

# MEDICINA, FREUD E OBESIDADE: DIÁLOGOS MULTIDISCIPLINARES SOB A PERSPECTIVA DE FOUCAULT

---

Raquel Berg

Raquel Berg  
Psicóloga formada  
pelo Instituto  
de Psicologia  
da USP. Mestre  
em Psicologia  
pelo Instituto de  
Psicologia da USP

**RESUMO:** Observa-se, na atualidade, um aumento da obesidade e da busca por tratamento para essa enfermidade. Embora a participação do psicanalista seja importante, as diferenças entre o foco de trabalho do psicanalista e da área médica muitas vezes dificulta a interlocução entre ambos. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo geral examinar, a partir do referencial de Foucault, o processo de interlocução entre os campos da Medicina e da Psicanálise. Com isso, esperamos obter subsídios para a clínica psicanalítica no contexto hospitalar, de modo a facilitar o processo de comunicação na equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** psicanálise, obesidade, Foucault, Freud.

**ABSTRACT:** Medicine, Freud and obesity: Multidisciplinary dialogues under the perspective of Foucault. Nowadays, there is an increase of obesity and consequently treatment for this problem. Although the participation of the psychoanalyst is important, differences between the focus of work of the psychoanalyst and of the medical area often hinder the dialogue between them. In this context, this article aims to examine, from Foucault's referential, the process of dialogue between the fields of medicine and psychoanalysis. As a result, we expect to see an improvement in clinical psychoanalysis in hospitals and to facilitate the process of communication in the multidisciplinary team.

**Keywords:** Psychoanalysis, obesity, Foucault, Freud.

## INTRODUÇÃO

A obesidade tem se tornado uma patologia de interesse particular nos dias de hoje. Num estudo de Monteiro, Conde e Castro (2003), observou-se que entre 1975 e 1989 a obesidade aumentou. De 1989 a 1997, esse aumento foi maior entre as pessoas sem escolaridade; entre as mulheres de escolaridade média e alta, a porcentagem de casos de obesidade diminuiu. Além disso, estudos transversais de Batista Filho e Rissin (2003) mostraram que nas décadas de 1970 a 1990 houve uma redução da desnutrição e um aumento acelerado do sobrepeso e obesidade em adultos, cuja prevalência triplicou no período estudado. No Brasil, a obesidade aumentou 70% entre 1975 e 1989, o que sugere que essa enfermidade está se tornando, aos poucos, um problema mais grave que a fome (DOBROW *et al.*, 2002).

As hipóteses para suas causas são muitas, e podem coexistir (ALMEIDA, 2005). Entretanto, descrever a obesidade a partir dessa pluralidade de ângulos, de forma a apresentá-la como um conjunto de fatores interligados, não esclarece de modo consistente a patologia em questão. Na Medicina, essa patologia tem sido considerada uma doença (BENEDETTI, 2003). Segundo a American Psychiatric Association [APA] (1994); e Halmi, KA (1994), ambos citados por Segal e Fandiño (2002, p.70):

“A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico (...). Esta afirmação se faz necessária dado que a doença foi por muito tempo compreendida como uma manifestação somática (ou seja, uma consequência) de um conflito psicológico subjacente que, em determinados indivíduos com formação egoica inadequada, somente poderia ser solucionado através da hiperfagia.”

As publicações médicas dos últimos anos têm enfatizado sobremaneira os estudos genéticos e neurofisiológicos que poderiam estar ligados ao aparecimento e manutenção da obesidade (FIORAVANTI & ZORZETTO, 2007). Mesmo reconhecendo a existência de sintomas psicológicos, os estudos feitos não estabelecem qualquer relação entre as causas da obesidade e questões psíquicas. Nesse sentido, Segal e Fandiño (2002, p.70, grifo nosso) apontam:

“Nas pessoas obesas que procuram tratamento, existe um aumento de prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar, porém parece não ser possível estabelecer uma relação de causa-efeito.”

Ou seja, apesar dos sintomas psicológicos serem frequentemente observados nos obesos, são considerados coadjuvantes de um problema cujas causas estão

ligadas ao campo do orgânico (BENEDETTI, 2003; LOLI, 2000). Assim, apesar de hoje haver um reconhecimento da importância do psicólogo ou psicanalista no tratamento da obesidade (CORDÁS, 2008), o principal foco do tratamento está nos procedimentos médicos. No entanto, a recorrência de sofrimento psíquico nos possibilita considerar que a obesidade destaca como a relação do obeso com seu corpo está para além da noção de um corpo biológico.

Apesar de Freud nunca ter discutido o tema da obesidade em seus escritos, a psicanálise tem um grande potencial para contribuir nos estudos sobre a obesidade. Hilde Brush, em seu trabalho (1973), já levantava a possibilidade de a obesidade ser trazida para o terreno das psicopatologias alimentares, e autores como Hermann e Mínerbo (1998) discutem a questão indiretamente ao abordar o tema da moralidade no comer enquanto causadora de perturbações alimentares. Além disso, Berg (2008), em sua pesquisa de mestrado, articula a questão da obesidade no desenvolvimento humano com conceitos freudianos. Essa articulação entre o corpo e o comer foi possível a partir do momento que a oposição entre corpo representado e corpo biológico permitiu a Freud inserir a questão da sexualidade como um elemento circulante entre esses campos na produção de sintomas.

Com relação às perturbações alimentares, o autor aborda o tema desde seus primeiros escritos, nos casos histéricos de Emmy Von N.<sup>1</sup> e Lucy R.,<sup>2</sup> quando analisa a relação entre a formação dos sintomas histéricos e o comer, chegando à conclusão de que “as histéricas sofrem de reminiscências” (FREUD, 1895b, p.48).

Posteriormente, Freud (1905) retoma a questão alimentar em seu estudo sobre a sexualidade infantil, no qual o comer surge como uma necessidade de nutrição do bebê. Essa necessidade se articula com o prazer de sugar o seio materno, e pode ser futuramente evocada no período em que a criança passa a buscar prazer no sugar o dedo.

Em seu artigo “Projeto para uma psicologia científica” (1895a) já havia um discurso freudiano de que no movimento dos organismos estão em jogo diferentes tipos de energias, sendo o movimento principal do organismo a descarga das excitações. Essa hipótese, relacionada a estudos anteriores como o de 1905, serviu de base para a criação do artigo sobre as pulsões (1915), no qual Freud considerou a existência de duas excitações de diferentes naturezas bioquímicas:

---

<sup>1</sup> Com relação à Emmy Von N. (FREUD, 1895b), a ausência de fome, sem qualquer outro motivo associado, estava vinculada a uma perda do prazer de comer devido a traumas relacionados a situações em que a comida fazia parte do pano de fundo das relações interpessoais.

<sup>2</sup> Já no caso Lucy R. (FREUD, 1895b), a perda do olfato estava associada a uma incapacidade de sentir prazer nos odores, e essa incapacidade se relacionava ao temor de que seu amor pelo padrão fosse descoberto e censurado.

uma, autoconservadora; a outra, especificamente sexual. Mais tarde, Freud (1920) pôde trabalhar a partir de bases mais sólidas a relação entre produzir o prazer e evitar a tensão, e como a relação desses fatores com experiências do passado pode gerar uma compulsão à repetição que vai além do princípio de buscar o prazer e evitar o desprazer.

Muitos autores utilizaram a teoria freudiana para construir suas hipóteses teóricas sobre as patologias alimentares. Segundo Jeammet (URRIBARRI, 1999), as perturbações alimentares ocupam uma posição de cruzamento entre a infância e a idade adulta, entre o psíquico e o somático, entre o individual e o social. Essa posição de cruzamento indica uma possível ligação entre as perturbações e o processo de mudanças, sejam estas socioculturais, ou em função da impossibilidade de uma expressão puramente psíquica e representacional dessas dificuldades, o que obriga o sujeito a usar o recurso comportamental, a inscrição corporal, para dar vazão às emoções.

Não existem posições conclusivas sobre a questão da obesidade, mas um campo fértil para estudo e desenvolvimento de hipóteses teóricas. Entretanto, as diferenças entre psicanálise e medicina, no que diz respeito a método investigativo, dificultam muitas vezes a interlocução entre essas duas frentes de trabalho. Partindo então das diferenças na formação de discurso de ambos os campos, a proposta aqui é analisar brevemente a construção de conhecimento em cada campo e suas estratégias de interlocução.

## **AS ORIGENS DO CONHECIMENTO**

Existe uma dificuldade presente na interlocução dos discursos da Psicanálise e da Medicina que remete às diferenças entre as ciências naturais e humanas, no que diz respeito ao método e foco de investigação: na abordagem médica, por exemplo, o levantamento bibliográfico e a compilação de dados obtidos em testes e exames são cruciais para o trabalho do investigador. Na psicanálise, por outro lado, a escuta e o estudo da bibliografia psicanalítica são fatores-chave para o trabalho investigativo.

Essas diferenças estão diretamente relacionadas às origens do pensamento científico. Para Foucault (2000), no passado houve um movimento para se criar um campo propício para padronizar e sistematizar o conhecimento existente, um campo cujo alicerce fosse a unificação da linguagem, do objeto a ser representado. A esse campo deu-se o nome de Ciência e, partir de então, passou a figurar como base de sustentação para que cada saber pudesse construir seu conhecimento.

Conforme afirma Foucault (2000), dentro da Ciência apareceu uma vontade de saber que desenhava planos de objetos observáveis, mensuráveis, classificáveis;

essa vontade de saber impôs certo posicionamento (ver em vez de ler, verificar em vez de comentar), e se investiu de conhecimentos técnicos verificáveis. A partir do século XIX, as ciências naturais passaram a se constituir de uma linguagem própria, que trazia duas preocupações: converter a linguagem científica numa linguagem-quadro, que pudesse ser então uma cópia fiel e imparcial da natureza, ressaltando suas semelhanças e diferenças como uma tábua classificadora; e criar uma linguagem que pudesse representar esquemas, formas e encadeamentos, de acordo com uma lógica própria, independente da língua e da gramática em que esse conhecimento fosse traduzido. Essa era a tarefa mais difícil, pois implicava uma total “asepsia” da língua, de forma que a linguagem científica estivesse livre de características culturais, temporais ou individuais.

Essa busca por uma linguagem positivista não aconteceu nas ciências humanas. Aqui a linguagem, enquanto berço das aquisições humanas, foi percebida como uma realidade histórica, lugar de tradições e memórias dos povos. Para as ciências humanas, as palavras que falamos, as construções que seguimos, passaram a ser percebidas como denúncias de nossos mitos e verdades, como se o discurso arrastasse consigo um conjunto de proposições que representassem a história de um indivíduo ou sociedade. Para Foucault, “as ciências humanas apareceram no dia em que o homem se constituiu na cultura ocidental” (2000, p.447-8).

Segundo Foucault (2006c), com a Ciência os sintomas do corpo foram inicialmente integrados à singularidade do doente, e criou-se uma relação formal entre observador e objeto de estudo. Essa via foi garantida pela racionalização da linguagem médica, na qual o patológico tornou-se figura de análise, e a clínica surgiu como uma estratégia para organização daquilo que é perceptível, mas impreciso. Para o autor, “a experiência clínica (...) é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma ‘ciência positiva’” (FOUCAULT, 2006c, p.XV).

Para apoiar o desenvolvimento da medicina foi necessária, já no século XVIII, a criação de regras classificatórias que dominassem tanto a teoria quanto a prática: nos estudos de Sauvages e Pinel, a medicina classificatória supunha uma determinada “configuração” da doença composta de estudos das árvores genealógicas e de quadros nosológicos bem demarcados. E, para que isso fosse possível, era necessário que a medicina tivesse um conhecimento não apenas de técnicas de cura, mas do que é saudável.

Portanto, a formação do método clínico estava ligada à mudança do olhar médico no campo dos sintomas, como se o signifiante (signos e sintomas) fosse a cópia fiel de seu significado, sem ocultação da verdade; ao médico, caberia apenas observar com um olhar “equipado com toda uma armadura lógica que exorciza desde o início a ingenuidade de um empirismo não preparado”

(FOUCAULT, 2006c, p.117). Esse olhar definiu um uso do discurso científico que garantia a obediência incondicional à experiência e à descrição dos fatos, e relacionava doença, linguagem e morte ao método anatomoclínico.

Com relação à obesidade, no século XIX se acreditava que essa patologia fosse resultado de um distúrbio emocional, relacionado a momentos de grande estresse na vida do indivíduo (LOLI, 2000). Entretanto, segundo Silva (2001), no século XX a obesidade passou a ser encarada como um excesso de células gordurosas proveniente de um desarranjo metabólico, e os fatores psicológicos foram retomados após 1940 como fatores coadjuvantes desse desarranjo.

No contexto de construção do conhecimento, a psicanálise surgiu inicialmente num projeto para se tornar uma linha científica, nos moldes de uma neuropsicologia de época, tal como se observa num dos primeiros artigos freudianos. Freud (1895a/1977, p.347) afirma: “A intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição”. Entretanto, à medida que foi tomando corpo, a psicanálise se despreendeu de uma concepção anatômica para uma concepção de corpo erógeno, o que a aproximou das ciências humanas.

Na história da Psicanálise, afirma Roudinesco (1989), o pensamento freudiano se apropriou do conhecimento existente sobre a neuropsicologia e realizou uma mudança radical ao articular a histeria no campo da representação e não no campo do corpo anatomopatológico. Quanto aos sintomas histéricos, Freud (1893/1977, p.234-6) afirmava que “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta [...] na paralisia histérica, assim como na anestesia, etc., o que está em questão é a concepção corrente, popular, dos órgãos e do corpo em geral”.

A ruptura do pensamento freudiano com o modelo científico da medicina foi progressiva. Com seus estudos sobre a histeria, Freud se afastou do campo da neuropatologia e se voltou para os problemas colocados pelas neuroses. Com relação às patologias da alimentação nas histéricas, destacou:

“O que poderia ser mais provável do que a ideia de que a figura de linguagem ‘engolir alguma coisa’, que empregamos ao falar de um insulto ao qual não foi apresentada nenhuma réplica, originou-se na verdade das sensações inervatórias que surgem na faringe quando deixamos de falar e nos impedimos de reagir ao insulto? Todas essas sensações e inervações pertencem ao campo da ‘Expressão das Emoções’, que, como nos ensinou Darwin [1872], consiste em ações que originalmente possuíam um significado e serviam a uma finalidade.” (FREUD, 1895b/1969, p.136)

A histeria colocou em questão os pressupostos da clínica médica. Conforme afirma Birman (1991), entre a disputa das escolas de Salpêtrière e de Nancy surgiu a figura de Freud que, sob a influência dessas duas tendências, criou um método que utilizava tanto o rigor do levantamento de detalhes para compor as características dos sintomas, quanto a inclusão do sintoma histérico num contexto intersubjetivo. Esse método possibilitou a criação do conceito de transferência, no qual “o discurso psicanalítico vai conseguir articular a exigência charcotiana de reconhecimento da singularidade do sintoma histérico e a racionalidade sugestiva de Bernheim” (BIRMAN, 1991, p.140).

### **CAMPOS DE PODER E O PODER DA VERDADE**

Durante o período de construção da ciência, Foucault (2006b) destaca que já no século XVII havia um movimento de controle dos corpos, principalmente no que dizia respeito à sexualidade e à formação de sintomas. Para o autor, o controle dos corpos e do pensamento surgia a partir da definição de novas regras de decência; e, a partir do momento que a sexualidade e os sintomas do corpo tornaram-se uma coisa médica, ela ficou sujeita ao poder científico que questiona, fiscaliza, investiga e revela. A ciência, naquele momento sujeita aos imperativos de uma moral, tratou a sexualidade segundo suas aberrações, perversões, extravagâncias e patologias; e a medicina, nesse sentido, instaurou noções ligadas à higiene e assepsia do corpo e da alma, e às instituições de saúde pública, de forma a assegurar a saúde física e a pureza do corpo social.

Para o autor, esse processo de construção do saber em torno do corpo não deve ser analisado em termos de repressão ou lei, mas em termos de poder, que segundo Foucault (2006b, p.89-90), “não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis”. Portanto, no contexto de tratamento das patologias ficava claro que à medida que Medicina e Psicanálise procuravam falar do mesmo objeto, o jogo de poder ficaria aí implícito, pois as relações de poder não são externas a outras formas de relação (como nas econômicas, sexuais ou de conhecimento), mas lhe são imanentes.

No tratamento da obesidade, muitas vezes a comunicação entre o psicanalista e os profissionais das ciências médicas se torna mais enrijecida e difícil quando os discursos fortalecem uma disputa de poder e uma consequente resistência — o exercício de poder implica um movimento de resistência, que nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder (FOUCAULT, 2006b).

Nesse exercício de poder existe um jogo complexo no qual participa o discurso. Para o autor, “o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida

de uma estratégia oposta. (...) Os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força” (FOUCAULT, 2006b, p.96-7). Portanto, o discurso apresentado do ambiente hospitalar reflete um jogo de forças em que os discursos do psicanalista e do médico ficam sujeitos a constantes conflitos derivados da busca de um saber totalitário sobre o mesmo objeto.

Esses conflitos também representam um desejo de poder associado a uma ideologia. O discurso, afirma Foucault (2006a, p.10), “não é simplesmente aquilo que manifesta ou oculta o desejo; é, também, aquilo que é o objeto de desejo; (...) o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta”. Para o autor, isso ocorre porque da mesma forma que os diferentes discursos expressam um exercício de poder, também expressam uma identidade, uma individualidade que, mesmo repetindo fatos já conhecidos, se consolida no conjunto do que se diz e como se diz. Portanto, o campo discursivo se define por um conjunto de métodos, técnicas e instrumentos, e por um corpo de proposições, regras e definições, dos quais qualquer um pode se apropriar desde que tenha algum desejo de aprender.

Considerando que um saber não é a soma de tudo que pode ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa, um fenômeno muito observado hoje é o surgimento das equipes multidisciplinares, que cada vez mais se fortalecem e trazem novas alternativas para o tratamento de muitas patologias. No tratamento da obesidade, muitas vezes pode-se encontrar uma parceria entre médico, psicólogo e nutricionista (CORDÁS, 2002). Entretanto, cabe notar que a aceitação dos demais profissionais, por parte da Medicina, somente foi possível quando a Psicologia e a Nutrição se adaptaram ao modelo médico, agindo como conhecimentos de suporte para o trabalho do médico, mas não como determinantes ou limitantes efetivos para as decisões relativas à avaliação e tratamento. E, nesse ínterim, a comunicação entre psicanalista e médico se torna inviabilizada frente à impossibilidade de adaptação de um campo de conhecimento a outro.

Segundo Foucault (2006a), essa impossibilidade de adaptação ocorre porque cada método se caracteriza por um conjunto de gestos, rituais e signos que acompanham seu discurso. Método e discurso têm um *a priori* que define o modo de ser de seus objetos e lhes dá o contorno desejado, e o processo de adaptação incorre num empobrecimento conceitual e em uma perda da consistência metodológica. Isso não significa que qualquer aproximação deva ser excluída, mas é importante ter em mente que cada saber tem seu próprio campo de atuação, ainda que aspectos de outra abordagem possam auxiliar no aprimoramento dos conhecimentos.

O objeto sempre estará além daquilo que cada método se propõe a observar; ele nunca será apreendido como um todo, pois os discursos sempre se valerão de pressupostos metodológicos para compreender o objeto, o que lhes permite

ver esse objeto apenas por uma de suas facetas. Quando se pensa em inovações científicas, pode-se considerar que também há um exercício dos profissionais em rever seus próprios conceitos e readequar, ou não, os pressupostos teóricos daquele saber, tal como no caso de Mendel, exemplificado por Foucault (2006a), que durante muito tempo não teve sua teoria reconhecida porque empregava métodos e proposições teóricas estranhas à biologia de sua época. Com isso, é possível considerar que o desconhecimento das causas da obesidade e de formas de tratamento eficaz possibilitam um amplo campo de estudo e inovação como um primeiro passo na revisão de conceitos.

Quanto a isso, Freud (1925/1977) enfatiza que a ciência é impelida a buscar seu desenvolvimento em novas descobertas e novas maneiras de olhar para as coisas. A fim de não ser enganada, ela se apresenta cética e somente aceita o novo após um estrito exame. Às vezes, porém, esse ceticismo pode acarretar dois aspectos inesperados: a Ciência pode manter o que lhe é familiar (ainda que errôneo) ou pode rejeitar as coisas novas antes de tê-las examinado, por conta do grau da mudança proposta. Na história da pesquisa científica, diversas inovações se defrontaram com resistência intensa e obstinada. Eventos subsequentes, no entanto, demonstraram que esta resistência era injustificada, e a novidade, valiosa e importante. Um dos principais exemplos aqui foram as descobertas de Freud sobre a origem dos sintomas histéricos. No caso dos estudos sobre a obesidade, hoje se observa uma série de revisões de literatura e algumas tentativas de inovação experimental. Entretanto, a dualidade mente e corpo permanece como um fator que remete à postura da Ciência do século XIX frente às neuroses.

### **HÁ UM CAMPO DE INTERLOCUÇÃO?**

Analisando a construção das proposições de cada saber, é possível encontrar um campo de não contradição?

Segundo Foucault (1995), a dificuldade de comunicação ocorre porque existem algumas incompatibilidades implícitas entre diferentes campos de atuação, tais como diferenças no recorte da realidade e incompatibilidade de conceitos, pois uma mesma palavra pode ter um significado diferente para diferentes discursos. E, como consequência dessas divergências, ocorre a exclusão de uma determinada teoria porque a ciência, ainda que na tentativa de ter uma linguagem imparcial, não consegue se eximir completamente do uso que dela se pode fazer para exercer o poder.

Esse poder pode surgir na forma de ideologia que tem o potencial tanto de gerar um esforço conjunto em busca de um mundo melhor, como também para estabelecer uma rigidez de pensamento, ao ponto de exigir que se adote apenas uma verdade, ligando seus seguidores a uma cegueira que os impede de reco-

nhecer ou analisar qualquer outra lógica. É como se houvesse uma tendência a escolher lados, ao invés de considerar a possibilidade de que ideias aparentemente contraditórias podem coexistir e criar novas possibilidades de interlocução.

As formas de oposição, afirma Foucault (1995), podem ser analisadas não como obstáculos, mas como possibilidades de inovação e/ou reformulação conceitual. Quando contempladas na análise discursiva, essas formas de oposição permitem o desenvolvimento de seqüências de argumentação, de experiência, de verificações e de inferências diversas. Com isso, suscitam novos conceitos, modificam o campo existente, instigam uma reorganização do campo discursivo, (o que torna o discurso mais coeso), e estimulam uma análise crítica do resultado, que põe em jogo a existência e a aceitação da prática discursiva em voga. Conforme resume Foucault (1995, p.17):

“As teorias obtêm crédito na Ciência na medida em que possuem uma coerência interna. Essa coerência implica em não se deixar prender às pequenas diferenças, não atribuir peso demasiado às transformações, aos retornos do passado, às polêmicas; não supor que o discurso será prejudicado pela contradição de nossos desejos, das influências que sofremos e das condições em que vivemos; mas admitir que o discurso é criado para superar as contradições e ir além.”

É importante enfatizar que as semelhanças e diferenças de cada campo dependem não só de sua própria estrutura, mas do recorte feito em cada um. Nesse sentido, pode-se considerar a contradição como uma oportunidade para a construção de novos conhecimentos ou reinvenção dos existentes. Diferentes discursos podem trabalhar com um mesmo conceito sem dizer as mesmas coisas sobre ele, e essa pluralidade conceitual possibilita estabelecer uma relação de complementaridade, ainda que um discurso não possa substituir o outro.

Segundo Freud (1926/1980), tanto a Medicina quanto a Psicanálise devem agir como ciências unilaterais, visto que elas se restringem a assuntos, pontos de vista e métodos específicos. Para o autor, seria uma insensatez lançar uma ciência contra a outra, pois a física não diminui o valor da química. Uma não pode ocupar o lugar de outra, e ambas também não podem se substituir mutuamente.

Ao longo da história, as hipóteses teóricas sobre as causas da obesidade foram muitas — acúmulo de células gordurosas, desarranjo metabólico, problemas psicológicos, déficits ambientais e falhas genéticas. Os estudos sobre essa patologia têm aumentado, assim como a discussão sobre a dicotomia mente e corpo para o seu tratamento. A obesidade se tornou um paradigma na sociedade contemporânea porque é o oposto da imagem de corpo perfeito, contrapondo-se ao ideal de alimentação saudável: “Numa realidade em que o belo é o corpo magro,

a impossibilidade de se ter esse corpo traz um sentimento de inferioridade e culpa” (BERG, 2008, p.118).

A relação com a alimentação remete ao conceito de pulsão e à busca de prazer como além de nossas necessidades corporais. Quando a pessoa adoece, um único sintoma corresponde a diversos significados simultâneos e em sucessão, pois corresponde a uma anatomia fantasmática que é a imagem que a pessoa faz de seu próprio corpo (FREUD, 1905b). Com isso, o sintoma (FREUD, 1917), ao ser examinado do ponto de vista econômico, surge para controlar as quantidades de excitação e evitar seu acúmulo no aparelho mental (que gera o desprazer), tal como acontece nas patologias da alimentação.

Cabe ressaltar que a formação de sintomas tem relação com a idealização que se estabelece com a comida e com o corpo magro que, enquanto objetos de desejo, criam uma relação narcísica. Essa relação, assinala Freud (1914), se refere à atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo — ou qualquer outro objeto — da mesma forma que um objeto sexual é comumente tratado. No narcisismo estão em jogo pulsões de autoconservação e sexuais, o que coloca o indivíduo numa existência dúplice entre garantir a sobrevivência ou servir a seus próprios desejos, desejos esses mesclados com as demandas parentais e culturais.

No caso do obeso, os desejos de ter um corpo magro e comer faz com que ele busque alternativas de tratamento mais invasivas, como o uso de medicações ou a cirurgia bariátrica. Entretanto, nossa cultura é uma cultura de possibilidades e não de realização. E o obeso, afirma Berg (2008, p.120), “nesse sentido, deseja o alimento perfeito, o corpo perfeito e o outro perfeito. Ao não encontrá-los (pois esses ideais não são criados para serem alcançados), ele permanece como contínuo consumidor, sedento e voraz”.

A psicanálise ainda está no começo, e poderá aproveitar da literatura existente e dos atendimentos clínicos ali descritos para delimitar um campo específico para análise e tratamento da obesidade, que não poderá substituir o tratamento médico, mas poderá contribuir para o trabalho multidisciplinar.

Portanto, a utilização de princípios teórico-metodológicos específicos é fundamental para o desenvolvimento de novos estudos sobre a obesidade nos diferentes campos de saber, e buscar na especificidade de cada um a melhor forma de se contribuir para o tratamento como um todo se torna uma necessidade ao próprio progresso deste.

Recebido em 15/10/2008. Aprovado em 20/8/2009.

**REFERÊNCIAS**

- ALMEIDA, G.A.N. (2002) A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.15, n.2, p.283-292.
- . et al. (2005) Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório, *Psicologia em Estudo*, v.10, n. 1, Maringá, p.27-35.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Coordenação de Miguel R. Jorge; Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. (2003) A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suplemento 1, S181-S191.
- BENEDETTI, C. (2003) *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- BERG, R. (2008) “Uma análise freudiana da obesidade”. São Paulo. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- BIRMAN, J. (1991) *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará. (A constituição da psicanálise, v. 2)
- BRUSH, H. (1973) *Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books Publishers. 396 p.
- CORDÁS T.A. (2002) A participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória, in GARRIDO, A. B. et al. (Org.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- DOBROW I.J.; KAMENETZ C.; DEVLIN M.J. (2002) Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, suplemento 3, p.63-67, dez.
- FIORAVANTI, C.; ZORZETTO, R. (2007) Dieta de alto risco: responsável pelo ganho de peso, bloqueio à insulina começa no cérebro e aumenta predisposição às doenças cardiovasculares e ao câncer. *Revista Pesquisa Fapesp*. n. 140, p.40-44, out. 2007.
- FOUCAULT, M. (1995) *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- . (2000) *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- . (2006a) *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Loyola.
- . (2006b) *A história da sexualidade: A vontade de saber*. São Paulo: Graal.
- . (2006c) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FREUD, S. (1977) Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (1886-1899). Rio de Janeiro: Imago.
- (1888/1976) “Histeria”, v.I, p.79-101.

- (1893/1976) “Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas”, v.I, p.223-242.
- (1895a/1969) Projeto para uma psicologia científica, v.I, p.381-517.
- (1895b/1976) “Estudos sobre a histeria”, v. II, p.381-511.
- (1905/1972) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, v. VII, p.123-252.
- (1905b/1972) Fragmento da análise de um caso de histeria, v. VII, p.01-119
- (1914/1974) Sobre o Narcisismo: uma introdução, v. XIV, p.85-119.
- (1915/1976) As pulsões e os destinos da pulsão, v. XIV, p.129-163.
- (1917/1976) Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas, v. XVI, p.419-439.
- (1920/1969) Além do princípio do prazer, v. XVIII, p.13-85 (original publicado em 1920).
- (1925/1976) As resistências à psicanálise, v. XIX, p.265-275.
- (1926/1976) A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa impessoal, v. XX, p.209-293.
- HERMANN, F. e MINERBO, M. (1998) Creme e castigo. Sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida, in CARONE, I. *Psicanálise fim de século — ensaios críticos*. São Paulo: Hacker. p.19-36.
- LOLI, M.S.A. (2000) *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor. 155 p.
- MATOS et al. (2002) Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, suplemento IV, p.165-169.
- MEZAN, R. (2002) *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; CASTRO, I.R. (2003) A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, suplemento 1, S67-S75.
- ROUDINESCO, E. (1989) A descoberta da histeria, in *História da Psicanálise na França: A batalha dos cem anos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p.15-44. 2 v.
- SEGAL, A; FANDIÑO, J. (2002) Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 3, São Paulo, p.68-72.
- SILVA, M.M. (2001) Obesidade mórbida: portadores de obesidade mórbida candidatos à cirurgia: diagnóstico psicológico sua necessidade e importância. *Psic*, n. 2, Brasília, p.32-39.
- SILVA, J.C.D.V.V.V. Relações objetais em pacientes obesos: candidatos a cirurgia bariátrica. In ROSA, J.T.; SILVA, J.C.V.V.V. (Org.). *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson*. São Paulo: Vetor, 2005.
- URRIBARRI (Org.) (1999). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

Raquel Berg  
raquel\_berg@hotmail.com