica tem se dado, majoritariamente, tanto no SUS quanto nas instituições de saúde particulares, por pacientes acometidos por sérios prejuízos à saúde, que os aproximam de uma quase morte. Somando-se às graves doenças associadas, estão corpos debilitados, marcados pela dor, falta de mobilidade e flexibilidade, como no caso de pacientes que passam a ter dificuldade realizar higiene íntima pela dificuldade imposta pela anatomia corpulenta.

Programas televisivos têm explorado o cotidiano pré e pós-operatórios de pacientes ao redor do mundo, popularizando a cirurgia e captando os olhares, tanto da população em geral quanto dos profissionais interessados neste campo, para diversos aspectos importantes inerentes ao procedimento.

Não podemos deixar de evidenciar o ganho estético implicado na perda de peso possibilitada pelo tratamento. Além das limitações impostas pelo adoecimento do organismo, os pacientes afirmam se sentir limitados pelo constrangimento de viverem tão dissonantes dos padrões estéticos valorizados. Constrangem-se, pois o mundo parece não ter sido projetado para eles: as cadeiras podem envergar com seu peso ou podem entalar nas roletas dos ônibus por causa de sua circunferência. O olhar do outro, nestes casos, aparece como algo que desejam evitar, ainda que não consigam passar despercebidos pelo tamanho de seus corpos.

Há casos de pacientes que, ao tomarem conhecimento dos critérios de seleção para a cirurgia, afirmam ganhar peso propositalmente para poderem, enfim, ser submetidos ao método mais eficaz de emagrecimento. Relatam, esperançosos, sua satisfação por acreditarem que poderão prescindir dos tratamentos clínicos - infrutíferos e insuportáveis depois de tantos fracassos.

Existem várias possibilidades de técnicas a serem utilizadas, as quais, além de realizarem modificações metabólicas, são responsáveis por restringir o volume gástrico ou realizar um desvio intestinal que promove a absorção deficitária, em relação ao intestino íntegro, do que é ingerido. Há, por fim, as técnicas mistas, que, além de restringirem a capacidade volumétrica do estômago também promovem a disabsorção parcial do alimento ingerido e alguns de seus elementos.

O “by-pass gástrico”, técnica mista, é a mais utilizada (75% dos casos), promovendo perda ponderal de cerca de 40% do peso inicial do paciente. Cirurgias exclusivamente disabsortivas podem levar à carência importante de elementos nutricionais e desnutrição, pois seu objetivo é, de fato, privilegiar a má absorção dos alimentos. Podem de causar diarreias de forte odor frequentes. Vale ressaltar que a indicação leva em conta as particularidades de cada caso, cabendo à equipe multidisciplinar definir.

Pacientes que têm indicação para serem submetidos a esta cirurgia são os que possuem um índice de massa corpórea (relação entre o peso e a altura ao quadrado, cuja sigla é IMC) igual ou maior que 40 kg/m², que os caracterizam como obesos mórbidos, aqueles que possuem um IMC igual ou maior que 35 kg/m², que os caracterizam como Obesos grau II somado a alguma doença relacionada ao peso, como diabetes, hipertensão, doenças articulares, apnéia do sono e outras, e, finalmente, pacientes com IMC igual ou superior a 30 Kg/m² com uma doença associada considerada grave pelo especialista e também um atestado de intratabilidade da obesidade fornecido por um endocrinologista. Estes dados estão disponíveis no site da sociedade brasileira de cirurgia bariátrica (SBCBM, 2015).

O paciente precisa, ainda, ter, atestados, tratamentos clínicos prévios e um histórico de insucessos e recidiva do peso nestes tratamentos. Se tiver entre 16 e 18 anos, a indicação deve ser feita em consenso entre família e equipe multidisciplinar. Se tiver mais de 65 anos deve ser avaliada a expectativa de vida do paciente em relação aos benefícios possíveis advindos da operação. Entre os 18 e 65 anos não há restrições para a realização do procedimento desde que o paciente se encaixe nos critérios supracitados. (Ibid.)

Para que um indivíduo seja autorizado a realizar a cirurgia bariátrica, o Conselho Federal de Medicina preconiza que ele deve ser submetido, também, a uma avaliação psicológica. Ter um psicólogo que avalie o candidato ao procedimento é uma necessidade e uma obrigação legal - como o que determinam a Resolução CFM 1.942/2010 e Portaria SAS/MS 492/2007. Ambos ressaltam a atuação multidisciplinar e a importância da avaliação e acompanhamento por profissional de saúde mental.

O que ocorre, entretanto, é que, apesar do aumento do número de cirurgias e, conseqüente, crescimento da demanda de participação dos psicólogos no processo prévio à realização do procedimento, não há um consenso unívoco a respeito de como avaliar os candidatos, evidenciando-se, portanto, a necessidade de mais estudos que possam correlacionar fatores psicossociais prévios ao procedimento com os prognósticos apresentados (Fabricatore et.al, 2006).

Pode-se supor que a dificuldade em encontrar uma unicidade de maneiras de avaliar os pacientes esteja vinculada à multiplicidade de sujeitos e discursos e, portanto, à impossibilidade de apreendê-los de forma padronizada. É possível que se deva ao fato da psicologia também consistir num campo composto de múltiplas teorias as quais priorizam múltiplos enfoques, quer sejam eles o corpo, o comportamento. A psicanálise, que tem a pulsão como importante objeto de investigação, também tem se interessado pela clínica da obesidade e da cirurgia bariátrica.

Geralmente a demanda da avaliação psicológica é do cirurgião, do SUS, dos convênios, e, em sua minoria, é do próprio paciente. A hegemonia do discurso científico, que prioriza as justificativas tecnicistas para o sofrimento dos sujeitos, contribui para que nem todos os pacientes questionem sua relação com os exageros que promovem, a morbidez da condição que os acomete e os caminhos que os levaram à sua forma física e saúde degradadas. O cientificismo minora a subjetividade (Novaes, 2010), destitui o sujeito de sua doença (Clavreul, 1983), promovendo, como consequência, uma desresponsabilização do sujeito a respeito dos males que o acometem.

No que concerne ao pós-operatório, a cirurgia bariátrica, por seu efeito limitador de ingestão de alimentos e por sua ação metabólica, tem se mostrado benéfica em relação à perda ponderal, e ao tratamento de doenças. Estudos científicos têm demonstrado benefícios decorrentes do procedimento cirúrgico em relação às doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias, artralguas e em relação à qualidade de vida, quando os pacientes se referem ao emagrecimento como ganho em saúde e melhora estética. (Carvalho et.al, 2007; Toledo et.al., 2010) Justamente por estas razões, a cirurgia tem sido a alternativa “padrão ouro” quando bem indicada.

Em contrapartida, é possível afirmar que nenhum indivíduo que se submete à cirurgia da obesidade passa ileso de algum sofrimento, pois, por consistir numa intervenção cirúrgica, trata-se de um processo doloroso. Impõe, adicionalmente, uma restritiva rotina alimentar nas primeiras semanas, composta de líquidos, cuja ingestão deve ser rigorosamente fracionada ao longo dos dias.

Alguns pacientes, preocupados, têm trazido, aos serviços e aos profissionais de saúde mental, as seguintes questões: “Ouvi dizer que algumas pessoas passam a beber mais depois que operam, é verdade?”, “Será que posso ficar deprimida por não poder comer tudo o que gosto?”. E, de fato, alguns estudos apontam para o desenvolvimento ou perpetuação de uma “vulnerabilidade psíquica” no discurso dos pacientes em pós operatório tardio.

Seus resultados e discussões destacam uma diminuição do ânimo e do interesse sexual, depressão, pacientes que passaram a apresentar outros comportamentos compulsivos como ingestão maior de bebidas alcoólicas e envolvimento sexual compulsivo com diversos parceiros e, ainda, a recidiva do excesso de peso vinculado à compulsão alimentar (Leiva et al.,2009).

Segundo estudo realizado com 7.925 pacientes submetidos à gastroplastia e 7.925 obesos mórbidos não operados (grupo controle), o qual comparou o risco de morte em longo prazo desses dois grupos, evidenciou-se que os pacientes submetidos à cirurgia tiveram diminuição em mortalidade por doença arterial coronariana em 56 %, diabetes em 92% e câncer em 60%. No entanto, a taxa de mortes provocadas por acidentes e suicídios aumentou em 58% (Adams et. al. 2007).

CONCLUSÃO

Compreendemos que o contexto sociocultural dos tempos atuais contribui para o aumento do índice de obesidade. Em decorrência da simultânea excessiva valorização da magreza, beleza e saúde, é compreensível que o sofrimento compareça na história e no discurso destes pacientes. Tais razões, no entanto, não seriam suficientes para responder porque alguns sujeitos estabelecem com a comida e com os seus corpos uma relação de exageros, sofrimento, descontrole e agressividade, mesmo depois de serem emagrecidas pelos procedimentos oferecidos pela medicina.

Nossas pesquisas no campo da subjetividade ligada ao corpo nos levam a criar uma hipótese que tenta esclarecer, em parte, este fenômeno de desencontro entre o corpo “formatado” pelos procedimentos médicos e a representação inconsciente do mesmo (Vilhena e Novaes, 2012). Para tanto, mais uma vez, voltamos nosso olhar para a cultura como produtora de agenciamentos subjetivos.

Nossa sociedade marca de maneira significativa dois aspectos importantes acerca do modo de enfrentar a realidade. O primeiro é a condição quase inescapável de perdedores. Por vivermos em uma sociedade que cultua a performance acima de tudo; onde não é suficiente estar desempenhando seu papel como colaborador em qualquer área que seja, é imperativo ser o melhor, destacar-se nessa eterna corrida pela primeira colocação. A figura do empreendedor, por exemplo, desponta como o atual modelo de vida heroica. Ele resume um estilo que põe no comando o detentor do falo (poder) que tem a capacidade (potência) de tomar decisões e correr riscos numa sociedade que faz da concorrência interindividual uma justa competição (Ehrenberg, 2010).

Nesse contexto, a noção de coletivo acaba por ficar ofuscada pelo brilho excessivo do individualismo narcísico, da necessidade diária de tomar atitudes conquistadoras/dominadoras/fálicas (Ehrenberg, 2010). É claro que este cenário cria um abismo entre o ideal apregoado pelo social e a realidade das vidas, muitas vezes, ordinárias da maior parte dos sujeitos, levando a sentimentos de insuficiência e fracasso quase que avassaladores.

O segundo aspecto massacrante da nova subjetividade conflituosa é a instantaneidade, ou melhor dizendo, a exigência imediatista para a realização de qualquer projeto de vida que almeje a satisfação ou (ilusoriamente) a felicidade. Vivemos em um mundo onde as relações sociais se dão de forma parcial e com tamanha fugacidade que, mal temos tempo para entrar

em contato com o outro. Onde toda e qualquer dor ou sofrimento (termos bem distintos) podem e devem ser mitigadas, rapidamente, às expensas de medicamentos e intervenções cirúrgicas. Não existe tempo hábil, pois tempo é dinheiro, poder, vida, sucesso... Então, não há tempo para a elaboração de qualquer tipo de questão que seja.

Neste cenário, bastante exigente e hostil, encontramos a figura do sujeito obeso, aprisionado em um corpo que representa o oposto dos ditames da beleza e da felicidade, tendo que lidar, muitas vezes, com o preconceito da sociedade e também com suas próprias questões; demandas, desejos, sonhos e frustrações. Esse sujeito é praticamente convocado pelo social, via seu representante mais prestigioso (a medicina), a fazer “alguma coisa” para mudar a sua vida. E essa coisa já está predeterminada, é a cirurgia bariátrica. E não só está pré-definida, como têm um alto índice de eficácia, estatisticamente comprovada (pois é isso que importa hoje em dia: os números, tudo deve ser mensurado dentro do novo paradigma de saúde).

O sujeito, então, acredita, ou melhor, constrói uma fantasia acerca dessa intervenção cirúrgica. No seu imaginário, amparado pelo imaginário social partilhado, o corte na carne representa um outro tipo de corte, esse muito mais simbólico. Uma verdadeira cisão entre a vida antes e depois da cirurgia bariátrica. Onde tudo aquilo que ele considera como desagradável e pejorativo, será extirpado de sua existência, juntamente com a gordura retirada, no processo cirúrgico.

Vale Rosa (2009) demonstra essa sutil relação onde a cirurgia se apresenta como mais uma tentativa de mudança, de mudar a própria identidade do sujeito. Ou seja, uma mudança quanto ao que o sujeito é, quanto ao que o significante “ser gordinha”, por exemplo, o envia e o remete, enquanto representação, enquanto afeto. A cirurgia de redução do estômago constitui-se num verdadeiro “regime forçado”. Mas não é do regime físico, da perda de peso que os sujeitos falam, mas do regime de suas vidas, na mudança sua maneira de viver e, principalmente, de se relacionar com o Outro.

Note-se com isso que, de uma só vez, o sujeito atende aos dois ditames da cultura contemporânea; deixa de ser um fracassado (opinião largamente partilhada acerca da obesidade e, infelizmente, internalizada pela grande maioria dos sujeitos obesos), o fazendo de maneira rápida e “sem esforços”. O termo se encontra entre aspas porque, apenas os que desconhecem os processos pré e pós cirúrgicos da cirurgia bariátrica, pensariam tal coisa. De toda maneira, estamos aqui falando do imaginário e na fantasia tudo é permitido. O grande

problema da fantasia reside no fato de ser convocada à esfera do real. Daí descende a imensa discrepância entre aquilo que foi fantasiado e o realizável, ou o possível....

Nesse momento, aparecem as grandes frustrações relacionadas ao processo cirúrgico, pois ao final de todo esse procedimento doloroso, invasivo e repleto de “dietas” rigorosas, em muitos casos, o sujeito continua o mesmo; sentindo-se insuficiente, faltoso, inadequado e com as mesmas questões vivenciais que outrora o atormentavam. Tão somente com “alguns quilos a menos”. Ou seja, o que a priori era o objetivo “real” da cirurgia, não se apresenta como um resultado satisfatório para muitos sujeitos que, por sua vez, - detinham inúmeras expectativas imaginárias, agora frustradas, acerca do poder transformador que o referido procedimento acarretaria em suas vidas.

Algo que não acontece em todos os casos, haja vista a grande quantidade de indivíduos satisfeitos com os resultados alcançados através deste procedimento cirúrgico e que, por conseguinte, conseguem manter o novo “modelo corporal”, bem como modificar suas rotinas alimentares e tantas outras mudanças reais e possíveis.

REFERÊNCIAS

- ADAMS T.D., et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; v. 357, p. 753-61.
- BIRMAN, Joel. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.529-548, abr,-jun. 2007.
- BRUM, E. A Boçalidade do mal, Guido Mantega e a autorização para deletar a diferença. *Jornal El País, Coluna Opinião*, 2 mar. 2015. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2015/03/02/opinion/1425304702_871738.html
- CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis [online]*. v.19, n. 2, p. 529-549, 2009.
- CARVALHO, Perseu Seixas de et al . Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica?. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo , v. 51, n. 1, Feb. 2007.
- CFM, Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM 1.942/2010. Publicada no D.O.U. dia 12 de fevereiro de 2010, Brasília-DF, seção I, p.72.
- CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense. 1983
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar – Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004a.*
- COSTA, Jurandir Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004b.
- COUTINHO, W., DUALIB, P. Etiologia da Obesidade. In: *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Artmed, 2006, p. 265-272.
- DANTAS, J.B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21 – n. 3, p. 563-580, Set./Dez. 2009.
- DOUCET, C.; GASPARD, J.; SILVA JUNIOR, N.; CARVALHO, S. M. Estudo das marcas corporais na modernidade: sustentar a causa do sujeito. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, v. 5, p. 143-152, 2008.

- EHRENBERG, A. O culto da performance: Da aventura empreendedora à depressão nervosa. Aparecida, SP: Ed. Ideias e Letras. p. 133. FREIRE, Paulo. Conscientização. São Paulo: Editora Moraes, 2010.
- FABRICATORE, A.N.; CRERAND C.E., WADDEN, T.A., SARWER, D.B., KRASUCKI, J.L. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg.* 2006 May;16(5):567-73.
- FISHLER, C. “Obeso Maligno, Obeso benigno”, In: Políticas do corpo / Org. Denise Bernuzzi de Sant’Anna. – São Paulo: etação Liberdade, 1995a p.69-79.
- FISCHLER, C. "La obesidad masculina o el reparto transgredido", In: *L'(H)omnivore*, Barcelona, Anagrama, 1995b. p. 322-339.
- FOUCAULT, M. A Política da saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 193-207.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p.285-315
- HALPERN, Alfredo. A epidemia de obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 43, n. 3, Jun. 1999.
- HALPERN, Z., RODRIGUES, M.D.B. Obesidade Infantil. In: Transtornos Alimentares e Obesidade. *Artmed*, 2006, p. 284-288.
- LEIVA, M. J. et al. Calidad de vida en pacientes operadas de bypass gástrico hace más de un año: Influencia del nivel socioeconómico. *Rev. méd. Chile* [online]. 2009, vol.137, n.5 ISSN 0034-9887.
- NOVAES, J. V. O intolerável peso da feiúra. Sobre as mulheres e seus corpos. 1a. ed. Rio de Janeiro: PUC/Garamond, 2006. 272p.
- NOVAES, J. de V. Com que corpo eu vou? Sociabilidade e usos do corpo nas mulheres das camadas altas e populares. Rio de Janeiro: Ed. PUC/Pallas, 2010.
- OLIVEIRA, M. L. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil / Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – Brasília, 2013.
- POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra N.C. A medicalização da beleza. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v.11, n.23, Dec. 2007.
- SAS/MS - Secretaria de atenção à saúde, Ministério da saúde. Portaria 492 de 31 de agosto, 2007.
- SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em <http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>. Acesso em 05 de abril de 2015.
- SILVA JUNIOR, N. A sombra da Sublimação. O imperialismo da imagem e os destinos pulsionais na contemporaneidade. *Psyche* (São Paulo), São Paulo, v. VII, n. 1, p. 29-39, 2003.
- TOLEDO, Carolina Cumani; CAMILO Gustavo Bittencourt; GUIMARÃES, Rodrigo Loiola; MORAES, Fabio Rosa; SOARES JÚNIOR, Cleber. Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica / Quality of life in the late post operative period os patients undergoing bariatric surgery. *Rev. APS*; 13(2), abril-junho, 2010.
- VALE ROSA, Thyago Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. *Revista Subjetividades* v. 09, n.1, p. 47-63. 2009.
- VILHENA, J.; ROSA, C.M.; NOVAES, J.V.; “Narrando dores, a tatuagem como discurso”. *Cadernos de Psicanálise do Círculo de Psicanalítico do Rio de Janeiro*. prelo.
- VILHENA, J. e NOVAES, J.V. Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos. Rio de Janeiro/Curitiba. Eds PUC/APPRIS. 2012.

Natália Néspoli

Psicóloga e mestranda do Programa de Mestrado Profissional e Doutorado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida – UVA. Especialista em TAS e Obesidade pelo Hospital das Clínicas - USP (2010).

E-mail: nsnespoli@gmail.com

Endereço: Universidade Veiga de Almeida – UVA - Estrada Perynas, s/n - São Cristovao, Cabo Frio - RJ, 28909-000

Joana de Vilhena Novaes

Prof.^a do Programa de Mestrado Profissional e Doutorado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida - UVA. Coordenadora do Núcleo de Doenças da Beleza da Pontifícia Universidade Católica - PUC-Rio. Pesquisadora e Psicoterapeuta do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social LIPIS/PUC-Rio. Pesquisadora correspondente do Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine - Université Denis-Diderot Paris 7 CRPM-Pandora. Pesquisadora e Membro do GT de Metodologia do Conselho Consultivo da Fundação Dove para a Auto-estima/UNILEVER.

E-mail: joana.novaes@uva.br; jvnpsicologosltada@gmail.com

Endereço: Pontifícia Universidade Católica - PUC-Rio - R. Marquês de São Vicente, 225 - Gávea, Rio de Janeiro - RJ

Carlos Mendes Rosa

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Universidade de Coimbra. Pesquisador Associado do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social da PUC-Rio.

E-mail: carlosmendesrosa@gmail.com

Endereço: Pontifícia Universidade Católica - PUC-Rio - R. Marquês de São Vicente, 225 - Gávea, Rio de Janeiro - RJ