

Obesidade, adolescência e subjetividade

Obesity, adolescence and subjectivity

Maria Teresa Paletta Crespo¹, Cristiane de Freitas Cunha², Roberto Assis Ferreira³

DOI: 10.5935/2238-3182.20130013

RESUMO

A obesidade tem se tornado problema epidêmico em todo o mundo. No Brasil, o crescimento do excesso de peso e da obesidade ocorre, particularmente, em adolescentes. O resultado do controle da obesidade, entretanto, tem se mostrado decepcionante, indicando a necessidade de novas formas de condução de sua abordagem. Este artigo apresenta aspectos subjetivos implicados na obesidade do adolescente como contribuição à sua abordagem, em que são realçados os aspectos psicossociais em seu contexto.

Palavras-chave: Obesidade; Adolescente; Puberdade; Psicanálise.

¹ Médica. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG – Brasil. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Obesity has become an epidemic problem worldwide. In Brazil, the rise of incidence of obesity occurs particularly in adolescents. The results of measures for the control of obesity have, however, proved disappointing, suggesting the need for new ways of approaching the problem. This article presents subjective aspects involved in adolescent obesity as a contribution to this approach, in which the associated psychosocial aspects are highlighted in context.

Key words: Obesity; Adolescent; Puberty; Psychoanalysis

OBESIDADE: UM DESAFIO PARA A MEDICINA

No momento atual, um dos desafios mais significativos para a saúde pública refere-se ao aumento da prevalência da obesidade, envolvendo grande contingente da população mundial. Nos Estados Unidos, fala-se de epidemia, pois a incidência aumentou 50% nas últimas duas décadas, com a maioria da população apresentando sobrepeso.¹

Na América Latina, os dados epidemiológicos também têm mostrado situação alarmante, pois se por um lado ocorre diminuição da miséria, por outro a obesidade desponta como problema com tendência à expansão, de dimensão tão grave quanto a desnutrição. Esse fenômeno descrito como de transição nutricional reflete os padrões de alteração do hábito alimentar, atualmente constituído por elevado consumo de alimentos de origem animal, de açúcares e farinhas refinadas; e o baixo consumo de cereais integrais e fibras.²

No Brasil, a situação não é muito diferente; houve incremento da prevalência de sobrepeso e obesidade ao se comparar o censo de 1974/75 com o de 1989, evidenciando-se crescimento de 75 e 60%, respectivamente, na proporção de homens e mulheres obesos.³

Recebido em: 03/02/2009
Aprovado em: 19/03/2013

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor Correspondente:
Maria Teresa Paletta Crespo
E-mail: tepaletta@yahoo.com.br

Pesquisando a incidência dessa doença na população adolescente, observa-se a mesma tendência presente nos outros extratos populacionais. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que em 1996 a população de adolescentes era de 34 milhões, com a estimativa de um quarto de obesos.¹ Mais recentemente, outra publicação do IBGE “A Pesquisa de Orçamentos Familiares” (POF)⁴ destaca o crescimento geométrico do excesso de peso no país, particularmente em adolescentes.

Nessa faixa etária, o estudo da obesidade requer a consideração de certas particularidades intrínsecas a esse período da vida.

Primeiramente, devido ao intenso crescimento físico e conseqüente aumento das necessidades nutricionais, os adolescentes são mais vulneráveis à exposição nutricional inadequada.

Além disso, vários estudos têm indicado que alta porcentagem de adultos obesos foi adolescente obeso, sendo a adolescência, juntamente com o último trimestre da vida fetal e o primeiro ano de vida, considerado período crítico para o estabelecimento da obesidade.¹

Outro aspecto relevante diz respeito às observações, evidenciando que hábitos alimentares adquiridos nesse período aparentemente persistem na idade adulta, o que torna a adolescência um momento favorável para implementação de mudanças.

A obesidade na criança e no adolescente pode acarretar diversas situações de morbidade como as dislipidemias, a hipertensão arterial, o aumento da resistência insulínica e a apneia do sono. Evoluindo de maneira silenciosa, essas condições alteram o estado de saúde em fase posterior da vida, constituindo fatores de risco cardíaco. Klish *et al.*⁵, em trabalho realizado com crianças e adolescentes obesos nos EUA, mostraram que 80 e 20% exibiam um e dois fatores de risco para doença cardíaca, respectivamente, sendo que em 25% deles o metabolismo da glicose estava alterado, com aumento acentuado na prevalência do diabetes tipo II; e em 26 a 37% apresentavam polissonografia com resultados alterados, sendo que 7% tinham verdadeira apneia do sono. Esses autores também referiram a associação da obesidade em crianças e adolescentes com doenças do sistema esquelético como a tibia vara ou doença de Blount e deslocamento da cabeça do fêmur. Outros estados mórbidos citados como relacionados à obesidade foram: síndrome do ovário policístico, pseudotumor cerebral, doenças das vias biliares e estados depressivos.

Em conseqüência a esse panorama, defronta-se hoje com sobrecarga do sistema público de saúde no

atendimento a portadores de várias doenças crônicas, principalmente as coronariopatias, o diabetes *mellitus* tipo II, a hipertensão arterial e diversos tipos de neoplasias. É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência dessas complicações na América Latina.²

A obesidade é uma doença complexa, determinada por conjunção de fatores genético-ambientais, sendo difícil discriminar a potencialidade isolada de cada um.

É significativa a importância da predisposição genética para a obesidade, que condiciona o aumento da deposição do tecido adiposo e correlação elevada entre índices de massa corporal de crianças obesas e de seus pais e irmãos biológicos.²

Por outro lado, os fatores ambientais também atuam de forma decisiva, alterando as relações do indivíduo com a nutrição independente da predisposição genética. Muitas variáveis estão implicadas no desencadeamento e manutenção da obesidade, como: desmame precoce com introdução inadequada de fórmulas lácteas mal-utilizadas, sedentarismo acompanhado da ingestão de alimentos de alto teor calórico e o uso de alimentos pré-preparados.⁶

As mudanças nas estruturas sociais como, por exemplo, a inclusão da mulher no mercado de trabalho acarretando menos disponibilidade de tempo para o preparo das refeições, também têm contribuído para alterações nos hábitos alimentares relacionados à obesidade.

Outras condições descritas como influentes na questão ponderal são constituídas pelas relações familiares conflituosas, nível econômico e educacional e características socioculturais.⁶

Todas essas situações interagem de forma complexa com a herança genética, ocupando importante papel no desencadeamento e manutenção desse distúrbio.²

Por outro lado, quando se direciona a atenção para os tipos de abordagens realizadas no controle e tratamento da obesidade, fica evidente o descompasso entre as medidas de saúde pública e individual e o fracasso terapêutico.

O enfoque da mídia e da literatura especializada sobre a epidemia global de obesidade tem geralmente se caracterizado por abordagem reducionista, na medida em que a relaciona exclusivamente ao consumo de alimentos de grande conteúdo calórico e ao sedentarismo. Estabelecendo uma correspondência direta entre alimento e organismo, essa visão desconsidera todo o conteúdo simbólico contido no ato de se alimentar, em que o preparo e o uso dos alimentos transcendem a ordem da necessidade, revestindo-se

de muitos significados nas várias fases da vida e nas diferentes culturas.

Justus⁷ reporta toda a complexidade aí implicada quando diz que, “no ato da nutrição, o sujeito, o homem biológico e o homem social estão intrinsecamente misturados”.

Na tentativa de melhorar os resultados no enfrentamento dessa doença, algumas pesquisas têm destacado a necessidade de novas formas de intervenção que articulem os aspectos orgânicos e psíquicos do seu portador.⁸

Parizzi⁹, em trabalho realizado com crianças e adolescentes obesos, constatou mais adesão ao tratamento quando realizado por equipe interdisciplinar, concluindo pela necessidade de estudos qualitativos que aprofundem as diversas questões envolvidas nessa moléstia.

OBESIDADE: UM DESAFIO PARA O MÉDICO

No atendimento ao obeso realizado nos serviços de saúde, a maioria dos profissionais se defronta regularmente com histórias de conteúdo semelhante, expressas na fala dos diversos pacientes. Tais relatos se referem a tratamentos anteriores fracassados, peregrinações por vários profissionais e a descrição de miscelânea de medicamentos e fórmulas milagrosas usadas com a finalidade de perder peso. Enfim, um dizer que se repete, sempre acompanhado de renovação de propósitos visando ao emagrecimento. E, no entanto, nada se modifica.

Para o médico, esse “algo que resiste” à sua intervenção é percebido como um obstáculo, gerando sentimentos de frustração e impotência e colocando-o diante de algumas alternativas: insistir no tipo de abordagem usada, desistir de prosseguir com a investigação e o acompanhamento do caso ou buscar novos caminhos que permitam a mudança de direção.

Usualmente, em decorrência de uma série de fatores, o que ocorre é a opção pelas duas primeiras alternativas, em que o profissional persiste na sua prática e vai pouco a pouco retirando o investimento depositado inicialmente no tratamento.

A terceira alternativa seria a que diz respeito à inserção no acompanhamento do caso de novos dispositivos que possibilitassem localizar as outras questões implicadas na obesidade. Entre as diversas abordagens que têm sido discutidas destacam-se os trabalhos com grupos de adolescentes obesos, os grupos para orientação de mães e também os trata-

mentos psicológicos, nos quais se incluem a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental.

Nessas várias discussões e alternativas, um dos aspectos que parecem fundamentais é aquele que introduz o sujeito obeso no centro da produção de um saber que vai da sua queixa à sua história e que pode emergir a partir da sua fala e pelo desejo de escuta do profissional que o atende.

No entanto, para que se estabeleça uma condição de escuta não se pode prescindir de tempo de espera, tempo que vai propiciar o estabelecimento de relação de confiança, de transferência, que constitui a premissa essencial de todo tratamento clínico.

Na prática médica atual, o estabelecimento dessa relação transferencial é dificultado pelos modelos de assistência médica vigentes, tanto os baseados na Medicina suplementar quanto os dos serviços de saúde do Estado. Os primeiros, pela lógica mercantilista que os sustenta; e os de natureza pública, caracterizados pelo desperdício, ineficiência e mal gerenciamento observado.

Nesse universo, o médico, na maioria das vezes, por diversas razões, permanece alienado ao papel de intercessor entre os indivíduos e o governo ou entre os indivíduos e os proprietários do sistema da saúde suplementar, o que resulta na desqualificação do ato médico, que perde a sua dimensão de cuidado e a sua característica de integralidade.

Brant,¹⁰ a partir de Foucault, situa o final do século XVIII e início do século XIX como “o momento em que a Medicina clínica altera a concepção religiosa e individual da doença”. Nesse novo contexto, os sintomas passam a ter o estatuto de significados de determinantes naturais das doenças, apagando-se o vínculo entre o sofredor e o seu mal; “o homem doente” é anulado do âmbito da clínica médica, ocorrendo uma desarticulação entre o saber e o sofrimento:

É em um contexto onde o paciente só será fonte fidedigna de informação quando for completamente despersonalizado que a epidemiologia afirma como objeto da sua atenção dados como idade, gênero, grupo étnico, medidas fisiológicas, status socioeconômico, nível educacional, ocupação, uso de drogas, dietas, exercícios físicos e jamais o sujeito que fala e que é falado pelo Outro.¹⁰

Essa situação, na qual a anulação do sintoma se transforma no objetivo principal deixando em segundo plano o seu portador, é a que se encontra nas intervenções realizadas no controle da obesidade tanto em nível individual como no discurso veiculado para o seu combate no plano da saúde pública. Costa¹¹ descreve criticamente essa situação:

O “remédio” para um tal “desvio” seria uma dieta compatível com o discurso que identifica as causas, o que quer dizer: baixas calorias, muita fibra e malhação neles-horas de academia. Hoje, ninguém discordaria da razoabilidade de tal diagnóstico, bem como da prescrição da receita para seu tratamento. Afinal de contas, os resultados estão aí para serem comprovados pelos números e estatísticas. Quem já não experimentou dessas receitas com excelentes resultados?!”

Naqueles casos em que, apesar de todas essas prescrições, a obesidade persiste, na impossibilidade de se defrontar com o que resiste ao seu saber, a Medicina exclui o obeso, que passa à condição de doente crônico, insolúvel, destinado a engrossar as fileiras de encaminhamentos para outros profissionais ou de realização de exames complementares de indicação duvidosa.

Lançando mão de outros saberes que possam auxiliar o trabalho médico no atendimento ao adolescente obeso, a teoria psicanalítica entende a adolescência como momento em que, em decorrência das intensas transformações corporais e intensificação das moções sexuais, a ingestão de alimentos adquire significações variadas que ultrapassam a satisfação de uma necessidade orgânica.

Vilhena¹², fazendo algumas considerações sobre esse tema, informa que, particularmente na adolescência,

“a boca, aquilo que se come, o corpo, serão meios privilegiados pelos quais o jovem nos aponta seus impasses sexuais, dificuldades e traumas em sua história singular, enfim, seu modo de posicionar-se no mundo”.

Nesse momento, o sujeito se defronta com o trabalho de dar nova significação às intensas transformações corporais da puberdade e pela exigência de um deslocamento em relação à encarnação imaginária dos pais da sua vida infantil.

Se na infância o sujeito ocupava o lugar de objeto da demanda dos pais, na adolescência surge a possibilidade de retificação desse encontro anterior.

Nesse sentido, os sintomas relacionados à oralidade, como a anorexia-bulimia e a obesidade, que tendem a eclodir na adolescência, podem ser entendidos como tentativa precária de governar a transformação corporal a partir de um reforço da imagem.

No atendimento ao adolescente obeso, faz parte do trabalho do médico criar novas alternativas que considerem todas essas questões, não cabendo prescrições e cobranças rígidas relativas à perda de peso.

Conzenza¹³, ao se referir ao discurso monótono e impessoal dos portadores de distúrbios alimentares, mostra a necessidade de, a partir do vazio da repetição significativa relativa ao peso, à imagem corporal e ao alimento, fazer emergir os pontos de contestação de uma palavra subjetiva que possa abrir o campo singular da estrutura. Essa operação consiste em não responder do lugar de perito dos distúrbios da alimentação, solicitando ao paciente que diga como situa o seu sintoma relacionado à sua história.

Oferecer um espaço de escuta em que esses sujeitos possam, por meio da palavra, expressar a angústia que os acomete nesse momento e que atuam a partir do comer possibilitaria outra relação com a própria obesidade, atenuando a ansiedade quanto a esse sintoma. Nesse deslocamento surgem novas questões relacionadas ao trabalho de simbolizar todas as transformações da puberdade, acrescidas de elementos da história pessoal fundamentada na própria estrutura. A partir daí é que se torna possível um processo de implicação e de posicionamento em relação à obesidade, a decisão sobre o desejo ou não de emagrecer e a melhor maneira de fazê-lo.

O atendimento de L, adolescente de 17 anos, exemplifica essa situação. Já tendo se submetido a alguns tratamentos fracassados para perder peso, essa jovem veio à consulta apresentando obesidade acentuada e humor deprimido. Havia abandonado a escola e quase não saía mais de casa. Convocada a falar, aos poucos surgem mudanças: a queixa relativa ao peso se desloca, dando lugar aos impasses relativos ao exercício da sexualidade e à dificuldade de abandonar a posição de criança, já que é a única filha de pais bem maduros, que a controlam excessivamente. Gradativamente apresenta melhora sensível, passando a descrever os próprios desejos que se referem a voltar a estudar, arrumar um namorado, trabalhar. Posteriormente, retorna à escola num movimento de reorganização da própria vida. Passa a se cuidar mais, começa a usar vestidos e sapatos de salto alto, dizendo do prazer que sente em se arrumar. Às vezes

reclama, diz que está com 110 kg, mas observa que já esteve mais gorda. Já não come tanto quanto antes. Numa das consultas fala de um homem que “mexeu” com ela na rua: “*Me chamou de fofinha...*” e acrescenta: “*É uma gordinha bonita*”....

REFERÊNCIAS

1. Muller RCL. Obesidade na adolescência. *Pediatr Mod (São Paulo)*. 2001; 37:45-8.
2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade – ABESO. Documento do Consenso Latino American de Obesidade. Rio de Janeiro: 1998. [Citado em 2005 Out 28]. Disponível em <http://www.abeso.org.br/downloads.htm>.
3. Escrivão MAMS, Oliveira FLC, Taddei JAAC, Lopes FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 76(3):305-10
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Antropometria e Análise do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
5. Klish WJ, Brandt ML, Helmrath MA. Obesity surgery in Pediatrics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004; 39:2-4.
6. Fisberg M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2004.
7. Justus D. Por uma psicopatologia da alimentação cotidiana. In: Encontro Sul Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, São Paulo: 1999. [Citado em 2007 Nov 18. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/historia/justus-alimentação.shtml>
8. Sjoberg RL, Nilsson KW, Leppert J. Obesity, shame, and depression in school-aged children: a population-based study. *Pediatrics*. 2005; 116; 389-92.
9. Parizzi MR. Adesão ao tratamento de crianças e adolescentes obesos atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas da UFMG [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2004
10. Brant LC. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6:221-31.
11. Costa A. Onde está o prazer. *Cad Assoc Psicanalítica de Porto Alegre*. 2002; 107:29-31
12. Vilhena MM. “A gente não quer só comida” Algumas considerações psicanalíticas sobre obesidade na adolescência. In: Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões. O adolescente e a modernidade. Rio de Janeiro; 2000. Tomo II, p.262-9.
13. Conzensa D. Tratamento analítico da anorexia-bulimia em comunidade terapêutica: a experiência da La Vela. *Carta São Paulo. Bol EPB Sessão São Paulo*. 2003 mar; 10(1).