

**CENTRO UNIVERSITÁRIO - UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA**

**OBESIDADE E SEUS DESDOBRAMENTOS
SUBJETIVOS**

ROSANE DAS NEVES CAMARGOS

Brasília – DF
Junho de 2009

ROSANE DAS NEVES CAMARGOS

**CENTRO UNIVERSITÁRIO - UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA**

**OBESIDADE E SEUS DESDOBRAMENTOS
SUBJETIVOS**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS) tendo como orientadora a Professora Mestra Valéria Mori.

Brasília – DF
Junho de 2009

**CENTRO UNIVERSITÁRIO – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA**

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Dr. Fernando González Rey
Prof. Dr. Maurício Neubern
Prof^a. Msc. Valéria Mori

Brasília – DF
Junho - 2009

Agradeço a meus familiares, amigos, colegas, orientador e professores.

Enfim, a todos e todas, sem hierarquizar e sem preterir, que de alguma

forma, positivamente, me acompanharam nessa longa caminhada!

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. A Obesidade no Contexto Histórico e Cultural.....	2
2.1. História da Obesidade.....	2
2.2. O que é Obesidade?	5
2.3. Abordagem Multidisciplinar no tratamento da Obesidade.....	7
2.4. Obesidade e Subjetividade	8
2.5. Métodos Antropométricos	12
2.6. Exercício Físico no Controle do Peso	14
2.9. Obesidade é uma doença?	19
3. Contribuição da Teoria da Subjetividade de González Rey no Processo de Emagrecimento do Sujeito Obeso.....	28
3.1. Observações e Experiências da Autora com os Instrumentos utilizados no Programa de Valorização da Vida pelo Emagrecimento Saudável.	28
4. Conclusão	36
5. Referências bibliográficas	39

Resumo

A obesidade vem crescendo de forma galopante em todo o mundo, trazendo consequências consideráveis para os sistemas de saúde pública por conta dos gastos para tratar de doenças relacionadas, como diabetes, câncer, hipertensão, insuficiência cardiorrespiratória e doenças articulares, dentre outras. A obesidade associada a eventos emocionais foi descrita pela primeira vez na literatura francesa do século XIX e em estudos relacionados ao estresse emocional da população atingida pelos efeitos da I e II Guerras Mundiais. Genericamente, a obesidade é definida como sendo um aumento excessivo de gordura corpórea, oriunda do desequilíbrio do balanço energético. O tratamento da obesidade, com maior probabilidade de sucesso, deve ser realizado por intermédio de uma equipe de profissionais a nível multidisciplinar. A sociedade atual valoriza o corpo “magro” como sendo um padrão de “beleza e saúde”, o que contribui para a discriminação das pessoas obesas. Ao definir a saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enquadrou a obesidade como uma “doença”. A psicologia não tem sido capaz de responder com sucesso aos tratamentos da obesidade, principalmente porque algumas representações psicológicas estão assentadas no modelo cartesiano-newtoniano e não na compreensão do caráter subjetivo da constituição psicológica do sujeito. A Teoria da Subjetividade de González Rey sustenta-se no processo subjetivo da psique, em que o biológico e o social se completam oferecendo uma representação psicológica inovadora para o tratamento da obesidade, tanto a nível individual como em grupo terapêutico.

Palavras chaves: Obesidade; Subjetividade; Saúde.

1. Introdução

Dentre os motivos do presente trabalho, o principal é demonstrar a contribuição da Teoria da Subjetividade de González Rey na construção de novos sentidos e configurações subjetivas na visibilidade dos processos organizados na obesidade. Secundariamente, focar o enquadramento da obesidade como patologização e discutir a definição enigmática de Saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O trabalho tem seu desenvolvimento dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo, “**A Obesidade no Contexto Histórico e Cultural**”, faz-se uma abordagem da obesidade, história e a influência cultural segundo a crença popular, a influência do marketing de “prontidão” na exploração do sujeito e, preceito e prática das ciências da Medicina Oficial, Psicologia, Nutrição e Educação Física.

O segundo capítulo, “**Contribuição da Teoria da Subjetividade de González Rey no Processo de Emagrecimento do Sujeito Obeso**”, mostra a atuação do modelo multiprofissional enquanto promotor de políticas sociais e foca essa atuação no processo de atenção ao sujeito com excesso de peso corporal, bem como são desenhadas as possibilidades de inserção do Psicólogo como um ator fundamental para a efetivação das políticas de atenção à saúde desses sujeitos. Neste contexto serão apresentados conceitos desta teoria, bem como o relato da autora de sua experiência em uma clínica com um grupo de sujeitos obesos.

2. A Obesidade no Contexto Histórico e Cultural

2.1. História da Obesidade

Curiosamente, as representações das formas humanas de pessoas obesas são de mulheres e nunca de homens. Uma dessas representações é a de Vênus de Wilendorf, datada do período Paleolítico (20.000 até 30.000 a.C), que retrata uma mulher excessivamente obesa com seios e abdome avantajados.

Outras figuras paleontológicas representam da mesma forma mulheres obesas, essa tendência vai até o final do período neolítico. Da mesma forma, esculturas pré-históricas gregas, babilônica e egípcia também apresentam esculturas de mulheres com abdomens largos, quadris e coxas amplas.

Diante da arqueologia dessas deusas na história da humanidade nasce uma interrogação bastante interessante, pois, não se sabe com certeza se são representações realísticas ou se elas refletem um ideal artístico, simbolizando um sonho de abundância e fertilidade para um período histórico humano em que a fome era uma possibilidade sempre presente, considerada o grande desastre que poderia acontecer à espécie humana (Bruch, 1973).

Na medicina, a possibilidade da obesidade ser um sintoma de distúrbio emocional foi discutida, em primeiro lugar, na literatura francesa no século XIX, quando se atribuiu o desenvolvimento da obesidade a eventos e períodos de grande estresse emocional.

Os estudiosos da época apoiavam-se em casos, como o de um pai que nunca pesara mais do que 60 kg e começara a aumentar de peso após a morte do seu filho de modo abrupto e incompreensível para o mesmo; em três meses estava pesando 82 kg; quatro meses depois seu peso passara a 102 kg,

culminando, nos dois meses seguintes, em 106 kg e sem obter sucesso no emagrecimento, mesmo realizando exercícios físicos (Bruch, 1973).

A Primeira e a Segunda Grande Guerra em muito colaboraram nas primeiras hipóteses sobre o papel de aspectos emocionais no desenvolvimento da obesidade.

Na atualidade, as estatísticas demonstram uma dimensão galopante da obesidade, que atinge não apenas os países considerados de primeiro mundo, mas, também, os países em desenvolvimento. Nos países de população latino-americana esse perfil vem mostrando que a obesidade desponta como um problema mais freqüente e mais grave que a própria desnutrição (Coutinho, 1999).

Para o Consenso Latino Americano de Obesidade, a obesidade é definida como um acúmulo excessivo de gordura corpórea numa magnitude tal que comprometa a saúde (Coutinho, 1999); isto seguramente é fator, desencadeador de problemas cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, determinadas complicações respiratórias e articulares, determinados tipos de câncer, entre outras patologias que reduzem a qualidade de vida e a longevidade do ser humano (Halpern, 1992).

Nesse contexto, a obesidade toma a dimensão de uma epidemia e torna-se um sério problema de Saúde Pública, pois vem, dessa forma, sobrecarregando o sistema de saúde com uma demanda crescente de doenças correlacionadas.

Pesquisadores observaram que depois da Primeira Guerra Mundial as mulheres que tinham vivido um longo tempo de incerteza ou as que estavam aflitas sobre a perda de seus entes amados, tinham uma tendência a aumentar de peso que não poderia ser explicado somente pelas questões calóricas (Bruch – 1973).

Na Segunda Grande Guerra, notou-se um paradoxo da obesidade na França com muitos casos de obesidade severa, principalmente em mulheres jovens que foram expostas a bombardeios ou outras pressões e que tinham também sofrido de amenorréia; assim como foi marcante a obesidade em prisioneiros de guerra que passaram por decepções em suas aspirações amorosas.

“O aspecto característico deste tipo de obesidade era o seu rápido desenvolvimento. A explicação para tal fato, na época, foi que experiências traumáticas repentinas, sem produzir evidências na estruturação destes (Brusch, 1973)”. Foi observado, ainda, que sobreviventes de campos de concentração que tinham sido expostos a períodos de inanição desenvolveram obesidade com maior frequência que a população geral.

Nos dias atuais, o efeito negativo da obesidade sobre a sensação de bem-estar geral se potencializa com as cobranças de um modelo de beleza magro ditado pelo modismo e as implicações estéticas são, freqüentemente, o motivador maior na procura de tratamentos. (Salete, 2000).

O efeito da obesidade sobre a sensação de bem-estar geral, referenciado no parágrafo anterior, pode ser notado principalmente quando tomamos como referências modelos, com seus corpos esculpidos pelas drogas e pela fome, pelos seus rostos sem vitalidade, taciturnos, cobertos por maquiagem que encobrem e realçam certos traços, impedindo que nossos olhos

possam ver a verdadeira realidade. Infelizmente, esse marketing, recheado de ilusões, induz as crianças, ainda muito pequenas, a não gostarem de seus próprios corpos, fazendo delas adultos infelizes. Assim, os marqueteiros de prontidão produzem no imaginário coletivo a idéia de que para ser bonito, ter sucesso, status, a pessoa tem que ser magra. Esse imaginário influencia a constituição social do indivíduo, gera ou reforça sentidos subjetivos, que o leva a ajustar-se aos padrões impostos por este social, de que, para ser aceito na sociedade é preciso ser magro.

2.2. O que é Obesidade?

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é uma doença epidemiológica que atinge milhões de crianças, adolescentes e adultos em países desenvolvidos assim como naqueles em desenvolvimento, inclusive o Brasil.

Ao que se constata até então, é que a obesidade continua ganhando terreno, ano após ano, condenando uma grande parte da população mundial a uma sofrida qualidade de vida, não só pelo desconforto e mal-estar motivados pelo excesso de peso como pelas doenças ou co-morbidades dela decorrentes.

Segundo dados do IBGE, a freqüência de adolescentes com excesso de peso foi de 16.7% em 2002-2003, sendo o problema um pouco mais freqüente em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). Em ambos os sexos, a freqüência do excesso de peso foi máxima entre adolescentes de 10 - 11 anos, cerca de 20%, diminuindo para 12%-15% no final da adolescência.

Um fato preocupante é a comprovação de que a obesidade aumenta intensa e continuamente com a renda familiar. No sexo masculino, segundo a pesquisa, a freqüência da obesidade alcançou 0,4% dos adolescentes quando a renda é de até 0,5 salários mínimos *per capita* e 4,1% quando a renda é de cinco ou mais salários mínimos *per capita*. No sexo

feminino, o aumento da obesidade ocorre apenas até a terceira classe de renda ($\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo *per capita*), o índice de aumento da obesidade foi de 1,4% para 3,3%, pouco se modificando nas três classes seguintes de renda (de 1 a 5 salários mínimos *per capita*), 3,2%, 3,6% e 3,1%.

Esta premissa de aumento de peso associado ao aumento da renda familiar, comprovada pelo IBGE, deixa bastante clara, que à medida que as pessoas passam a ter um poder aquisitivo melhor, passam a absorver mais calorias através não só do aumento do consumo à mesa, mas por ingerir alimentos de alto teor calórico.

A melhora do poder aquisitivo também leva as famílias a adquirirem outros bens de consumo: televisores, computadores, vídeo games, veículos, que contribuem para o desequilíbrio do balanço calórico, pela diminuição do gasto energético, provocado pela redução da atividade física, dado o conforto e comodidades oferecidas por esses bens.

Entretanto, genericamente o aumento no número de pessoas com sobrepeso e obesidade ocorre por uma das seguintes situações:

- A ingestão calórica tem-se tornado maior a cada geração, sem alterações consideráveis no gasto calórico;
- Diminuição do gasto energético diário sem alteração da ingestão calórica;
- Contraditoriamente, tem-se especulado que a ingestão calórica per capita tem declinado através das gerações, contudo o gasto energético teve uma diminuição média mais acentuada (Dâmaso, 2003).

A obesidade está relacionada também com os fatores exógenos e endógenos. Os fatores exógenos são os de origens

comportamental, dietética e/ ou ambiental, os quais representam em torno de 95% ou mais dos casos; e os fatores endógenos, relacionados a componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos, os quais representam aproximadamente a 3% dos casos (Dâmaso. 2003).

2.3. Abordagem Multidisciplinar no tratamento da Obesidade

Dado a complexidade dos fatores que envolvem a etiologia da obesidade, fica evidente que uma abordagem de tratamento multidisciplinar, que envolva profissionais da psicologia, nutrição, educação física e médica, terá maiores possibilidades de sucesso. O envolvimento do sujeito obeso em diversas frentes de tratamento é indispensável.

Entretanto, a coesão de idéias e ações dos agentes envolvidos no tratamento passa por cuidados nas relações dos mesmos com o sujeito obeso, o que não é fácil, considerando que muitas vezes o investimento financeiro em si já inviabiliza o tratamento.

Fora isso, os profissionais exigidos para o tratamento da obesidade a nível multidisciplinar estão habituados, pela própria natureza de segmentação das profissões, a trabalhar em torno de si mesmos, o que dificulta a comunicação estruturada neste tipo de proposta. Isso se reflete na prática, quando a falta de um aglutinador, que reúna as diversas posições em torno de uma única proposta para o sujeito, faz com que sujeito fique à mercê de posições isoladas dos profissionais envolvidos, com resultados muito aquém do desejado.

Assim, os profissionais envolvidos precisam reconhecer neste processo, o sujeito na sua subjetividade. E para que isto ocorra, demanda uma coesão de propósitos e ações dos mesmos em torno de um efetivo embasamento da Teoria da Subjetividade.

No século VI a.C. Hipócrates dizia: “Não há doença, mas sim doente. Vamos tratar o homem e não a doença”. É preciso que os profissionais compreendam suas

condições subjetivas face ao estado da emocionalidade patológica em que o sujeito se encontra devido à obesidade e, assim, reconheçam estar ali não para tratar uma doença, mas o homem.

2.4. Obesidade e Subjetividade

Atualmente, é preciso uma abordagem inovadora para o tratamento da obesidade, que rompa completamente com a visão reducionista cartesiano-newtoniano de ciência, que tem impulsionado seus adeptos a desenvolverem técnicas evasivas que alteram a ecologia do homem, como é o caso das intervenções cirúrgicas. Mesmo a Biologia Molecular, através do estudo do genoma humano, por mais inteligente que seja a solução ainda futurista para a obesidade, provavelmente passará por alterar em algum nível o gene da obesidade e da mesma forma a ecologia humana.

Por outro lado, a ciência da psicologia nas suas mais variadas abordagens tem tido um papel periférico e conservador ao tratar do tema da obesidade. Neste particular, cabe transcrever aqui o comentário de Giorgi apud González Rey, em *Sujeito e Subjetividade*, pág. 71, que é o seguinte: “A abordagem da psicologia, entendida como ciência natural, caracteriza-se essencialmente por ser empírica, positivista, reducionista, quantitativa, genérica, determinista e previsível, e por postular as idéias de um observador independente”, (1978, pág.69). Notavelmente, neste mesmo parágrafo, González Rey clarifica o comentário de Giorgi ao expor que tanto a psicanálise quanto o behaviorismo sustentam suas representações no positivismo da ciência e em um modelo cartesiano-newtoniano de ciência.

Acredita-se que essas representações assentadas na dicotomia entre mente e corpo, presente nesse modelo, possam justificar a presença de psicólogos nos grupos multidisciplinares de bariátricas, ao invés da presença exclusiva em grupos para a prevenção ou tratamento da obesidade.

A autora deste trabalho acredita que as representações psicológicas assentadas no positivismo e no modelo cartesiano-newtoniano deixam muito a desejar, especificamente no que tange a obesidade. Por isso, ela entende que a Teoria da Subjetividade é a representação ideal, por considerar, por exemplo, que nessa teoria, a representação da psique humana ao invés de ser vista segmentada no individual ou no social, ao contrário, apóia-se no processo subjetivo da psique em que o biológico e o social se completam num novo sistema qualitativo, ou seja, na subjetividade. Nesta contextualização, a dialética do individual e do social se integra e não há mais a sobreposição de uma com relação à outra. González Rey apud Rubinstein dá um passo muito importante quando escreve: “A dimensão social não se mantém como fato externo com respeito ao homem: ela penetra e desde dentro determina sua consciência.”, (pág.19, 1967).

Dispensar atenção ao sujeito obeso na premissa da subjetividade infere, por exemplo, compreender o caráter subjetivo de sua constituição psicológica e a partir daí desenvolver instrumentos para a formação de novos sentidos e configurações subjetivas que possam operar as mudanças necessárias ao emagrecimento. Significa vê-lo como um todo e não como um indivíduo com um corpo gordo, a procura de alguma solução, que de preferência elimine de um dia para o outro a gordura excedente, “a qualquer preço”.

A Teoria da Subjetividade de González Rey, a princípio parece complicada e de difícil prática, contudo, à medida que a compreensão vai ampliando, ao contrário, é simples, humana, inovadora e de fácil prática. Estes são alguns dos motivos, pelos quais a defendo como uma representação psicológica inovadora no tratamento da obesidade. Apresento a seguir alguns conceitos básicos, nos dizeres de González Rey, que sintetizam de certa forma o que é a Teoria da Subjetividade:

O desafio de apresentar a psique a partir de uma visão cultural despojando-a do caráter determinista e essencialista, que

acompanhou a grande maioria das teorias psicológicas, conduz a uma representação da psique em uma nova dimensão complexa, sistêmica, dialógica e dialética, definida como espaço ontológico, à qual temos optado pelo conceito de subjetividade (González Rey, 2005).

A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais e multidimensionais (González Rey 2004).

O sujeito é portador de uma emoção comprometida de forma simultânea com sentidos subjetivos de procedências diferentes, que se fazem presentes no espaço social dentro do qual se situa em seu momento atual de relação e de ação (González Rey, 2005).

O sentido subjetivo é a integração de uma emocionalidade de origem diversas que se integra a formas simbólicas na delimitação de um espaço da experiência do sujeito, e se produzem sempre de forma histórica, mediata, eles se configuram em integrações e rupturas múltiplas que acompanham os processos simbólicos e emocionais do sujeito em sua história de vida (González Rey, 2004).

A configuração subjetiva alimenta-se e desenvolve-se a partir da variedade de sentidos subjetivos produzidos pelo sujeito no contexto de suas ações, mas mantém núcleos estáveis de

produção subjetiva que devem ser identificadas nas diferentes formas que assumem no comportamento humano. As configurações subjetivas e os sentidos subjetivos se atravessam um nos outros, gerando contradições e tensões causadoras de mudanças (González Rey, 2007).

Assim, a subjetividade é um processo onde o sujeito integra com a cultura, de forma diferenciada e complexa, em processos e formas de organização psíquica, que se produz sobre sistemas simbólicos e emoções num encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais. A forma que o sujeito se relaciona com o seu subjetivo e a fixação em um tipo de produção subjetiva é que vão trazer os transtornos na vida psíquica. A patologia não é uma estrutura intra-psíquica individual, mas uma configuração subjetiva que é uma verdadeira produção sobre a experiência vivida. O transtorno psicológico é resultado da paralisação do sujeito perante o conflito experimentado.

A saúde é um processo, como momento ativo que pressupõe a participação consciente do indivíduo junto aos outros elementos significativos que participam do processo, é preciso aceitar que o comportamento da saúde é sistêmico e que o funcionamento de qualquer momento do sistema, que não seja ótimo, tem uma expressão na psique do indivíduo, mesmo quando não aparecem vivências negativas na consciência do indivíduo. A subjetividade sempre vai estar envolvida, de uma forma ou de outra, no processo de saúde e na organização que este assume (González Rey, 2004).

Entretanto, o universo subjetivo é extraordinariamente fascinante para a percepção e reestruturação do sujeito. “O

limite da saúde e da “patologia” estaria para mim na impossibilidade de o sujeito produzir novos sentidos subjetivos ante uma condição que a afeta (González Rey, 2007).

Então, reduzir o sujeito a meras tarefas físicas ou nutricionais, a tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos, não é o suficiente como facilitadores de cura, segundo os preceitos ora citados.

A visão subjetiva da obesidade não passa necessariamente pelo reducionismo tecnicista de balanço calórico e muito menos por meios medicamentosos e cirúrgicos, mas, sobretudo, por uma visão ampla e sistêmica do sujeito dentro de sua complexa subjetividade.

Na subjetividade, qualquer momento da história do sujeito pode aparecer como um elemento de sentido da configuração subjetiva atual de sua experiência.

2.5. Métodos Antropométricos

A principal avaliação da composição corporal que indica se um sujeito está aquém do peso ideal, com excesso ou obesidade, é o índice de massa corporal, formalizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998. A OMS propôs a classificação do peso corporal baseado no índice de massa corporal, que vem sendo calculado a partir do peso em quilogramas e da altura em metros, cujo valor é elevado à segunda potência.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$$

A OMS considera que existe excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e que há obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30.

Assim, a partir dessa fórmula, obtém-se a classificação da massa corpórea de acordo com a tabela seguinte.

Índice de massa corporal*

Características	IMC (kg) /m ²)
Desnutrido	< 18,5
Eutrófico	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9
Obesidade Grau III	≥ 40

*Fonte: Bouchard e Blair (1999)

Esse método não indica a proporção de gordura corporal, e sabe-se que a obesidade não se estabelece apenas pelo aumento da massa corporal, mas também por uma acentuada deposição de gordura no organismo de maneira generalizada ou localizada. Além do índice de massa corporal, existem vários outros índices antropométricos que podem ser usados na mensuração da composição corporal. Circunferências e dobras cutâneas e as relações entre esses parâmetros, como por exemplo, a razão cintura / quadril (RCQ) e circunferência da cintura, entre outros (Dâmaso, 2003, p 353-358).

Entretanto, o IMC é o índice mais conhecido e praticado pelos profissionais das áreas de saúde afins, e por pessoas comuns, dado a facilidade de acessá-lo na Internet e mesmo pela extensa publicação pelos meios de comunicação.

Cabe resaltar, também, que embora a obesidade seja um aumento de peso corporal, não significa, entretanto, que todas as pessoas com sobrepeso sejam obesas. Isto porque

muitos atletas podem ser considerados pesados, mas não pela gordura, mas sim pela massa ou estrutura muscular.

2.6. Exercício Físico no Controle do Peso

Etiologicamente, a obesidade está relacionada a quatro fatores: dieta, exercício físico, fatores ambientais e expressão genética. Qual desses fatores é o responsável direto pelo controle do peso corporal? Na realidade, não existe isoladamente esse ou aquele fator responsável pelo controle de peso, simplesmente, esses fatores se interagem um com o outro e assim influenciam as mudanças no balanço energético.

Esse balanço energético e o controle de peso são influenciados pelos seguintes fatores: sexo, idade, uso de cigarro, álcool, uso de medicamentos, tipo de alimento ingerido, hormonais, patologias, raça, ciclo reprodutivo, temperatura e composição corporal, entre outros.

A revista Super Interessante, 265, maio/2009, faz referência ao papel do exercício físico no emagrecimento, citando o seguinte: “para a OMS, há evidências convincentes de que eles não emagrecem. Mas, como hábito ao longo da vida, são ótimos para regular o peso. Não só pelo esforço, mas pelo resultado: músculos consomem mais energia para se manter do que o tecido gorduroso”. Portanto, manter os músculos ou a massa magra em boas condições ajuda a gastar calorias, mesmo em estado de repouso.

Um outro fator citado na literatura, importante para o controle de peso, é que os benefícios dos exercícios físicos se estendem após sua realização, mantendo o metabolismo temporariamente elevado. Tecnicamente este efeito é denominado consumo excessivo de oxigênio pós-exercício, promovendo aumento da oxidação lipídica, ou seja, de consumo de gordura. De acordo com o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM, 1995), “o

exercício aeróbico moderado seria os mais indicados para pessoas obesas, uma vez que ele otimiza a oxidação lipídica e proporciona grande dispêndio energético”.

2.7. A Nutrição no Controle do Balanço Energético

Usualmente, os meios empregados nos tratamentos para perda de peso corporal e manutenção do mesmo tem sido através das dietas que indicam a ingestão restrita de alimentos e a reeducação alimentar.

Quanto às dietas restritivas, muitas são as restrições citadas na literatura que apontam para os efeitos indesejáveis dessas dietas, como a perda de massa magra, ou seja, perda de tecido corporal metabolicamente ativos.

A diminuição na taxa metabólica basal, cria maior dificuldade de emagrecimento, mesmo com a prática de dietas com valores calóricos decrescente. Há uma tendência à contra-indicação de programas de emagrecimento rápido, em que são normalmente utilizadas as dietas restritivas, pois vários estudos apresentam comprovação convincentes dos efeitos deletérios à saúde (Damaso, 2003, 373-374).

A autora deste trabalho ressalta que o caminho adequado é sem dúvida a reeducação alimentar. Pois, através de um trabalho educativo o sujeito aprende a organizar e controlar sua alimentação, a fim de promover uma adequação do plano alimentar diário. O ponto principal é fazer com que o sujeito se conscientize de sua responsabilidade nesse processo. Mostrando a ele que é necessário muita determinação, paciência, persistência e disciplina para enfrentar os desafios diários, impostos pela influência do social nas configurações e sentidos subjetivos.

As mudanças num processo de reeducação alimentar ocorrem a longo prazo. Daí a importância de deixar bem claro, que o processo é lento, que as recaídas ocorrem, que não é

fácil efetivar as mudanças de hábitos alimentares. Sujeitos obesos são resistentes às mudanças, principalmente de cunho alimentar, que envolve não só o alimento propriamente dito, mas outros aspectos, tais como, disciplina nos horários, mastigação do alimento, repetição de refeições ou alimentos, excesso na quantidade e pouca qualidade, entre outros.

2.8. Obesidade no contexto sócio-cultural

Existem jargões populares muito comuns, que dizem mais ou menos o seguinte: “o fulano é magro de ruim, come que nem um leão e não engorda!” No outro extremo há aquelas pessoas que dizem: “não sei por que engordo se eu como tão pouco!”. Há também afrontas populares aos obesos como, por exemplo, “gordo é preguiçoso”, “gordo é safado”, “todo gordo é mentiroso”, “só é gordo quem quer”.

Não faltam também associações de imagens de animais com os sujeitos obesos, como por exemplo, elefantes, hipopótamo, baleia, dentre outras. Essas atribuições populares formam culturalmente configurações subjetivas, repletas de significados que evidenciam que certos sujeitos possuem um corpo “gordo” que os diferenciam de outros. Assim, esses adjetivos acabam construindo nesses sujeitos a idéia de que não possuem um corpo ideal de acordo com os padrões tão propalados pela sociedade atual, em que o “corpo magro” é que detém os atributos da saúde, vigor e beleza, é sinônimo de fracasso e insucesso na vida.

Essa dicotomia acaba por traduzir na cultura popular a velha máxima de que o “corpo ideal” deve ser esbelto, definido, barriga de tanquinho, musculoso e que ao contrário, sujeitos fora desse perfil, em especial os gordos, são pessoas sem força de vontade e preguiçosas. Le Breton (2003) oferece uma reflexão sobre a busca de determinados grupos por um estereótipo de corpo moldado de acordo com os ditames presentes no imaginário da sociedade da seguinte forma:

(...) o body builder, o construtor do corpo, constrói passo a passo um containing que lhe permite permanecer senhor de si, ou pelo menos se produzir sinceramente a ilusão de ser enfim ele mesmo. Assume seu corpo como uma segunda pele, um sobrecorpo, uma carroceria protetora, com a qual se sente finalmente protegido em um universo do qual controla todos os parâmetros. Aqui encontramos a dor como enfrentamento simbólico no limite e batente provisório de uma identidade a ser construída (Le Breton, 2003, p. 43).

Essa busca desenfreada pelo “corpo perfeito” tem arregimentado uma gama imensa de profissionais afins, com interesse nos lucros que essa crença tem gerado. Envolvendo profissionais de saúde, formadores de opinião, artistas, atletas, cada qual a sua maneira procuram apresentar as suas habilidades e experiências para tal propósito.

Entretanto, nos locais de maiores exposições públicas, como em academias de ginástica e clubes, a frequência de obesos é praticamente inexpressiva. Essa realidade indica, para a autora deste trabalho, a dificuldade que os mesmos possuem em expor os seus corpos nesses lugares, talvez receosos dos olhares e cochichos dos magros e não necessariamente por não gostarem de exercícios físicos, como é dito pela maioria. Acredito que esses motivos reforçam a idéia de que é impossível emagrecer, e frustrados com tantos obstáculos, acabam por chutar o “pau da barraca” de vez e optam pela comilança. “A nossa sociedade na atualidade, supervaloriza a magreza, o corpo ‘belo’ produzido nas academias, ou ainda produzido pela modelagem terapêutica mediante implantes de silicone, cirurgias plásticas, entre outros, revelando o culto ao corpo belo (GOLDENBERG e RAMOS, 2002)” e, ao mesmo tempo, produz julgamentos sociais negativos em relação ao corpo obeso.

Adjetivos pouco honrosos como “feio, relaxado, preguiçoso e incompetente” são direcionados ao ser obeso desde a infância, sugerindo a idéia de que o indivíduo obeso é o responsável por sua obesidade devido à falta de vontade de se exercitar/disciplinar e de autocontrole.

Outros fatores que contribuem sobremaneira para reforçar o preconceito e discriminação no sujeito obeso, e que tende a afastá-lo do convívio do esporte e lazer, são os meios de comunicação, em especial o cinema, televisão, teatro e revistas.

Notadamente o cinema e televisão, com raríssimas exceções, destacam obesos em papéis principais. Normalmente, suas representações estão ligadas a comidas e falta de destreza nos movimentos, subliminarmente reforçam o dito popular, que “gordo é molenga”, “gordo só sabe comer” ou algo parecido.

Noutra frente, revistas e jornais apresentam rotineiramente publicidade de serviços e produtos que prometem verdadeiros milagres para o emagrecimento, estas coisas acabam por reforçar o estigma de combate à obesidade como uma inimiga que precisa ser aniquilada a qualquer preço. Diante disso tudo, o sujeito obeso se vê como se estivesse fora dos padrões “normais” da sociedade.

Atualmente, encontra-se no sujeito que apresenta um corpo fora dos padrões socialmente aceitáveis a questão do mal-estar. Esse corpo está associado a um imaginário social próprio que ao ser divulgado pela mídia impressa, que faz entrever um corpo impregnado de preconceitos e estigmas, por representar, na sociedade contemporânea, tanto um caráter pejorativo de uma falência moral quanto um corpo com falta de saúde.

O “gordo” ao violar a norma social vigente, torna-se um paradigma estético negativo. Em contrapartida, o corpo magro é tido como saudável, é valorizado e desejado, acabando por se transformar em um símbolo da própria felicidade; fundamental

para o sujeito ser aceito socialmente (VASCONCELOS, et al 2004).

Analogamente, na visão da autora deste trabalho, é como se o sujeito obeso se encontrasse num palco iluminado por holofotes, com uma platéia que em coro gritasse: gordo, você é um gordo, você é um doente! Afinal, com tantas pressões vindas de todos os meios não faltaram golpes, um deles, veio da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao considerar a obesidade uma doença.

2.9. Obesidade é uma doença?

Para falarmos em doença é necessário que falemos principalmente em Saúde. Já dizia um velho bordão do humorismo brasileiro de muita repercussão popular tempos atrás que é o seguinte: “saúde é o que interessa o resto não tem pressa”. Deveria ser assim, mas com tanta correria e estresse da vida moderna, parece que não há tanta pressa assim para obter em primeiro lugar a saúde.

Desse modo, quando doente, surge o imediato desejo em obter saúde, em mudar de “vida”. É um ciclo vicioso que não cessa nunca para a maioria das pessoas. Assim que “melhoram” esquecem as promessas e voltam ao *status quo* estabelecido, ou seja, nada fazem até que outro episódio apareça.

As questões relacionadas com a saúde passaram a ser coordenadas mundialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa organização fundada em 07 de abril de 1948 está subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU) e funciona como uma agência especializada em saúde. A OMS define saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Provavelmente com base nessa definição, a OMS passou a definir a obesidade como uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa muitos prejuízos à saúde.

Essas definições são freqüentemente citadas no mundo inteiro, porém, carecem de uma análise mais profunda de seus significados. Assim, precisamos questionar o significado do que é saúde, doença, e o que é uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, para que possamos então, clarificar se a obesidade é ou não uma doença.

Lucia Lebrão (1997), faz referência em seu livro Estudos de Morbidade, p. 19, apud Perez Tamayo, para clarificar o conceito de saúde da OMS:

Segundo o mesmo, um dos problemas mais graves desse conceito é sua falta de definição ou acordo sobre o que querem significar os termos “completo” e “bem-estar”, a maneira como são medidos e as unidades que se expressam. Na realidade, o que a OMS propõe é somente a meta ideal que todos devemos aspirar neste mundo. Não é possível estabelecer uma definição de doença a partir dela.

Desse modo, considerar a obesidade uma doença a partir da definição da OMS, beira a utopia, porque o conceito de caráter positivista e unilateral não expressa de fato a realidade do que seja efetivamente uma doença ou saúde, pelo contrário, pregoniza um estado de “perfeito bem-estar”, o que significa em outras palavras um estado de “perfeição”.

Ainda que subjetivamente, a perfeição ou bem-estar ensejam uma profunda reflexão, objetivamente em termos de avaliação de algo a ser alcançado, é impossível afirmar que algum sujeito ou coisa tenha atingido a perfeição, pois a mesma é inatingível e até mesmo indefinível.

Então, se levarmos ao pé da letra a definição da OMS, a humanidade está efetivamente doente, pois nenhum sujeito individualmente desfruta de um perfeito estado de bem-estar físico, mental e social.

A saúde humana tem uma natureza social, o que não significa que sua expressão não seja orgânica, no entanto, nas condições atuais, a existência biológica do homem está mediatizada por inúmeros fatores sociais que vão da cultura alimentícia às formas políticas que permitem ou não uma existência massiva da população nos aspectos concernentes à saúde (González Rey, 2004, p. 48).

Ora, com tantos fatores sociais, principalmente aqueles concernentes à complexa cultura alimentar, nos dias de hoje, tão influenciada pelas redes de Fast-food, que estão presentes até mesmo na escola, é praticamente impossível falar de saúde no conceito da OMS, ou seja, de um perfeito estado de bem-estar físico, mental e social. Pois, essas redes estão mudando para pior os hábitos alimentares e conseqüentemente piorando o estado de saúde da população mundial. Sem falar, é claro, nas políticas de saúde pública, que deixam muito a desejar, mesmo nos países ricos, imaginemos a nível dos países pobres, a precariedade da infra-estrutura, principalmente com relação ao saneamento básico, o quanto isso afeta a saúde e qualidade de vida da população desses países. A saúde de um povo depende nos dizeres de González Rey, da influência de fatores sociais, como o estilo e o ritmo de vida impostos culturalmente, os tipos de organização do trabalho, a vida nas grandes cidades, entre outros.

O processo de obesidade que sem duvida prejudica o organismo, pode refletir de maneira psicológica, um baixo nível de auto-controle do indivíduo quanto à alimentação, situação essa, embora não seja vivenciada negativamente pelo indivíduo, com

certeza prejudica tanto a sua saúde física como a mental. Essa inadequada regulação pode acarretar graves conseqüências para o estilo de vida na energia e nas capacidades do indivíduo em outras esferas fundamentais de sua vida (González Rey, 2004, p. 12 e 13).

Pois bem, em certas ocasiões, o obeso é objeto de burlas, fato este que o faz desenvolver o sentimento de deficiência física prejudicando a sua auto-valorização e limitando-o em seus diferentes sistemas de relacionamentos pessoais, com as conseqüências que isso ocasiona em termos de saúde psíquica. Assim, o baixo auto-controle do sujeito com relação à alimentação, ao que ingere e absorve, a quantidade e qualidade, podem desencadear a obesidade e conseqüentemente acaba por afetar a sua saúde física e psíquica.

Desse modo, no entendimento da autora deste trabalho, o papel do psicólogo faria presente no tratamento do sujeito e não da doença, como está sendo focado pela medicina tradicional, via medicamentos e intervenção cirúrgica. A intervenção cirúrgica ou medicamentosa seria reservada para as situações em que a obesidade apresentasse algum fator endógeno na sua etiologia, ou mesmo para aqueles casos em que a doença relacionada com a obesidade colocassem o sujeito sob sério risco de vida, segundo parecer exclusivo da equipe médica, para os casos que exigissem intervenção cirúrgica. Portanto, seriam casos muito graves que não dependeriam do parecer de um psicólogo, para atestar que o sujeito obeso estaria apto ou não para a cirurgia, e tão somente do médico.

Analogamente, a autora deste trabalho traz a seguinte reflexão: no cristianismo, é uma tradição a presença de um padre para dar a extrema unção a enfermos terminais, muitos dos quais, incrédulos ou que estiveram ausentes da igreja quando podiam. *Mutatis mutantes*, o psicólogo é chamado a dar parecer para obesos mórbidos, muitos dos quais, negaram antes e negarão após a cirurgia o acompanhamento psicológico. Em tempo, faz lembrar que os fatores

endógenos, conforme destacados anteriormente, são aqueles relacionados a componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos, os quais representam, aproximadamente, apenas 3% das causas da obesidade, enquanto os outros 97% são por fatores ambientais ou psicológicos, hereditariedade, falta de exercícios físicos e alimentação inadequada. Obviamente, a obesidade que surge por estes fatores, os exógenos, é causado por força das situações sociais exercidas na formação do caráter subjetivo do sujeito, configurando no mesmo, um estilo de vida adequado à obesidade.

De modo que as questões do que é certo ou errado hoje, pode amanhã ser interpretado de forma completamente diferente, da mesma forma temos visto acontecer com relação às doenças. Tempos atrás, não muito distante, o homossexualismo era considerado uma doença, esse enfoque gerou sérias conseqüências para os homossexuais, muitos passaram por internamento psiquiátrico e por uso de medicamentos sem o menor propósito. Atualmente, o homossexualismo não é mais considerado uma doença, mas sim uma opção de vida do sujeito homossexual. Há também o caso do álcool e do fumo, os sujeitos que bebem, digamos socialmente, são considerados “normais”, enquanto que aquelas que bebem diariamente e se enquadram como alcoólatras, são consideradas “doentes” e quanto aos fumantes, são simplesmente fumantes, não são “doentes”. De modo que a obesidade não deveria ser alardeada por todos os cantos como uma “doença”, da mesma forma que essas outras situações não o são. Imagine, por exemplo, como seria a cirurgia no alcoólatra ou no fumante para “curar” essas “doenças”.

Então, a autora deste trabalho acredita que deve-se repensar o conceito de saúde adotado pela OMS, tendo em vista as mudanças trazidas pela ciência e pelos novos hábitos sociais. Um dos conceitos de saúde capaz de demonstrar o quanto a OMS precisa mudar, está em González Rey (2004. p. 2-3), ao conceituar a saúde individualmente, com os seguintes dizeres:

a) Não se deve associar a saúde a um estado de normalidade, visto que, de forma individual, é um processo único que não se repete e que apresenta manifestações próprias. A saúde não é uma média, é uma integração funcional obtida individualmente, mediante múltiplas alternativas.

b) A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que se desenvolve constantemente, do qual o indivíduo participa de forma ativa e consciente na qualidade de sujeito do processo.

c) Na saúde, combinam-se estreitamente fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral. Esse é um dos elementos que intervém no desenvolvimento do processo, pois muitos dos fatores da saúde são alheios ao esforço volitivo do homem.

d) A expressão sintomatológica da doença resulta de um funcionamento estável das funções e mecanismos que expressam o estado de saúde. A saúde não é a ausência de sintomas, mais sim um funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença.

Os quatros aspectos descritos por González Rey, embora estejam conceituando a saúde individualmente, constituem nos alicerces para uma definição universal da saúde, até porque a humanidade é o indivíduo e vice versa.

O item “a” apresenta uma questão fundamental, que é não confundir a saúde com um estado de normalidade. Mas é isto que ocorre na medicina oficial, que ataca as conseqüências e ao eliminá-las consideram a partir daí que o sujeito está “normal”. No caso do obeso mórbido faz-se a cirurgia e a partir daí com o emagrecimento, o mesmo passa a ser considerado um sujeito com “saúde normal”. É nesta perspectiva que o sistema funciona.

O item “b” destaca a saúde como um processo constante. Entretanto, neste processo é preciso a participação do sujeito. De forma que levar o sujeito a participar da construção de sua própria saúde é extremamente importante. Para que isso ocorra é preciso vontade política para desenvolver os mecanismos para esse propósito, como políticas públicas de saúde, que facilitem a participação da população às atividades físicas globalmente, a orientação alimentar e psicológicas nas escolas entre outros.

O item “c” chama a atenção para os aspectos que interagem para o estado de saúde. Todos são muito importantes, mas as limitações impostas por aqueles fatores precisam ser levados em conta, para não caracterizar medidas excludentes para uns e outros não. As limitações do sujeito precisam ser consideradas, para adequar políticas públicas que atentem a tais limitações.

O item “d” muito relevante nos dias de hoje, onde as chamadas patologias passam a ter denominações específicas a partir dos sintomas, e isto apresenta muitas controvérsias. No caso da obesidade, em qualquer grau de classificação, sem que os sintomas apareçam, podem surgir distúrbios relacionados com a obesidade, como o diabetes, hipertensão, doenças articulares e cardiológicas entre outras. Entretanto, enquanto os sintomas dessas doenças não forem evidenciados por exames clínicos, o sujeito é considerado pela medicina oficial como “normal”. Assim, não fica difícil perceber por nós mesmos, que o início da doença e o início dos sintomas são independentes. Essas duas situações não são a mesma coisa. Então, vejamos o início de uma dor qualquer, digamos um aneurisma cerebral, não fica difícil estabelecer o

início dos sintomas, como a dor de cabeça nesses casos. Entretanto, em alguns casos, os sintomas são silenciosos, como por exemplo, nos casos de anemias carenciais, osteoporose, entre outras, os sintomas não são facilmente detectados, o próprio corpo consegue compensar em algum grau essas deficiências, da vitamina B 12 ou de Ferro nas anemias e de cálcio na osteoporose, sem que os sintomas sejam notados.

As doenças resultantes por carência de nutrientes são silenciosas ou assintomáticas, porque podem evoluir lentamente sem apresentar sintomas. Desse modo, os sintomas podem ser detectados em algumas situações e em outras não. Ora, quem poderá afirmar que os sujeitos que sofreram este tipo de intervenção cirúrgica hoje, amanhã, digamos 15 anos, não estarão apresentando sintomas e conseqüentemente doenças relacionadas a tal procedimento? Portanto, para alguém que submeteu à cirurgia bariátrica e que hoje comemora entusiasticamente cada quilo que eliminam induzindo outros a fazê-la, poderão talvez, lamentar no futuro, exatamente porque os sintomas não se fazem presente de imediato.

Antes de concluir este tópico, vale uma explicação sobre tanta insistência em criticar a definição do que é saúde pela OMS. Primeiramente, porque esta definição está arcaica, não está atualizada com o momento atual da humanidade; segundo, porque essa definição é citada freqüentemente em palestras, nos meios de comunicações, em escolas e universidades, sem que aja uma profunda reflexão da utopia de seu significado; e por último, porque baseado nessa utopia, a OMS amparada pela ortodoxia da medicina oficial, define como doença e até como um epidemia mundial a obesidade. A partir dessa classificação massificada é aceita a intervenção cirúrgica, como um meio para interromper algo que não é meramente físico, mas, sobretudo de cunho psicológico, e deixa de lado a exigência obrigatória, para que todos os países desenvolvam políticas públicas de saúde para a prevenção da obesidade na família e nas escolas. Porque o psicológico é algo que não se satisfaz nunca. E possivelmente os pacientes operados de hoje poderão ser os problemas de amanhã.

Ao encerrar este tópico, não poderia deixar de citar González Rey (2004) que destaca o seguinte:

O processo de saúde, como todo processo social, humano é histórico. Assim, suas manifestações e exigências mudam qualitativamente com o desenvolvimento da humanidade. Com o aumento da cultura e o progresso social de um povo, as necessidades de auto-realização e de expressão criativa e ativa da vida social, profissional e pessoal passam a ter um peso extremamente importante para a saúde humana, sendo necessidades muito vinculadas ao fenômeno do estresse.

3. Contribuição da Teoria da Subjetividade de González Rey no Processo de Emagrecimento do Sujeito Obeso.

3.1. Observações e Experiências da Autora com os Instrumentos utilizados no Programa de Valorização da Vida pelo Emagrecimento Saudável.

A patologia deixa de ser uma entidade e se apresenta como a incapacidade para produzir sentido, para produzir diferenciação, o que implica uma crise de identidade e o desenvolvimento de uma emocionalidade patológica que se define em forma de sintomas. O sujeito perde a capacidade de assumir posições próprias diante das situações sociais que enfrenta, ou seja, perde a capacidade de ação como sujeito, transformando-se em vítima das circunstâncias (González Rey, 2004).

No decorrer do processo de admissão do sujeito obeso no programa são realizadas entrevistas e freqüentemente ouve-se dos mesmos, expressões de dúvida e incerteza, em enfrentar as dificuldades no processo de emagrecimento:

“É muito difícil”; “será que eu vou conseguir”; “essa é minha última tentativa, se eu não conseguir vou fazer cirurgia”; “estou cansado, não agüento mais ser gordo”; “não sei mais o que fazer, fiz uso de remédio, emagreci, e agora estou assim novamente”; “é terrível, já fiz de tudo, dietas, exercícios, tomei medicamentos, até que emagreci, estava bem, mas fui relaxando e engordei tudo de novo”; “eu fui engordar assim depois que casei antes eu era magro”; “assim que parei de fumar comecei a engordar, não sei o que é pior...”; “eu sei que é difícil para mim, porque a minha família é toda de obesos”. O sujeito passa a ser vítima das circunstâncias e emocionalmente perde a capacidade de criar novos sentidos subjetivos.

Enfim, essas colocações evidenciam alguns dos discursos dominantes nos sujeitos obesos, que deixam claro o desejo para emagrecer de um lado, e de outra certa descrença por tantas outras tentativas frustradas. De forma que o objetivo neste contexto é focado em criar novas circunstâncias que favoreçam o surgimento de novos sentidos subjetivos, que por si mesmos possam retroalimentar a formação de configurações subjetivas apropriadas para o emagrecimento e manutenção do peso por toda a vida.

A abordagem psicológica da Teoria da Subjetividade de González Rey teve início em 2008 no programa, quando a autora ainda estava cursando a matéria TTPT I – Teorias e Técnicas Psicoterápicas no curso de Psicologia do UniCEUB. Daí em diante, subsidiada pelo material didático, a mesma passou a desenvolver os instrumentos indutores e provocadores de informação, a saber:

Primeiro Instrumento: “Adote a Criança que existe em Você.”

O primeiro instrumento de reflexão, denominado de “Adote a Criança que existe em Você”, tem o objetivo de criar novos sentidos subjetivos ao estimular o sujeito obeso, a adotar a criança que existe dentro de si mesmo. Pedimos para anexar, neste instrumento, uma foto de quando criança de até sete anos de idade. De um lado o sujeito lista uma de média vinte situações indesejadas ou negativas provocadas pela obesidade e de outro, situações desejáveis ou positivas que terá ao emagrecer. A partir daí passamos para o diálogo, levando-o a refletir sobre os cuidados que deve dispensar a essa criança, representada pela foto anexada ao instrumento e pelas novas situações que deseja oferecer à criança que existe dentro de si mesmo. O importante é que através deste instrumento, o sujeito, ao refletir sobre o caminho que essa criança tomou e que a levou à obesidade até então, possa tomar uma nova direção, rumo ao emagrecimento. A leitura desse instrumento por parte do sujeito vai tornando

consistente a cada encontro, e conseqüentemente é um facilitador à criação de novos sentidos subjetivos para o seu emagrecimento.

Com a utilização desse instrumento, “Adote a Criança que existe em Você”, a autora deste trabalho selecionou alguns relatos de suas experiências em entrevistas com sujeitos obesos, das quais selecionou as seguintes:

“Não gosto de ver essa foto de quando eu tinha sete anos, para ser mais sincera tenho verdadeiro pavor, procuro mantê-la sempre virada de bruços para não olhá-la quando vou passar o álbum de fotos para alguém. Aos sete anos eu fiquei órfã, meus pais morreram num acidente de veículo, eu e meus cinco irmãos fomos criados pelos tios. Eu fui morar com um tio e passeia a trabalhar em sua casa como empregada, até que minha tia irmã da minha mãe passou a cuidar de mim, ela me deu estudo, não casou para cuidar de mim, devo tudo a ela.”

“A foto que eu tenho aos sete anos, é essa, eu estou com a minha irmã e minha mãe foi tirada no terreiro de minha casa pelo meu pai. Nessa época eu era gordinho, acho que puxei pela minha mãe, ela sempre foi gorda, a minha avó era gorda e meu avô era alto e forte, mas não era gordo, o meu pai também não era gordo. Eu puxei pela minha mãe e minha irmã pelo meu pai, os meus três filhos também puxaram pela minha mãe. A minha mãe foi uma grande mulher, o meu pai aprontava todas e ela segurou a barra, tenho profunda admiração, ela morreu cedo aos 45 anos de idade, eu tinha 25 anos e minha irmã 27 anos de idade. Essa foto é a que eu mais gosto e guardo com muito carinho.”

“Todos os dias eu olho para a minha foto antes de sair para o trabalho e escolho uma das frases que anotei neste papel e ofereço à criança que adotei e que na realidade sou eu mesmo, ela ainda existe dentro mim. Isto tem me ajudado a enfrentar os desafios com a comida, quando eu me encontro em uma situação difícil, numa festa, por exemplo, antes de ir eu prometo a essa criança que vou cuidar bem dela e que não vou deixá-la comer nenhum tipo

de besteira, na maioria das vezes eu consigo me controlar cem por cento e mesmo quando eu não consigo totalmente, mesmo assim, não é como antigamente, eu sempre consigo me controlar bastante.”

Segundo Instrumento: “Registro de Alimentos Consumidos Diariamente.”

Neste instrumento, o sujeito registra os alimentos ingeridos diariamente. Psicologicamente, o instrumento favorece ao sujeito uma profunda reflexão sobre suas configurações subjetivas, estruturadas em torno da alimentação. A orientação psicológica visa despertar no sujeito novos sentidos subjetivos com relação a uma alimentação adequada ao emagrecimento. A autora selecionou de suas entrevistas os seguintes relatos:

“Eu resolvi digitalizar a minha foto e colocá-la aqui no registro diário de alimentos, acho que eu vendo ela diariamente, eu vou acabar aceitando essa foto, ou melhor, talvez eu passe a aceitar o momento que essa foto representa e que eu quero negar em minha vida, e que talvez até seja uma das causas de meus conflitos e de minha relação compulsiva com a comida.”

“É muito difícil, eu não estou conseguindo ficar sem beber cerveja e comer churrasco nos finais de semana. Todo final de semana na casa da minha sogra e também na da minha mãe, tem muita comida, churrasco, bebidas, doces, é uma tentação só! Tem coisa que eu como, e esqueço-me de anotar, mas eu sei onde estou falhando, quando eu vou anotar eu me sinto culpada e na hora arrependo-me e digo que não vou fazer novamente, mas acabo fazendo é uma tentação, mas eu tenho que conseguir.”

“Olha você me desculpa, mas eu não estou conseguindo anotar o que eu estou comendo aqui no relatório, é chocante, mas eu não consigo anotar, toda vez que eu estou vindo prá cá, eu venho pensando na desculpa que eu vou dar novamente, é como se uma coisa estivesse me impedindo de anotar.”

Terceiro Instrumento: *brainstorming*

O terceiro instrumento é o *brainstorming* ou “tempestade de idéias”. Cada participante aponta até três causas possíveis de sua obesidade. Estas possíveis causas são levadas para a reflexão do grupo, que as discutem e apresentam alternativas para superá-las. O objetivo psicológico visa despertar sinergia no grupo terapêutico, para a superação das configurações subjetivas geradoras das dificuldades apontadas. A autora apresenta a seguir alguns relatos dessas possíveis causas, a saber:

- Não me controlo ao começar a comer em certos locais;
- Quando estou ansioso, meu estômago dói e sinto necessidade de comer além do necessário;
- A falta de exercícios todos os dias não permitem que eu queime as calorias que adquiero;
- Pouca capacidade de resistir diante do que não deve ser consumido;
- Limitações para fazer atividade física;
- Ingestão exagerada de alimentos pouco saudáveis e com alto teor calórico, como *fast-food* e doces;
- Sentimento de pressão, cobrança;
- Insegurança;
- Depressão;
- Fracasso;
- Impotência diante das adversidades da vida;
- Necessidade de preencher as lacunas da vida;
- Auto-estima em decadência;

- Insegurança e resistência para reverter à situação da obesidade;
- Negação absoluta da obesidade;
- Medo de começar qualquer empenho para emagrecer e fraquejar;
- Acreditar que uns quilinhos a mais não prejudicam ninguém. Acreditar que não é obeso e sim, "excesso de fofura";

Quarto Instrumento: “Então, o que eu realmente quero?”

Então, o que eu realmente quero, é o título dos encontros realizados mensalmente com o grupo terapêutico. Nestes encontros são apresentados temas sugestivos e esclarecedores sobre a obesidade, com a participação ativa do grupo. O objetivo é criar um ambiente propício à reflexão, para encorajá-los a superar os obstáculos diários e, concomitantemente, a criarem novas configurações subjetivas e alcançar as suas metas. A seguir alguns comentários ocorridos durante os encontros:

“Eu considero fundamental esses encontros, já estou há cinco meses no programa, e até hoje não faltei a nenhum deles. Acho muito difícil alguém seguir o programa sem participar desses encontros, aqui agente aprende muita coisa que é essencial saber para incentivar a nossa força de vontade, é legal agente estar aqui todos com o mesmo objetivo, um ajudando o outro, é um incentivo muito legal.”

“Olha vou dizer uma coisa, essa reunião de hoje foi demais, sinceramente eu nunca tinha ouvido nada igual, estou surpreso como o nível dos temas e discussões apresentados,”

“Eu tenho procurado refletir diariamente sobre os temas que são discutidos aqui, e vejo que não dá para seguir o programa sem estar aqui, pra mim esse sábado é sagrado, deixo de fazer qualquer coisa para estar aqui.”

“Toda vez que estou diante de uma situação de risco, numa festa de aniversário ou mesmo no dia a dia em casa, eu penso nessa frase e faço essa pergunta, Então, o que eu realmente quero? Toda vez que isso acontece eu consigo ter controle da situação.”

“Praticamente todos os dias, eu procuro lembrar esta pergunta assim que levanto pela manhã e repito no pensamento algumas vezes, isso tem me ajudado a controlar durante o dia e principalmente quando bate a noite e surge uma vontade de comer danada, eu tenho conseguido controlar bem, toda vez que eu estou entrando em desespero eu me lembro da pergunta e falo para mim, Então, o que eu realmente quero?”

Um fato curioso é que até então não houve nenhum caso de obesidade no grupo que tivesse como causa precursora alguma doença ou distúrbio apontado clinicamente por diagnóstico médico. O excesso de peso ou obesidade dos participantes que freqüentaram/freqüentam o programa está atrelado a fatores hereditários, emocionais, ambientais, falta de exercícios físicos e alimentação inadequada.

A autora deste trabalho entende que um dos fatores principais para romper com as configurações subjetivas, que estão inibindo a geração de novos sentidos subjetivos, são as emoções. As utilizações de instrumentos apropriados facilitam a produção de emoções por parte do sujeito, levando-o à reflexão e conseqüentemente a criar novos sentidos subjetivos.

Não existe nenhuma mudança possível a ser definida pela ação direta do terapeuta; a ação terapêutica é aquela que possibilita o início de um processo de subjetivação com conseqüências na produção de novos sentidos que possam representar um processo alternativo de subjetivação àquele que hegemonizou a produção de sentidos subjetivos do conflito. Porém, as hipóteses do terapeuta lhe facilitam posições que podem ajudar no curso do processo terapêutico (González Rey (2007, p.186/87).

Pois bem, o objetivo tem sido o de criar condições favoráveis através do diálogo e instrumentos que facilitem o processo de subjetivação para a produção de novos sentidos subjetivos dos sujeitos que participam do programa de emagrecimento.

Em 1959, Albert Stunkard teceu um comentário sobre os resultados dos tratamentos da obesidade que até hoje é reconhecido, e que diz o seguinte: “A maioria dos obesos não procuram um médico, entre aqueles que procuram a maioria não adere ao tratamento, entre os que aderem a maioria não perde peso e entre os que perdem peso, a maioria volta a ganhar peso”.

Na premissa de Albert Stunkard, não importa a direção que o sujeito obeso possa tomar mais cedo ou mais tarde a obesidade vai estar presente. E então, o que esse sujeito deve fazer? Cruzar os braços ou ir à luta? É claro que é ir à luta. O processo de subjetivação, que criam novos sentidos subjetivos que dão sentido a uma vida virtuosa repleta de esperança, só é possível indo à luta.

González Rey (2004, p.179), cita um texto de J. Haley que poderia, se um dia alcançado, oferecer maiores possibilidades ao sujeito obeso, a saber: “Psicoterapia será mais rigorosamente científica quando forem sintetizadas as técnicas dos diversos métodos, até que se consiga a estratégia mais eficaz possível, para induzir uma pessoa a mudar espontaneamente de comportamento”.

Vista no momento atual, esta citação é sem dúvida uma utopia. Mas, talvez um dia, quem sabe, possa ser uma realidade.

4. Conclusão

Neste exato momento, em algum lugar do mundo, centenas de sujeitos estão se preparando para uma cirurgia bariátrica; eles passaram pelas reuniões de esclarecimentos e, enfaticamente, ouviram dos profissionais que a obesidade é uma doença. Em algum lugar, ouviram também que a bariátrica é realizada somente em obesos considerados mórbidos, ou seja, que tenham o IMC acima de 40 m² e que já tenham esgotados todas as tentativas para o emagrecimento através de outros meios.

Na maioria desses grupos encontra-se um psicólogo, incumbido do parecer psicológico que determina se o sujeito obeso está apto ou não à cirurgia. A questão que surge é se o psicólogo deveria participar desses grupos para dar tais pareceres. Pois, ao fazê-lo, está assumindo igualmente, responsabilidade solidária no processo cirúrgico e ainda que subliminarmente, com os demais membros do grupo multidisciplinar, sugerem à sociedade áreas de organização, segurança, inevitabilidade e ética nesses procedimentos; enquanto deveria estar atuando para conter a galopante e desenfreada indústria de cirurgias bariátrica, ecologicamente agressivas à natureza humana. Entendo que a intervenção é física, algo mecânico, mas o psicológico é um processo, um movimento, que nunca se satisfaz. O sujeito obeso mórbido encontra-se num estado de emocionalidade patológica que perde a sua capacidade de discernimento e ação, dado que o mesmo se sente como vítima das circunstâncias sociais que enfrenta. Então, questiona-se que instrumentos e qual excepcionalidade possui tal profissional para decidir oficialmente nesse complexo processo, se o sujeito está ou não apto à bariátrica? Pois, se entende que o processo de subjetivação do sujeito obeso, estruturado ao longo de anos de uma vida de contradição, não pode, simplesmente ser eliminado pela cirurgia.

Entretanto, a obesidade continua aumentando e neste exato momento, em algum lugar do mundo, milhares de sujeitos estão ingerindo comidas altamente engordativas numa rede de Fast-food, pizzaria, churrascaria, da mesma forma, ingerindo grandes quantidades de bebidas alcoólicas.

Não bastasse cumulativamente a esses hábitos engordativos, ainda há o sedentarismo. A maioria da população mundial, segundo diversas fontes, inclusive da OMS, não praticam nenhum tipo de exercício regularmente.

Cabe lembrar citação de Dâmaso neste trabalho, no título o que é obesidade, onde menciona que 95% ou mais dos casos de obesidade estão relacionados a fatores exógenos e apenas 3% aproximadamente dos casos a fatores endógenos.

Com tantas evidências, me parece que o enquadramento da OMS da obesidade como uma doença é um despropósito, que reforça em nome da “doença” o consumo desenfreado de medicamentos e da mesma forma da intervenção cirúrgica.

A obesidade motivada pelos fatores exógenos, relacionados ao sedentarismo, hereditariedade, dietética inapropriada e emocional, não pode ser contida pela apologia a técnicas cirúrgicas apregoadas pelo corporativismo de uma ciência positivista sustentada num modelo cartesiano-newtoniano que insiste em criar no imaginário da sociedade, de que a solução para os sujeitos que se encontram em estado de obesidade mórbida e “que já tentaram tudo e não conseguiram emagrecer” é a intervenção cirúrgica.

Todavia, existem outras opções que precisam ser postas em prática urgentemente, não só pela iniciativa privada, mas principalmente governamental, através de políticas públicas de saúde, voltadas para a prevenção e tratamento da obesidade. Uma medida consistente no setor público seria a através da formação de grupos multidisciplinares, com profissionais das áreas da psicologia, endocrinologia, educação física e nutrição em unidades, como postos de saúde.

Outra medida de relevante valor seria a obrigatoriedade nas escolas públicas e privadas em manter nos seus quadros profissionais para orientação psicológica, nutricional e atividade física, a partir do jardim de infância.

Neste particular, a psicologia precisa assumir uma posição de vanguarda na prevenção e tratamento da obesidade. A Teoria da Subjetividade oferece esta possibilidade, pois permite compreender a constituição psicológica do sujeito em sua subjetividade. Assim, através da construção de um diálogo indutor e criativo, facilitaria ao sujeito obeso a geração de novos sentidos subjetivos, que paulatinamente se organizarão em forma de novas configurações subjetivas, que irão sustentar as mudanças necessárias ao emagrecimento, seja em grupo ou individualmente.

5. Referências bibliográficas

- Bouchard, C; Blair, *Introductory coments for the consensus on physical activity. Medicine & Science in Sports & Exercise. Supplement* - 1999.
- Bruch, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within.* London: Routledge & Kegan Paul - 1973.
- Rey, F. González, Luis, Fernando: *O social na psicologia e a psicologia social : a emergência do sujeito / Fernando Luis, González Rey ; tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne.* – Petrópolis, RJ : Vozes - 2004.
- Coutinho, W.F. *Consenso Latino-Americano de Obesidade: até onde já chegamos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* - 1999.
- Dâmaso, Ana. *Obesidade.* Editora MEDSI. Rio de Janeiro – RJ - 2003.
- Goldenberg, Mirian. *A civilização das formas: o corpo como valor* – 2002.
- Goldenberg, Mirian, *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca.* Rio de Janeiro: Record - 2002.
- Halpern A, Wajchenberg, B. L. *Tratado de Obesidade. In* - 2005
- IBGE, *Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.* WWW.ibge.gov.br
- Le Breton, David. *Adeus ao Corpo: Antropologia e sociedade / tradução Marina Appenzeller,* - Campinas, SP: Papirus - 2003
- Lebrão, Maria Lúcia. *Estudos de Morbidade* – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - 1997.
- Loli, Maria Salette Arenales. *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica* São Paulo : Vetor - 2000.

Rey, F. González. *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*: Editora Thomson Learning, São Paulo-SP - 2004.

Rey, F. González. *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade. Uma Aproximação Histórico-Cultural*: Editora Thomson Learning, São Paulo-SP - 2007.