ENSAIO CIENTÍFICO

Ensaio sobre a obesidade: contribuições da psicologia para o enfrentamento de uma epidemia silenciosa

Daniel Beppler Meirelles[1]

Resumo

Este artigo busca trazer, através de um sobrevôo sobre a teoria da Dissonância Cognitiva, de Festinger, e da Auto-Discrepância, de Higgins, uma análise da aplicabilidade dessas teorias a um contexto de combate à obesidade, propondo novos possíveis métodos de intervenção que tomam como base seus conceitos e procurando transpô-los, bem como suas estruturas e relações, à rede de afetos e construtos de indivíduos que vivem essa problemática. Em uma tentativa de elaborar um tratamento inovador, esse artigo sugere novas dinâmicas terapêuticas, nas quais, ao invés de se primar pela implementação imediata de um processo que visa à redução dos desconfortos vividos pelo paciente, ousa-se transformá-los em potenciais ferramentas de auxílio no combate à questão fonte de tais sofrimentos e, posteriormente, alcançar como resultado a redução de ambos.

Palavras-chave: Dissonância cognitiva. Auto-discrepância. Intervenção. Obesidade. Combate. Comportamento alimentar. Gasto energético.

[1] Estudante do 4º Período do Curso de Psicologia da UNIFASE.
Orientação e revisão técnica: Prof. Renato Cesar Möller.

1 Um contexto alarmante

Reconhecida como doença crônica, a obesidade tem hoje índices de prevalência mundiais quase três vezes maiores que os encontrados em 1975, sendo quase cinco vezes maiores em se tratando de crianças e adolescentes. A obesidade representa um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas outras doenças não transmissíveis como a hipertensão, diabetes, acidentes vasculares e alguns tipos de câncer (WHO, 2020). Existem também evidências que a indicam como fator de risco de alta relevância para a forma grave e letal da Covid-19.

No Brasil, o contexto segue o preocupante cenário mundial: de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS de 2020, aproximadamente 41,2 milhões de adultos estão obesos e, entre os adolescentes e crianças, a estimativa é de 7,2 milhões (SAPS, 2022).

Em relação ao impacto financeiro, um estudo mostra que dos 6 bilhões de reais destinados ao tratamento de doenças crônicas em 2019, aproximadamente 1,5 bilhão foi atribuído ao excesso de peso e à obesidade; isso sem levarmos em consideração outros custos como a perda da qualidade de vida, perda de produtividade no trabalho e a mortalidade precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A OMS acredita que, até o ano de 2025, o número de pessoas afetadas por essa epidemia no mundo ultrapassará os 2,3 bilhões (CALIGARI, 2018).

2 Obesidade: origem multidisciplinar e transversal

A literatura científica demonstra um grande interesse na problemática da obesidade, com particular atenção a suas potenciais raízes e consequências. Como visto em Basdevant (2004), a definição médica da obesidade consiste em um aumento da gordura corporal que afeta o bem-estar físico, psicológico e/ou social. De acordo com a OMS, a obesidade humana resulta de uma falha do sistema de regulação de reservas energéticas devido a uma complexa combinação de fatores externos, como socioculturais e ambientais, e/ou internos, como psicológicos e biológicos (WHO, 2000).

Dentro de um espectro de determinantes, as possíveis origens da obesidade transitam entre o puramente interno e o puramente externo, tornando, assim, a realidade clínica um *continuum*. Como parte integrante desse espectro, podemos citar o *sistema biopsicológico*

de controle do aporte alimentar e os *processos psicológicos* envolvidos na ingestão de alimentos.

No caso do *sistema biopsicológico*, temos uma série de eventos biológicos, como os metabólicos, hormonais e nervosos, que fornecem informações para o sistema nervoso central (SNC). Na sequência, o SNC produz respostas de origem psicológica, baseadas em aprendizagens, condicionamentos, memória e emoções, que se sobrepõem às de origem biológica. Já em relação aos *processos psicológicos* ativados no ato da ingestão de alimentos, com exceção daqueles diretamente ligados aos estímulos biológicos, podemos destacar a identificação consigo e com o outro, a gestão de impulsos, a tolerância à frustração, a capacidade de identificar necessidades e suas respectivas satisfações etc. Como se observa, fica incontestável o papel determinante dos fatores psicológicos na gênese de algumas obesidades (BASDEVANT, 2006).

3 Psicologia: duas frentes de combate

Em um contexto de enfrentamento à obesidade através de mudanças de comportamento, sempre levando em consideração seu caráter multidisciplinar e transversal, são apresentadas duas teorias: a *teoria da dissonância cognitiva* e a *teoria da auto-discrepância*.

3.1 Teoria da dissonância cognitiva

Todos tentamos manter uma coerência entre nossos pensamentos e comportamentos. Tentamos agir de forma consonante com nossos valores e a nossa maneira de perceber a vida. De acordo com a teoria da dissonância cognitiva de Festinger (1975), quando uma pessoa tem um comportamento que não está de acordo com suas cognições (aqui definidas como “qualquer conhecimento, opinião ou convicção sobre nós próprios ou o nosso comportamento”), ela sentirá uma tensão desconfortável, chamada “dissonância”.

> A dissonância cognitiva pode ser considerada uma condição antecedente que leva à atividade orientada para redução de dissonância, tal como a fome conduz à atividade orientada no sentido de redução da fome. (FESTINGER, 1975, p. 13)

Essa tensão, ou estado negativo, nos afeta como o sono ou o frio, provocando uma ativação fisiológica incômoda que procuramos reduzir ou eliminar de alguma maneira. "É esse estado negativo que nos leva a uma mudança de comportamento". (VALLERAND, 2006, p. 265).

Para exemplificar a apropriação terapêutica produtiva desse conceito, aproximando-nos do tema deste artigo, suponhamos o acompanhamento do emagrecimento de um indivíduo obeso que apresenta dificuldades em alcançar seus objetivos. A contradição existente entre seu intuito de emagrecer e seu comportamento impeditivo representa um estado de dissonância cognitiva. Tornando os processos identificados pela teoria de Festinger palpáveis para o indivíduo e, dando foco à redução da dissonância através do processo de mudança de comportamento, prioriza-se a criação de novos hábitos relacionados a um aumento de gasto energético e/ou a uma menor ingestão energética.

Esse parece ser o cenário mais favorável para o alcance do sucesso de um tratamento contra a obesidade: o paciente luta contra a dissonância decorrente do conflito que se estabelece entre, de um lado, a convicção de que a saúde é um bem a ser conquistado e mantido, e, de outro, o seu comportamento alimentar atual, que lhe induz a obesidade e lhe compromete a saúde. A renúncia a condutas prejudiciais e/ou a adoção de práticas saudáveis reduziria a tensão provocada pela dissonância e restabeleceria o equilíbrio psicológico do indivíduo.

Mas esse caminho modelar se revela quimérico. No curso do tratamento, o psicólogo enfrenta inúmeros obstáculos decorrentes da complexidade que caracteriza a subjetividade humana, como nos alerta Freedman, Carlsmith & Sears:

> Se uma pessoa pensa ter uma boa razão para desempenhar um ato discrepante, pouca dissonância será despertada. Pode julgá-lo útil, necessário ou agradável. Tudo que torne um ato bom para ela ou para outras pessoas tende a justificá-lo e, desse modo, reduz ou elimina a dissonância e, por conseguinte, a mudança de atitude que a dissonância produz (1973, p. 372-373)

Deve-se, ainda, salientar que a mudança de comportamento não constitui a única maneira possível de reduzir a dissonância cognitiva:

> As manifestações de redução dessas pressões [acionadas para reduzir a dissonância] incluem mudanças de comportamento, mudanças de cognição e exposição circunspecta a novas informações e novas opiniões (FESTINGER, 1975, p. 36).

De fato, o indivíduo obeso, para reduzir a dissonância entre cognições e ações, ao invés de modificar suas ações, poderá adotar a estratégia de mudar suas cognições ou relativizá-las. Diante das dificuldades em renunciar aos comportamentos indutores da obesidade, esse indivíduo poderia buscar, alternativamente, amparo em depoimentos ou informações que corroborassem as práticas alimentares das quais não desejaria abrir mão, deixando-se levar por argumentos que, por exemplo, indicassem que a felicidade decorrente da manutenção de hábitos gastronômicos compulsivos traria relevantes benefícios à sua *saúde psicológica*, os quais justificariam "eventuais" riscos à sua *saúde física*. Ao descrever de modo mais amplo esse processo, Festinger assinala que

> a existência de dissonância numa pessoa leva a um processo de comunicação pelo qual ela tenta reduzir a dissonância. A pessoa tentará encontrar outras cognições (ou influenciá-las para que concordem) com aquelas cognições que ela gostaria de adquirir a fim de reduzir a dissonância. Na medida em que seus esforços sejam bem-sucedidos, verificar-se-á que, decorrido um certo período de tempo, teve uma mudança de opinião que reduz a dissonância. Por outras palavras, se uma pessoa tinha duas opiniões mutuamente dissonantes, é mais provável que uma dessas duas opiniões mude do que [ocorreria] no caso das duas serem mutuamente consonantes (FESTINGER, 1975, p. 186).

Processos como os acima descritos representam um grande desafio para o psicólogo. É natural considerar que o propósito do psicoterapeuta seria o de, em última instância, reduzir a "tensão desconfortável" provocada pela dissonância cognitiva, empenhando-se para munir o paciente de novas cognições que lhe permitissem estabelecer o desejável equilíbrio psicológico. Mas, quando a redução da dissonância implica alterar a hierarquia lógica das prioridades, preterindo a ingestão moderada de calorias – o que implicaria reeducação alimentar e, por óbvio algum sacrifício – em nome da exaltação de práticas hedonistas, que consideram os prazeres da mesa como a finalidade suprema da vida, temos, nesse caso, algo que carece de sustentação ética. Parece-nos que estamos diante de um caso para o tratamento do qual a redução da dissonância, num primeiro momento,

não conviria. A postura mais adequada seria, ao contrário, ampliar a magnitude da dissonância, introduzindo na rede de cognições do indivíduo elementos novos, incompatíveis com o comportamento hedonista e/ou conciliáveis com a prática de hábitos alimentares saudáveis. Que fique claro que não se propõe aqui questionar os pressupostos da teoria, mas, inversamente, enaltecê-los, empregando-os, de modo não exatamente convencional, em prol do alcance de maior eficácia no tratamento psicoterápico.

O elevado nível de dissonância, prescrito e criteriosamente gerenciado pelo psicoterapeuta, assumiria, contudo, inevitavelmente, um caráter apenas momentâneo, já que, nos termos da teoria, “existe pressão para que se produzam relações consoantes entre cognições e para que se evite ou reduza a dissonância” (FESTINGER, 1975, p. 17). E essa pressão, como adverte Festinger, será tanto maior quanto maior for a magnitude da dissonância:

> A presença da dissonância dá azo a pressões para reduzi-la ou eliminá-la. A força das pressões para reduzir a dissonância é uma função da magnitude da dissonância (FESTINGER, 1975, p. 25).

Mas, como observa o autor, a magnitude da dissonância envolve mais do que uma relação puramente numérica, sendo necessário dimensionar a relevância das relações mantidas entre os elementos de cada um dos dois conjuntos de cognições em oposição:

> A quantidade total de dissonâncias que existe entre dois conjuntos de elementos cognitivos é uma função da proporção ponderada de todas as relações relevantes entre dois conjuntos que são dissonantes. O termo “proporção ponderada” é empregado porque cada relação relevante seria ponderada de acordo com a importância dos elementos envolvidos nessa relação (FESTINGER, 1975, p. 25).

Nesse sentido, e retomando o tema a que nos propomos discutir, a proporção favorável do montante de cognições relevantes consonantes ao comportamento que se quer estimular – ou seja o da reeducação alimentar –, comparativamente ao volume de cognições dissonantes a esse comportamento, representaria um importante fator de aquisição de hábitos reforçados por essas cognições preponderantes

Em suma, pode-se presumir, com base nos argumentos até aqui expostos, que um tratamento que almejasse articular criativa e eficazmente os pressupostos conceituais da Teoria da Dissonância Cognitiva, de Festinger, em benefício de pacientes afetados pela obesidade, estabeleceria um plano sequencial de ação que consistiria em: identificar os elementos dos dois conjuntos discrepantes de cognições responsáveis pela dissonância; aferir a relevância das suas relações na configuração dessas dissonâncias; ponderar as proporções dessas relações tomando como base suas magnitudes; e, por fim, definir e implementar uma estratégia de aumento da quantidade de cognições dissonantes dos hábitos alimentares que se deseje remover, tornando favorável a proporção de cognições consonantes com novos hábitos saudáveis a serem adquiridos. Esse processo teria como resultado, a mudança de comportamento alimentar, fomentada pela necessidade de reduzir a dissonância cognitiva propositalmente gerada.

3.2 Teoria da Auto-Discrepância

Todos nós temos diversas concepções de nós mesmos que variam de acordo com os nossos contextos de vida. Formamos representações mentais da versão atual de nós mesmos, bem como de quem gostaríamos de ser ou, ainda, de quem deveríamos ser. As divergências entre essas representações dão origem a uma série de desconfortos psíquicos que tendemos a querer eliminar. A teoria da auto-discrepância, de Higgins (1987), denomina essas imagens mentais de "domínios do eu", que, segundo o autor, assumem três dimensões:

> Existem três domínios básicos do eu: (a) o eu real, que é a representação que um indivíduo tem dos atributos que alguém (ele mesmo ou outra pessoa) acredita realmente possuir; (b) o eu ideal, que é a representação que um indivíduo tem dos atributos que alguém (ele mesmo ou outra pessoa) gostaria de, idealmente, possuir; e (c) o eu obrigatório, que é a representação que um indivíduo tem dos atributos que alguém (ele mesmo ou outra pessoa) acredita ter a obrigação de possuir. (1987, p. 320 e 321).

Existe uma gama de imagens que podem ser conflitantes ou contraditórias. Por exemplo, uma pessoa que nasce em uma família na qual, cultural e tradicionalmente, todos devem se tornar médicos, mas que deseja abraçar a profissão de arquiteto, terá um "eu ideal" no qual se vê realizando projetos de modelação de espaços ou de planejamento urbano e,

ao mesmo tempo, um "eu obrigatório", no qual se vê seguindo os passos dos irmãos, pais e avós em direção à medicina. Essa incompatibilidade será fonte de desconforto, que formará o contexto de seu ato de tomada de posição.

Mas essas representações não se limitam àquelas internas ao indivíduo, identificadas como pertencendo ao "ponto de vista do eu". Elas se estendem aos "pontos de vista alheios". Esses dois tipos de ponto de vista mereceram a atenção de Higgins:

> Existem dois tipos de pontos de vista básicos do eu, cada qual definido como um ponto de vista através do qual um indivíduo pode ser julgado e que reflete um conjunto de atitudes ou valores: (a) o ponto de vista do próprio indivíduo; e (b) o ponto de vista de alguém importante para o indivíduo. Um indivíduo pode ter tantos pontos de vista alheios quanto o número de pessoas importantes para ele (1987, p. 321).

Ao navegarmos por essa teoria, vamos nos aprofundando, cada vez mais, na complexidade dos bastidores do comportamento humano. Deparamo-nos com o fato de que não se trata de uma simples equação aritmética, mas, sim, de uma rede de estímulos, conscientes e inconscientes, internos e externos, interligados e que se influenciam entre si, e nos quais nossas decisões e comportamentos repousam.

De acordo com essa teoria, a combinação entre os “domínios” e os “pontos de vista” produz seis tipos de representações básicas do eu: real/própria, real/alheia, ideal/própria, ideal/alheia, obrigatória/própria, obrigatória/alheia (HIGGINS, 1987, p. 321).

As duas primeiras representações reais do eu, real/própria, e real/alheia, são consideradas constituintes do que se chama "auto-conceito", principalmente a "real/própria", pois nem sempre é possível termos acesso às representações reais que os outros têm de nós ("real/alheia"). Elas representam a percepção que um indivíduo tem de fato sobre si. As demais representações – ideal/própria, ideal/alheia, obrigatória/própria, obrigatória/alheia – servem de guia e motivação para os nossos comportamentos e são chamadas de "auto-guias". As Divergências entre o auto-conceito e os auto-guias denominam-se auto-discrepâncias, podendo ser classificadas de acordo com o tipo do auto-guia divergente do auto-conceito. Por exemplo, denomina-se uma auto-discrepância como "real/próprio *versus* ideal/próprio" quando o auto-guia divergente é o ideal/próprio.

De maneira geral, somos motivados a buscar uma situação na qual o nosso auto-conceito seja compatível com os nossos auto-guias relevantes (HIGGINS, 1987, p. 321).

Assim, podemos deduzir que a teoria da auto-discrepância procura identificar atores componentes do cenário que precede o comportamento humano, sendo eles, o auto-conceito, que tem o papel de representar a imagem que um indivíduo tem de si próprio, os auto-guias, que têm o papel de representar as imagens de quem gostaríamos de ser ou de quem deveríamos ser e, finalmente, as auto-discrepâncias, que são as divergências das diferentes combinações do auto-conceito com os auto-guias e que têm um papel motivador/desmotivador dos comportamentos de um indivíduo.

Para o acompanhamento dos conceitos dessa teoria, suponhamos o caso de um indivíduo que tem hábitos geradores de obesidade. No que diz respeito a sua forma física (atributo), de acordo com sua própria opinião, ele está obeso (auto-conceito) e gostaria de reduzir seu peso para atingir uma forma física que julgue ideal (auto-guia ideal/próprio). Temos então duas representações do atributo "forma física" que são incompatíveis, fontes de uma auto-discrepância e que, portanto, motivariam esse indivíduo a operar uma mudança de comportamento que visasse à redução dessa auto-discrepância.

Analogamente ao contexto da teoria da dissonância cognitiva, nos deparamos novamente com o que parece ser uma situação promissora para um tratamento terapêutico contra a obesidade: o paciente possui uma tensão que o levaria a perder peso. A auto-discrepância existente entre o auto-conceito e o auto-guia em relação ao atributo incompatível "forma física", levaria esse paciente a mudar seu comportamento atual para reduzi-la, renunciando a alguns hábitos alimentares prejudiciais, restabelecendo, assim, seu equilíbrio psicológico e alcançando o objetivo desejado: o de reduzir seu peso.

Entretanto, um olhar com tal simplicidade não corresponderia à natureza da mente humana. Não seria realista tentarmos analisar apenas uma auto-discrepância isoladamente para tentarmos abordar a questão. Higgins assinala que:

> Podem existir casos em que uma pessoa não possua nenhum tipo de auto-discrepância, todos os tipos, ou então qualquer combinação possível entre esses tipos (HIGGINS, 1987, p. 323).

A teoria indica que devemos levar em conta outras possíveis auto-discrepâncias que tocam a problemática em questão. Dando continuidade ao caso hipotético anterior, suponhamos que alguns de seus amigos e familiares expressam esporadicamente que ele está obeso (auto-conceito) e sugerem que ele deveria perder peso por questões de saúde (auto-guias ideal/alheio). Os demais familiares e amigos não expressam o que pensam sobre o assunto e, portanto, não representam nenhum auto-guia (ausência de auto-guia alheio a eles associado). Desta forma, temos uma visão mais ampla do contexto em que essa temática se insere.

Mas, mesmo com essa visão mais ampla e um pouco mais completa, não chegamos ainda ao fundo das características por trás dessas representações. A teoria sinaliza que, em adição à existência de infinitas combinações de auto-discrepâncias, "as discrepâncias não serão necessariamente igualmente ativas nem terão o mesmo poder de induzir desconforto" (HIGGINS, 1987, p. 323). Deparamo-nos aqui com dois aspectos sobre as auto-discrepâncias que possuem papéis fundamentais nas ponderações realizadas pela rede de estímulos mencionada anteriormente: a *disponibilidade* (indução de desconforto) e a *acessibilidade* (potencial de ativação). De acordo com Higgins, esses dois aspectos atuam diretamente na motivação para reduzir as auto-discrepâncias.

A *disponibilidade* diz respeito à intensidade do desconforto gerado pela auto-discrepância e pode ser dimensionada através da avaliação das extensões das divergências entre os mesmos atributos presentes em ambas representações conflitantes. Segundo Higgins,

> Quão maior for a diferença entre o número de pares de atributos incompatíveis e o número de pares compatíveis, maior será a magnitude desse tipo de auto-discrepância disponível para o indivíduo (1987, p. 323).

Aplicando esse conceito ao nosso exemplo, imaginemos agora que o indivíduo decida visitar um médico para ter uma opinião profissional sobre esse assunto. O médico, ao analisar seus exames, chega a um diagnóstico de iminente doença cardíaca e recomenda que ele mude seus hábitos e reduza seu peso (auto-guia obrigatório/alheio). Esse parecer gera uma nova auto-discrepância, ou desconforto, com relação à sua forma física (auto-conceito) que se soma àquelas pré-existentes, aumentando, assim, a disponibilidade total das auto-discrepâncias que apontam um caminho para a redução de peso.

A *acessibilidade*, por sua vez, representa a probabilidade de ativação de uma auto-discrepância e será maior de acordo com a importância de alguns fatores, sendo eles, a *recência da ativação*, a *frequência de ativação* e a *aplicabilidade da auto-discrepância em relação ao evento ativador*.

A *recência de ativação* diz respeito a

> quão recentemente o construto foi ativado. Por exemplo, foi demonstrado que a exposição precedente a etiquetas contendo características em uma tarefa não relacionada aumenta a propensão de que os participantes interpretarão, subsequentemente, o comportamento ambíguo de uma pessoa especificamente nos termos dos construtos ativados pelas etiquetas (HIGGINS, RHOLES, & JONES, 1977; SRULL & WYER, 1979; BARGH & PIETROMONACO, 1982, *apud* HIGGINS, 1987, p. 324).

Quanto à *frequência de ativação*, os autores assinalam que sua influência se vê

> nos efeitos das diferenças individuais crônicas na acessibilidade de construtos relativos à interpretação social e memória (BARGH & THEIN, 1985; HIGGINS *et al*., 1982 apud HIGGINS, 1987, p. 324).

Por fim, quanto à *aplicabilidade da auto-discrepância*, os autores destacam que

> A acessibilidade, ou propensão a ativação, de um determinado construto armazenado também depende da relação entre seu significado e as propriedades do evento estimulador. Um construto armazenado não será utilizado para interpretar um evento a menos que ele seja aplicável ao evento (HIGGINS & BARGH, 1987; HIGGINS *et al*., 1977 apud HIGGINS, 1987, p. 324).

Pode-se ver que a acessibilidade se mostra um conceito chave para o funcionamento da estrutura desenhada pela presente teoria. Com uma menor acessibilidade, uma auto-discrepância tem menos chance de ser ativada e, por consequência, menos chance de gerar desconforto. Não havendo desconforto, não haverá, tampouco, motivação para a busca de novos comportamentos que visem a reduzi-lo, ou seja, por mais que fiquem claros os conceitos envolvidos nessa rede complexa de estímulos que precedem o comportamento de um indivíduo, é imprescindível tornar tais afetos acessíveis a ele.

Transportando uma visão global dos conceitos da teoria para um contexto terapêutico contra a obesidade e, retomando assim o proposto neste artigo, a estratégia mais adequada seria a de, inicialmente, identificar os atributos, os auto-conceitos, os auto-guias e as auto-discrepâncias relativos ao problema de obesidade vivido pelo indivíduo. Em seguida, entender as disponibilidades e acessibilidades de cada auto-discrepância, bem como a forma como elas se dispõem no cenário de onde emerge o comportamento alimentar e/ou de gasto energético desse indivíduo e, assim, com base nessa configuração, definir uma nova configuração ideal. O terapeuta, objetivando o alcance dessa nova configuração, auxiliaria o indivíduo a estabelecer um novo contexto interpretativo da problemática tratada, reposicionando, redimensionando, inserindo e eliminando atributos incompatíveis e compatíveis, fazendo assim com que os desconfortos (auto-discrepâncias) tomem magnitudes (disponibilidades) que o façam buscar novos comportamentos, agora redutores dos desconfortos e favoráveis à perda de peso. No que diz respeito ao conceito chave dessa teoria, ou seja, à propensão à ativação dessas auto-discrepâncias (acessibilidade), o próprio processo terapêutico se encarrega de ser um fator de aumento e manutenção.

4 Considerações finais

Conforme se pode observar, as duas teorias trazidas a exame fundamentam-se no princípio de que os indivíduos experimentam desconforto emocional quando suas cognições são conflitantes entre si, e que, quando isso ocorre, são tomados por um impulso natural para eliminar as fontes de conflito. O artigo aqui apresentado defende que o gerenciamento criterioso dessas fontes de conflito constitui um recurso de elevado potencial para a promoção de novos comportamentos – sejam alimentares, sejam de gastos energéticos – compatíveis com uma vida mais saudável. A aplicação correta dos pressupostos que sustentam essas duas abordagens teóricas pode fornecer a indivíduos com sobrepeso ou obesidade novos prismas de autoconhecimento, que tornem possível a transformação de experiências negativas, calcadas em informações ambíguas e descontextualizadas – fontes de desânimo, impotência e desesperança – em perspectivas promissoras. Constrói-se, assim, um cenário virtuoso, que assegura ao psicoterapeuta o exercício pleno da criatividade na elaboração de planos de ação realistas, que considerem as capacidades e limitações físicas, psicológicas, biológicas e socioculturais do paciente.

Referências

BASDEVANT, Arnaud; Guy-Grand, Bernard. **Traité de médecine de l'obésité**. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 2004.

BASDEVANT, Arnaud. L'obésité: origines et conséquences d'une épidémie. **Comptes Rendus Biologies**, v. 329, n. 8, p. 562-569, 2006.

CALIGARI, Roberto. Dia mundial da obesidade: 2,3 bilhões de pessoas serão obesas até 2025. PEBMED. Disponível em: https://pebmed.com.br/dia-mundial-da-obesidade-23-bilhoes-de-pessoasserao-obesas-ate-2025. Acesso em: 27 de junho de 2022.
EXCESSO de peso e obesidade. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude/excesso. Acesso em: 27 de junho de 2022.

FESTINGER, Leon. **Teoria da dissonância cognitiva**. Rio de Janeiro: Zahar,1975.
FREEDMAN, Jonathan L., CARLSMITH, J. Merrill e SEARS, David O. **Psicologia social.** São Paulo: Cultrix, 1973.

HIGGINS, E. Tory. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. **Psychological review**, v. 94, n. 3, p. 319, 1987.
IMPACTO da obesidade, O. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2022/o-impacto-da-obesidade. Acesso em: 27 de junho de 2022.

OBESITY and its roots. World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/03/04/default-calendar/world-obesity-day.Acesso em: 27 de junho de 2022.

VALLERAND, Robert J. **Les fondements de la psychologie sociale** (2e éd). Montreal: Gaëtan Morin, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Understanding how obesity and overweight develop, v. 894, p. 100-142, 2000.

Essay on obesity: contributions of Psychology to face a silent epidemic

Abstract

This article aims to analyze the applicability of both Festinger's Cognitive Dissonance theory and Higgins' Self-Discrepancy theory in the combat against obesity, suggesting new possible intervention methods based on its concepts and trying to transpose them, as well as its structures and connections, to the network of affections and constructs of individuals who live with this problem. In an attempt to develop an innovative treatment, this article suggests new therapeutic dynamics, in which, instead of prioritizing the immediate implementation of processes that aim to reduce the discomforts experienced by the patient, dare to transform these very discomforts into potential tools that will help combating the source of such suffering and, subsequently, achieving the reduction of both as a result.

Keywords: *Cognitive Dissonance. Self-Discrepancy. Intervention. Obesity. Combat. Eating behaviour. Energy expenditure.*

CC BY NC

Informações sobre o autor

Daniel Beppler Meirelles — Estudante do 4º período do curso de Psicologia do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Graduado em Ciência da Computação pela Universidade Católica de Petrópolis (2002), MBA em Gestão Empresarial pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007) e Certificado em Psicologia pela Université du Québec à Montréal (2021).

Contato: daniel.beppler@gmail.com

orcid.org/0000-0003-3856-2650