

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS NA FASE DE ESTABILIZAÇÃO DE PESO EM PESSOAS SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA^I

Isabela Comin da Rosa Aguiar^{II}

Andrea Volpato Wronski^{III}

Resumo: Este estudo tem como objetivo verificar os aspectos psicológicos, emoções, sentimentos e pensamentos, dos indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica na fase da estabilização do peso, ou seja, quando não estavam mais em fase de emagrecimento. Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, onde foram entrevistadas seis mulheres que já haviam realizado a cirurgia bariátrica há mais de dois anos. Aplicaram-se entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados, contendo questões que visavam contemplar os objetivos propostos na presente pesquisa. As participantes relataram suas experiências e percepções sobre a cirurgia bariátrica. Os resultados apontam que o emagrecimento abrupto, proporcionado pela intervenção, nem sempre é acompanhado pelas modificações psicológicas. O medo do reganho de peso é o principal sentimento experimentado pelas entrevistadas. A pesquisa também mostra a importância do acompanhamento psicológico na fase de estabilização de peso, para que os pacientes possam restabelecer a conexão com seus corpos e expressarem suas emoções.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Obesidade. Aspectos Psicológicos.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica e o número de pessoas obesas vem aumentando a cada ano. Seria apenas um problema estético se não viesse acompanhada de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, limitações de locomoção, dentre outras. Em contrapartida, vive-se em uma sociedade pautada na imagem. A indústria *fitness* aumentou consideravelmente o faturamento nos últimos anos, potencializando a exploração do corpo perfeito, estereotipado como magro e malhado de academia.

A preocupação com a obesidade, independente de fatores estéticos ou de saúde, fez com que se desenvolvessem vários tratamentos, dentre eles, a cirurgia bariátrica, que é o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, reduzindo consideravelmente o peso em pouco tempo. Os pacientes indicados para a cirurgia devem ter Índice de Massa Corporal superior a 40 kg/m²,

^I Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2021.

^{II} Acadêmica do curso Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: belacomin@gmail.com.

^{III} Doutora em Ciências da Linguagem – UNISUL. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

se houver comorbidades associadas, esse índice passa a ser de 35 kg/m². Outros critérios devem ser analisados, principalmente a estabilidade psiquiátrica e capacidade de compreender a natureza da operação que será realizada (ILIAS; MATTOS, 2015).

A cirurgia bariátrica é considerada uma ferramenta eficaz, a médio e longo prazo, no tratamento de obesos graves. Acontece que o sucesso não é para todos, pois a obesidade é uma doença grave, resultado de uma série de fatores. Quanto mais causas da doença se consegue controlar, maiores são as chances de sucesso (GIANANTE, 2018).

Muitas pessoas realizam a cirurgia bariátrica com a fantasia de que tudo em sua vida irá mudar. Afinal, existe uma indústria de consumo que vende a ideia de magreza como sinônimo de felicidade. A cirurgia aparece como a possibilidade desse milagre, em função de promover uma perda de peso rápida e sem grandes mudanças comportamentais. Passada a fase inicial, quando o peso começa a se estabilizar, pode surgir o medo de voltar a engordar. Segundo Luciana Theodoro (2015), o reganho de peso é o maior fantasma na vida do obeso, pois significa o fracasso de sua última e mais radical tentativa. Os pacientes chegam ao peso mínimo entre 18 e 24 meses após o procedimento cirúrgico. Geralmente, eles recuperam algum peso nesse período, aproximadamente 10% (dez por cento) do peso perdido, em decorrência de adequação de novos hábitos, e depois o estabiliza. Acontece que em alguns pacientes o reganho ultrapassa a 10% (dez por cento) do peso perdido e exigem maior atenção para auxiliá-los no que não estão conseguindo sozinhos.

De acordo com Levy (2018), passar por uma cirurgia bariátrica é passar por uma separação íntima de aspectos de si mesmo, separando-se de padrões de funcionamento que facilitavam a obesidade e buscando novas alternativas para controlar a doença. Segundo Magdaleno Jr. (2011), a angústia que antes era resolvida através da obesidade tem sua via impedida abruptamente após a cirurgia bariátrica, a retirada cirúrgica do sintoma cria um campo novo de estudo na dinâmica biopsicológica do sujeito. Quando se olha para os aspectos que causam a obesidade pode-se perceber que há algo além de aspectos físicos e genéticos, muitas vezes, inclui também o sofrimento emocional.

Existem impactos do emagrecimento sobre a saúde psíquica do indivíduo, pois o retira do acomodamento que desfrutava antes da cirurgia, mesmo que a obesidade fosse algo ruim, era algo conhecido e determinava uma posição no mundo de que o obeso já estava acostumado (BENEDETTI, 2015b). A fase de estabilização de peso é muito importante, pois nesse período já não há mais a drástica alteração da rotina alimentar do pós-cirúrgico, nem a perda de peso rápida do primeiro ano. Conforme afirma Carmem Benedetti (2015a), “as mudanças

emocionais ocorrem apenas na terceira etapa (**fase de estabilização**) e dizem respeito à emoção que está vinculada à mudança [...]” (grifo nosso).

De acordo com Venâncio, Conceição e Machado (2011), ainda pouco se sabe sobre as dificuldades que enfrentam os pacientes que realizam cirurgia bariátrica no pós-operatório tardio, quase não se fala da importância de assistência para manutenção de resultados. A atenção para esses pacientes costuma acontecer nos dois primeiros anos após a intervenção cirúrgica.

O objetivo deste estudo é verificar os aspectos psicológicos, emoções, sentimentos e pensamentos, dos indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, na fase da estabilização do peso, quando não mais emagrecem em decorrência da cirurgia e precisam recorrer aos seus próprios recursos para manter o peso estável.

Levando em conta as dificuldades dessa fase, em que se pretende sustentar o novo peso, a presente pesquisa procura verificar quais emoções e sentimentos esses pacientes têm ao descobrir que não dependem mais de um fator externo para se manterem magros, e possíveis conflitos que possam ter vivenciado. Ainda, busca compreender a saída psíquica encontrada pelo sujeito, para lidar com a angústia que antes era solucionada com a obesidade e para manter o peso.

Há poucos relatos e pesquisas voltados às questões relacionadas aos aspectos psicológicos específicos da fase de estabilização de peso dos sujeitos que se submeteram às cirurgias bariátricas. A presente pesquisa é pertinente para uma melhor compreensão das emoções, sentimentos e pensamentos desta fase. Esse aprofundamento é útil para compreender as angústias vivenciadas, podendo dessa forma promover um suporte psicológico adequado aos pacientes nesse período pós-cirurgia bariátrica.

Diante do exposto, a pergunta que a presente pesquisa visa responder é a seguinte: Quais os aspectos psicológicos e emocionais das pessoas que realizaram cirurgia bariátrica na fase de estabilização de peso?

Desta forma, a pesquisa tem os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Identificar os aspectos psicológicos e emocionais na fase de estabilização de peso em pessoas submetidas à cirurgia bariátrica.

Objetivos Específicos

Verificar emoções e sentimentos que as pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica enfrentaram na fase de estabilização de peso.

Identificar possíveis angústias e conflitos vividos pelas pessoas quando cessou a perda de peso em função da cirurgia bariátrica.

Compreender as estratégias psíquicas adotadas pelas pessoas após a cirurgia na fase de estabilização de peso.

Levantar quais são os recursos adotados pelas pessoas para promover a manutenção do peso ideal.

2 OBESIDADE

A obesidade é um problema relevante na sociedade atual, com índices de crescimento preocupantes. Atualmente, a obesidade é considerada uma epidemia mundial e tem etiologia complexa e multifatorial, resultado da interação de genes, fatores emocionais e estilo de vida (SOUZA; GUEDES; BENCHIMOL, 2015). Recai sobre a pessoa obesa um olhar estigmatizado, ela é discriminada socialmente frequentando lugares públicos, tem dificuldade em ocupar assentos em aeronaves e até mesmo no momento em que vai comprar roupas. Recentemente, assistimos à indústria *plus size* crescendo exponencialmente, mas que apenas revela esse olhar discriminatório, como se quem está acima do peso devesse ter uma moda própria. Carmem Benedetti (2015c) diz que “comer demais é característica condenável, não é de se estranhar que o obeso seja depreciado, uma vez que seu corpo parece o tempo todo denunciar aquilo que ele come, ou que se supõe que coma”.

O tratamento da obesidade tornou-se uma questão de fundamental importância para a Medicina. As intervenções vão desde a mudança de estilo de vida e comportamento alimentar, as dietas, tratamento farmacológico e a cirurgia para a obesidade. Vê-se uma verdadeira indústria gerada no entorno da obesidade. De acordo com Mancini, Melo e Halpern (2015), “o tratamento para a obesidade não deve ser a curto prazo, mas um contínuo ao longo da vida para a manutenção de um corpo com peso normal ou mais próximo do normal”. A intervenção farmacológica já sofreu críticas devido a vários fatores, dentre eles, o uso desmedido de medicamentos disponíveis, generalização da prescrição de medicamentos e comercialização incorreta. A perda de peso em decorrência do uso de medicamentos antiobesidade é modesta e não existe uma estratégia particular ou medicação recomendada para uso cotidiano. Para fazer uso dos fármacos, o obeso deve ser avaliado em relação aos hábitos alimentares e atividades físicas, verificando se existem sintomas depressivos, comorbidades relacionadas à obesidade e possibilidade de desenvolvimento de efeitos colaterais. Os agentes farmacológicos ajudam a aumentar a adesão ao tratamento para obesidade, mas só há justificativa se associado a mudanças de estilo de vida e orientação nutricional.

A obesidade, segundo a ABESO (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica) (2020), é definida como “excesso de peso proveniente do acúmulo de gordura corporal, caracterizada por índice de massa corporal ou IMC igual ou acima de 30 kg/m²”, sendo considerada uma doença crônica que pode causar comorbidades, pois a gordura corporal excessiva provoca um estado inflamatório constante. O critério de definição mais utilizado é o Índice de Massa Corporal (IMC), parâmetro que classifica o nível de obesidade do indivíduo. Além disso, deve-se levar em consideração a distribuição de adiposidade corporal, onde o excesso de gordura localizada na região abdominal está associado a maiores prejuízos ao coração e vasos sanguíneos (SOUZA; GUEDES; BENCHIMOL, 2015).

Além das comorbidades médicas, a obesidade pode ocasionar comorbidades relacionadas com a saúde mental. Em estudo feito por Casassa e Onofrio (2011), “A obesidade em perspectiva vital: relatos clínicos de problemas crônicos”, as autoras constataram, em consultas realizadas com pacientes com sobrepeso ou obesidade, os seguintes diagnósticos relacionados:

- 55% dos pacientes sofriam de transtornos depressivos, que acabaram ocasionando transtorno de compulsão alimentar em 50% dos casos;
- 25% sofriam de Transtorno Afetivo Bipolar;
- 5% eram essencialmente impulsivos;
- 10% sofriam com Transtorno de Personalidade.

A obesidade é uma doença, e como tal deve ser tratada. Compreender os aspectos fisiológicos e psicológicos é de fundamental importância para entender e tratar os pacientes. Supervalorizar alguns aspectos em detrimento de outros dificulta a procura por tratamento que englobe os diversos fatores envolvidos na etiologia e manutenção da obesidade (PINTO; THEODORO, 2015).

De acordo com Benedetti (2015c), a origem da obesidade parece estar sempre atribuída ao próprio obeso, sendo assim “a obesidade não seria uma doença medicamente validada que conferiria a seu portador a possibilidade de usufruir das possíveis vantagens de ser doente, ao contrário, seria uma condição ensejada pelo próprio obeso”. É preciso pensar na obesidade como uma doença produzida historicamente. A autora afirma que há um conjunto de crenças e valores que constrói o conceito de obesidade, o adoecimento é entendido como consequência de descontrole do indivíduo em relação ao meio que está inserido, ao obeso é conferido a responsabilidade por seu peso excessivo. Desta forma, conforme mencionado acima, a obesidade produz preconceito social. A literatura afirma que as oportunidades de emprego são

menores, têm piores salários e menor probabilidade de casamento para quem está acima do peso.

Para Stanley Rosner (2016), a obesidade está correlacionada à imagem do corpo e de si mesmo. Mas há algo mais que a imagem, parte do conflito está na necessidade de comando. Fazer dieta contradiz o desejo intrínseco de ser livre, é algo experimentado como uma força externa, como se fosse uma figura de autoridade lhe dizendo o que fazer. Esses sujeitos não estão felizes com sua condição de obeso, sabem que prejudicam sua saúde, porém, até que possam assumir a obesidade como suas, vão permanecer lutando contra a submissão das dietas. Pessoas que sofrem com a obesidade estão buscando satisfazer suas necessidades, mas acabam frustradas, pois suas necessidades dificilmente serão satisfeitas com a alimentação em excesso.

Nos casos de obesidade onde ocorre o fracasso sucessivo de tratamentos que utilizam dietas, atividades físicas, medicamentos e psicoterapia, é indicado o tratamento cirúrgico, levando em consideração que a obesidade mórbida expõe os pacientes a consequências mais graves, como a alta frequência de comorbidades, aumento de taxa de mortalidade e piora da qualidade de vida (GARRIDO JÚNIOR *et al.*, 2015). A cirurgia bariátrica é uma alternativa interessante quando a estatística de resultados de emagrecimento por outros métodos é desalentadora. Na obesidade grave aparecem sequelas que dificultam a vida do paciente, como dores articulares ao caminhar, dificuldades em respirar e dormir, problemas cardiovasculares entre outros. Nesses casos, os benefícios colhidos após a intervenção cirúrgica de redução de estômago são inúmeros e justificam o procedimento (ARENALES-LOLI, 2017).

A cirurgia bariátrica deve ser considerada em suas várias dimensões, onde para obter os resultados almejados é indispensável que o paciente participe ativamente, comprometendo-se com o tratamento desde o pós-operatório imediato. Neste ponto, o papel da equipe, e principalmente do psicólogo, se faz necessária para estimular a necessidade de mudança (COSTA *et al.*, 2020; FREITAS JR; TAHA, 2015).

Segundo Zancaner (2011), o obeso precisa ser compreendido de forma integrada, pois ele carrega em sua história “o peso da obesidade”, cansado da sua trajetória e buscando melhora na qualidade de vida, submete-se à cirurgia bariátrica, “onde talvez o período mais complexo de todo o processo seja enfrentar as consequências da sua escolha” (ZANCANER, 2011, p. 29).

3 CIRURGIA BARIÁTRICA

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2020) define cirurgia bariátrica e metabólica como sendo a cirurgia da obesidade que “reúne técnicas com

respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade mórbida e ou obesidade grave e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele”.

A cirurgia bariátrica teve sua origem na década de 1950, onde foram realizadas intervenções que criavam má absorção nas síndromes hiperlipidêmicas graves. Na década de 1970 foram realizados desvios jejunoileais, mas que resultavam em complicações metabólicas graves. Somente depois disso que outras técnicas mais seguras e com menos mortalidade foram desenvolvidas (ILIAS; MATTOS, 2015).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2020), foram realizadas em 2018 um total de 63.969 cirurgias bariátricas no Brasil. Apesar de alto, o número representa 0,47% da população obesa em condições de fazer o procedimento no país, ou seja, com índice de massa corporal acima de 35 kg/m².

De acordo Berti *et al.* (2015), para preencher os critérios para realização de tratamento cirúrgico da obesidade os pacientes devem ter índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 40 kg/m², ou ainda índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 35 kg/m² que apresentam comorbidade relacionada com a obesidade. Em ambos os casos, os pacientes devem ter falhado no tratamento clínico realizado anteriormente. Inicialmente, os pacientes deveriam ter até 65 anos, mas atualmente o procedimento pode ser realizado em idosos com idade superior, bem como em jovens entre 16 e 18 anos, desde que precedida uma análise individual e avaliado os riscos.

A pesquisa realizada por Schakarowski *et al.* (2018), aponta que existe variação de percepção de risco da cirurgia bariátrica e comorbidades entre homens e mulheres. Os homens buscam tratamento para a obesidade em um estágio mais avançado da doença, estando menos saudáveis quando submetidos à cirurgia. Por outro lado, as mulheres procuram tratamento em estágios menos avançados, muito provavelmente porque têm preocupação com o padrão estético social. Os homens estão mais preocupados com risco de doenças cardíacas associadas à obesidade comparado às mulheres, e, ainda, 60% dos homens apresentam maior percepção de risco de morte em função das complicações da cirurgia.

O cirurgião deve esclarecer ao paciente e familiares que a cirurgia bariátrica oferece riscos, e além do critério de peso corporal e comorbidades, outros critérios devem ser levados em consideração para a indicação da cirurgia, como a estabilidade psiquiátrica, atitude motivada e capacidade de compreensão da natureza da operação e mudanças que ocorrerão no estilo de vida (ILIAS; MATTOS, 2015). O tratamento cirúrgico da obesidade possui risco intermediário, a mortalidade hospitalar é de 0,1 a 0,2%, onde complicações pulmonares ocorrem em uma

frequência de 4 a 7% e complicações cardíacas entre 1 e 1,04% dos pacientes (CERCATO; MANCINI, 2015).

Inicialmente, o obeso deve verificar se preenche os critérios para realizar o tratamento cirúrgico, como idade, índice de massa corporal (IMC) e histórico de doenças (LEVY, 2018). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2020), o pré-operatório visa a trazer mais segurança e resultados para a cirurgia bariátrica e metabólica. O paciente realiza uma série de exames e consulta com profissionais obrigatórios: cirurgião, cardiologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista.

A avaliação psicológica tem papel importante na fase pré-operatória, onde o psicólogo vai levantar algumas informações e aplicar testes psicológicos, esclarecer dúvidas e eliminar inseguranças. A cirurgia da obesidade não se restringe a uma intervenção médica, as sessões com o psicólogo auxiliam o paciente a compreender os impactos do tratamento na sua vida emocional e afetiva (COSTA *et al.*, 2020).

O paciente, após ser submetido a intervenção cirúrgica, passa por algumas fases no pós-operatório. Conforme Zancaner (2011), no pós-operatório imediato, que compreende o período da sala de recuperação até a alta hospitalar, acontece a primeira vivência de dor, náuseas e desconforto físico, que podem ocasionar alguma agitação e temor ao paciente, que não raro tem como reação inicial o arrependimento à cirurgia. A equipe de saúde, incluindo o psicólogo, atua para promover uma rápida recuperação funcional no intuito de diminuir a internação no hospital. No pós-operatório imediato, os pacientes permanecem em jejum e testes são feitos para assegurar que os canais entre estômago e intestino estão íntegros. É nessa fase que podem ocorrer as principais complicações em decorrência da cirurgia, justificando a permanência do paciente internado por um período de 2 a 5 dias, podendo variar conforme a sua evolução (COSTA *et al.*, 2020).

De acordo com a experiência de Andrea Levy (2018), alguns pacientes relatam que o primeiro mês pós-operatório é um período mais fácil, pois não sentem fome e a sensação de saciedade causa “estranhamento e encantamento”, porque não parece real saciar-se com tão pouca comida. Outros pacientes sofrem muito com a privação inicial, sentem falta da mastigação, e têm dificuldades nesse primeiro período, chegando até mesmo a se arrepender da cirurgia.

Após a cirurgia bariátrica, Magdaleno Júnior (2011, p. 115) destaca:

A alimentação, que era anteriormente vivida como prazer incondicional, passa a ser um problema a ser enfrentado: o alimento “não desce bem”, “enrosca”, “fica parado”, muitas vezes provoca vômito, *dumping*. O prazer em comer diminui muito. Até o

momento da cirurgia, por mais que tenham sido orientados e esclarecidos quanto às dificuldades, muitos guardam a certeza de resolverem seus problemas a partir da cirurgia.

A perda de peso atinge a estabilidade, em média, 18 meses após a cirurgia, nessa época acontece geralmente a perda máxima, podendo chegar a 80% do excesso de peso. O tratamento cirúrgico da obesidade é considerado bem-sucedido se o paciente houver perdido, no mínimo, até 50% do excesso de peso e deixado de ser obeso mórbido. Entre 2 e 5 anos após a intervenção é considerado natural um reganho de 10% do peso ponderal (ABESO, 2016).

De acordo com Luciana Theodoro (2015), “[...] mesmo pacientes que não conseguiram um controle alimentar absoluto alcançam perdas de peso significativas (em média 70% do excesso de peso) nos primeiros 24 meses de submissão à cirurgia”. A evolução da perda de peso segue um padrão onde os pacientes chegam a um peso mínimo, geralmente, entre 18 e 24 meses após o procedimento. Uma parcela dos pacientes recupera até 10% (dez por cento) do peso após atingir o peso mínimo e, posteriormente, o estabiliza. Em outros casos o ganho de peso pode ultrapassar essa porcentagem, o que exige uma atenção especial da equipe médica. Após o período inicial de emagrecimento, em função da cirurgia, se não houver mudança no estilo de vida e comportamento alimentar que promova a manutenção do peso baixo, poderá haver reganho de peso.

É importante auxiliar o paciente a lidar com sua nova imagem, o que implica no luto do antigo corpo. Para algumas pessoas será tranquilo, algumas descobrem com prazer a prática de novos hábitos, porém, para outras, o processo é mais difícil, desencadeando um temor frente a situações desconhecidas. Muitas vezes o fantasma do reganho de peso, associado com a nova imagem corporal, pode desenvolver mecanismo de controle alimentar disfuncional (AKAMINE; BENEDETTI, 2015; ARENALES-LOLI, 2017).

De acordo com Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2011), as cirurgias de obesidade não são condição suficiente para garantir uma melhora do funcionamento psicossocial dos pacientes, mas têm importante contribuição para os indivíduos submetidos a ela, e os profissionais da saúde devem estar atentos para potencializar esses resultados.

4 OBESIDADE COMO SINTOMA DO ESTADO EMOCIONAL

A hipótese de a obesidade ser um sintoma de distúrbio emocional foi discutida pela primeira vez na literatura francesa no século XIX, quando se pensou na possibilidade do excesso de peso desenvolver-se em função de grande estresse emocional. As duas grandes

guerras mundiais também colaboraram nas suposições de relação entre o desenvolvimento da obesidade e aspectos emocionais. Pesquisadores observaram que mulheres que presenciaram bombardeios e que passaram por perdas de entes queridos, e prisioneiros de guerra que quando retornaram sofreram desilusões amorosas, tiveram uma elevação de peso que aconteceu de forma rápida, o que não podia ser explicado apenas pelo aumento de ingestão calórica. Nessa época, tornou-se comum utilizar a expressão “gordo de tristeza” (ARENALES-LOLI, 2000).

Ser obeso é estar imerso em uma rede de crenças e valores que criam um mundo de possibilidades e vantagens que a situação de obesidade oferece ou deixa de oferecer. De certa forma, essa rede de valores gera ao obeso um quadro de referências que permite elaborar quem ele é, como deve comporta-se e sentir-se em um mundo que não valoriza corpos com tais dimensões. A forma de emagrecimento acelerada promovida pelo tratamento cirúrgico da obesidade transforma o corpo do obeso em magro em um curto período de tempo, criando uma nova realidade, onde o quadro de referências anterior não serve mais (BENEDETTI, 2011).

A questão que faz pensar é que quando o sujeito utiliza o comer demasiado para modular suas angústias emocionais, o que fará esse sujeito com a retirada, por intervenção cirúrgica, deste recurso tão importante? Os pacientes relatam o “comer de raiva”, “comer quando está frustrado” e várias outras angústias que encontram no comer em excesso um recurso para lidar com suas emoções. A obesidade manifesta-se como proteção ao indivíduo, uma defesa que apoia sua sobrevivência (ARENALIS-LOLI, 2017).

Magdaleno Jr., Chaim e Turato (2009) verificaram em atendimentos psicológicos de indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica que, em um primeiro momento, quando a perda de peso acontece rápida e visível, a maioria dos pacientes tem a sensação de “triumfar” sobre a condição de obeso, como se todos os problemas tivessem sido solucionados. Essa primeira fase é definida pela equipe médica como “lua de mel”. Contudo, quando esse período vai se finalizando, vão aparecendo sentimentos de angústia, vazio e a sensação de algo faltando. A ameaça surge quando o peso está em fase de estabilização, o medo de voltar a engordar, mesmo com a intervenção, reaparece – decorridos um ano ou mais da cirurgia – é nesse momento que o sintoma obesidade, impedido pela cirurgia, começa a buscar novas vias de expressão. Os autores afirmam que a obesidade vivida pelos pacientes como um grande problema é, no final, uma resposta. Depois da cirurgia todo o sistema defensivo, mantido em torno da alimentação e obesidade, fica impedido. Se o sujeito não encontra soluções para suas angústias, através de outros meios, poderá deixar aberto inúmeros canais patológicos, ficando suscetível às complicações emocionais e psiquiátricas (MAGDALENO JR.; CHAIM; TURATO, 2009).

Pacientes que já alcançaram o peso saudável, após a cirurgia, relatam que continuam com a sensação de estarem acima do peso, e isso é fator determinante para o desenvolvimento de comportamentos de perda de peso não saudável. Muitas vezes, essa sensação de “sentir-se gordo”, associada com alterações de imagem corporal, levam os pacientes a desenvolverem mecanismo de controle alimentar disfuncional, com a finalidade de prevenir aumento de peso. O desenvolvimento de transtornos alimentares como anorexia e bulimia não é comum, mas podem acontecer, sendo o diagnóstico precoce muito importante (AKAMINE; BENEDETTI, 2015).

Estudos demonstram a relação entre transtornos psiquiátricos e psicológicos e a dificuldade em manter a perda de peso no pós-operatório tardio dos pacientes bariátricos (LUPPINO *et al.*, 2010 *apud* THEODORO, 2015). Pacientes operados relatam situações que têm o stress como ponto de intersecção, como a ansiedade, depressão, vivência de luto, tristeza, sensação de abandono, dentre outros sentimentos, e como solução para aliviar essas angústias encontram a ingestão de alimentos em excesso (THEODORO, 2015).

O estudo realizado por Cremasco e Ribeiro (2017) procura entender o sofrimento psíquico relacionado com a obesidade, apresentando a importância de compreendê-la como a expressão de uma angústia que acaba por desenvolver outras doenças e psicopatologias. As autoras comentam que nem sempre esse sofrimento é resolvido com a realização da cirurgia bariátrica. A obesidade é uma tentativa de expressão manifestada pelo comer excessivo e apresenta grande resistência a dietas alimentares, o que frequentemente o obeso entende como fome pode ser uma pulsão erroneamente interpretada. O ato de comer não simboliza uma necessidade nutricional, nem mesmo significa prazer, mas sim, registra a necessidade de sobrevivência psíquica, uma tentativa de diminuir o nível de tensão do aparelho psíquico.

Segundo Benedetti e Theodoro (2015), em sua obra *Depois de Magro*:

São muitos os fatores que levam ao desenvolvimento da obesidade. Tais fatores, interligados ao longo de toda uma vida, formam uma trama de tamanha complexidade que seria ingênuo imaginar que a mutilação de um estômago sadio mediante uma intervenção cirúrgica pontual fosse capaz de desconstruí-la e de premiar aquele que por anos conviveu com uma doença altamente debilitante com um corpo menor, mais aceito socialmente e com menos risco de sucumbir diante de doenças associadas à obesidade.

A substituição do sintoma da obesidade por outro sintoma emocional é um assunto debatido no pós-cirúrgico da cirurgia bariátrica. De acordo com Arenales-Loli (2017, p. 73), estas substituições “devem ser criteriosamente avaliadas, para se afirmar que são referentes a uma ‘substituição de sintoma’ exclusivamente motivada pela cirurgia da obesidade”. É comum

pacientes que, por exemplo, no passado atuaram de modo compulsivo no trabalho, e, em momentos de sofrimento, desencadearam posteriormente compulsão por compras ou que bebiam “socialmente”, ou seja, quadros de reincidência de compulsão podem surgir em momentos de vulnerabilidade, independente de cirurgia bariátrica ou não.

É preciso analisar as questões subjetivas dos pacientes submetidos à cirurgia da obesidade, avaliando a personalidade, compulsões e reações emocionais em diferentes momentos da vida, bem como a sua história psiquiátrica pregressa, pois esses fatores são relevantes no pós-operatório do procedimento cirúrgico. Pessoas que possuem em sua história episódios depressivos, ansiosos, compulsivos e alcoolismo, poderão desenvolver tais comportamentos no futuro, na maioria das vezes, quando ocorre o deslocamento desses sintomas na cirurgia bariátrica, pois esses comportamentos já eram preexistentes (DONZELLI, 2011). De acordo com a Donzelli (2011, p. 247), “temos comprovado que todas as pessoas que fizeram substituição do ato de comer para outro, esse outro já fez parte de sua vida em alguma fase ou o fator hereditário é presente”, como alcoolismo e depressão.

Muitos pacientes possuem expectativas irreais e fantasiosas em relação aos resultados da cirurgia bariátrica. Arenales-Loli (2017) relata que pacientes esperavam, após a cirurgia, adquirir corpos de “novela”, e que se sentiram frustradas com a constatação que adquiriram apenas um corpo de “gordinha”. Em alguns pacientes os projetos de ordem pessoal ficam vinculados ao corpo magro, e outros têm expectativas de que resolverão conflitos afetivos-sexuais e acabam decepcionados com o desfecho da intervenção. Realizar o procedimento com tantas fantasias pode acarretar um grande sofrimento, a cirurgia pode proporcionar uma melhora até a dimensão que corresponde ao que o corpo obeso produz no indivíduo, a parte que não está relacionada com esta dimensão não será modificada.

Conforme Magdaleno Junior (2011), o obeso utiliza a comida como meio de suprir as necessidades emocionais. O impulso alimentar continua presente mesmo depois da cirurgia, a busca pelo comer exagerado diminui em função das restrições anatômicas, mas o paciente deve reaprender a conviver com seus impulsos sem ter que ingerir grande quantidade de comida. O mesmo autor afirma que se não houver um manejo psicossocial que possibilite mudanças que sustentem essa transformação, poderá haver o aparecimento de novos sintomas.

Segundo Arenales-Loli (2000, p. 21), em sua obra “Obesidade como sintoma”, analisando atendimento com pacientes obesas: “a queixa principal que as mobilizou na busca de tratamento, como questões relativas à insatisfação com a própria obesidade, o desejo de emagrecer, as dificuldades diante dessa meta, dificilmente surgia no processo psicoterápico”. Geralmente, o que mobiliza a busca pelo tratamento psicológico é a dor, física ou psíquica, mas

nessas pacientes a questão do peso corporal, motivo pelo qual buscavam psicoterapia, tornou-se um problema “intocável”. Sendo que evitar fatos dolorosos é algo intrínseco à dinâmica intrapsíquica, a ausência de menção desses fatos nas sessões de atendimento chamou a atenção da autora, pois sempre que se aproximava de questões sobre o corpo e obesidade sentia uma intranquilidade nas pacientes. Pessoas assim não simbolizam emoções, substituindo a vivência emocional por algo concreto, como o hábito de comer em excesso (ARENALES-LOLI, 2000).

A comida e afeto se combinam desde o início da vida, quando a mãe amamenta seu bebê e não serve apenas para suprir as necessidades biológicas, mas, também, como resposta a tensões emocionais. O ato de alimentar pode ser visto como gratificação substituta, como compensação, já a falta do alimento pode ser entendida como abandono e rejeição. Comer em excesso pode ser um mecanismo de defesa para aplacar uma angústia ou sentimentos de inadequação pessoal (MATOS, 2006).

Segundo McDougall (2013, p. 107), em sua obra *Teatros do Corpo*:

Todos somos capazes de descarregar nossas tensões através da ação quando as circunstâncias são particularmente geradoras de *stress* (comemos, bebemos, fumamos mais do que o hábito). Mas aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental (quando a reflexão e elaboração mental seriam mais adequadas), correm o risco de ver a vulnerabilidade psicossomática aumentar.

Conforme a autora, a emoção é, essencialmente, psicossomática, em alguns indivíduos a vivência afetiva escapa à consideração, esforçando-se para “dispersar” as vivências emocionais sob a forma de ação. McDougall (2013), observou uma maneira particular dos pacientes psicossomáticos lidarem com os afetos, eles agiam com “desafetação”, ou seja, comportavam-se como se seus afetos não existissem. Dessa forma, compensavam a falta de simbolização no agir compulsivo, sentindo uma vontade irrefreável de uso abusivo de alimentos, medicamentos, fumo, álcool, entre outros.

5 MÉTODO

Conforme os objetivos propostos, o presente estudo classifica-se como uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, com delineamento de um estudo de campo. Segundo Gil (2018), as pesquisas exploratórias têm como intenção “proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. Desta forma, esta pesquisa busca identificar quais emoções e sentimentos as pessoas que realizaram cirurgia

bariátrica enfrentaram na fase de estabilização de peso, bem como, se houve conflitos e angústias nesse período.

A pesquisa é de natureza qualitativa, onde busca o conhecimento de um fenômeno psicológico, ou seja, identificar os aspectos psicológicos e emocionais que pessoas submetidas à cirurgia bariátrica vivenciam na fase da estabilização de peso, e quais as estratégias utilizadas para atravessar essa fase.

5.1 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram pessoas que realizaram cirurgia bariátrica há mais de 02 (dois) anos, portanto, já passaram pela fase de perda acelerada de peso em função do procedimento. Foram entrevistadas, para este estudo, 06 (seis) mulheres, maiores de 18 (dezoito) anos, residentes na região da AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna). A participação foi de modo voluntário e o contato foi realizado através das redes sociais, Instagram e WhatsApp.

5.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do projeto, pelo Conselho de Ética em Pesquisa, a pesquisadora divulgou a pesquisa através de mensagens de texto, via WhatsApp e rede social Instagram. Posteriormente, quando as pessoas demonstraram interesse em participar, a pesquisadora entrou em contato e enviou, através de WhatsApp, o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por documento Google Forms. As participantes realizaram o aceite de forma virtual, através do Google Forms, no qual foi considerado a assinatura do TCLE.

O processo de coleta de dados foi realizado de forma virtual, os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, contendo questões que visavam contemplar os objetivos propostos na presente pesquisa. As entrevistas foram registradas em gravações de áudio, através de um gravador complementar à ligação, e transcritas para o papel, de acordo com prévia autorização do participante.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Como se trata de pesquisa envolvendo seres humanos, cabe ressaltar que a mesma estará de acordo com as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, sob o parecer de número 4.569.521.

A cada participante foi explicado a conduta ética, a preservação de identidade e o sigilo das informações e orientações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.4 ANÁLISE DE DADOS

A técnica escolhida para analisar os dados foi a análise das práticas discursivas, que visa a dar maior proximidade sobre a produção de sentido através do discurso. “Podemos definir, assim, práticas discursivas como linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK; MEDRADO, 1999, p. 45).

A pesquisa dessa natureza sempre convida o participante para a produção de sentido, que é produzida e analisada a partir da linguagem. No discurso do sujeito é possível identificar sentidos, levando-nos a entender como estabelece pontos de sua conduta social. Deste modo, percebe-se os conteúdos que são produzidos para se fazer uma interpretação. Nessa interpretação do discurso do sujeito, encontram-se os sentidos, que dizem muito sobre como ele pensa e age, ou seja, sua prática discursiva (SPINK; MEDRADO, 1999).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização da pesquisa foi utilizada uma entrevista semiestruturada, e as perguntas foram baseadas nos objetivos específicos. Participaram desta pesquisa 06 (seis) mulheres, maiores de 18 (dezoito) anos, residentes na região da AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna). As entrevistadas já haviam realizado a cirurgia bariátrica há mais de 02 (dois) anos.

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Entrevistada	Idade	Há quanto tempo fez a cirurgia?	Motivo da cirurgia
E1	27 anos	04 anos	Obesidade
E2	41 anos	02 anos e meio	Obesidade
E3	36 anos	11 anos	Obesidade
E4	34 anos	15 anos	Obesidade

E5	44 anos	06 anos	Problemas de coluna
E6	58 anos	02 anos	Problemas de coluna

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

6.1 EMOÇÕES E SENTIMENTOS NA FASE DE ESTABILIZAÇÃO DE PESO

A fase de estabilização de peso, segundo Magdaleno Jr., Chaim e Turato (2009), acontece quando cessa a fase de emagrecimento acelerado em função da cirurgia bariátrica. Segundo Luciana Theodoro (2015), os pacientes chegam ao peso mínimo entre 18 e 24 meses após o procedimento cirúrgico, e é comum o reganho de algum peso nesse período, sendo de aproximadamente 10% (dez por cento) do peso perdido, em decorrência de adequação de novos hábitos, e depois, ele se estabiliza.

Pensando sobre todo o processo que envolveu, desde a decisão da cirurgia até a fase de estabilização do peso, o período mais importante para as participantes é a fase de emagrecimento pós-cirurgia bariátrica, independente de terem se passado 02 ou 10 anos do procedimento, é sobre a perda de peso que elas falam. Aliás, é possível pensar que o fantasma do peso ainda assombra o imaginário dessas mulheres, pois, mesmo com as dificuldades do pós-cirúrgico e restrição alimentar, a felicidade gerada nesse período, com a mudança do corpo, é considerada a grande realização.

“Essa fase de perder peso é maravilhosa, nos primeiros dois anos tudo acontece, a gente vai pesando e vai vendo o que *tá* acontecendo e que *tá* perdendo peso, *vai empolgando [sic]*” (E1).

“Emagreci 60kg, fiz abdominoplastia, ali *tu começa* a mudar os hábitos, *tu começa* a te ver bem, tua autoestima vai lá em cima” [*sic*] (E4).

Esse período de emagrecimento é conhecido pelos médicos como fase da “lua de mel” da cirurgia bariátrica. E não é à toa que ganha esse nome, pois parece não haver mais dificuldade e nem adversidades da vida que não possam ser enfrentadas por esse idealismo que criam em relação ao corpo magro. As entrevistadas revelaram sentimentos como prazer e poder, proporcionado pela perda de peso rápida. Segundo Magdaleno Jr., Chaim e Turato (2009), indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, em um primeiro momento, quando a perda de peso acontece rápida e visível, têm a sensação de “triunfar” sobre a condição de obeso, como se todos os problemas tivessem sido solucionados.

De acordo com Maria Salete Arenales-Loli (2017), o indivíduo que se submete à cirurgia bariátrica não emagrecerá exclusivamente pela intervenção cirúrgica, cabe ao paciente

um papel ativo para que o resultado desejado seja alcançado. Ainda, segundo Benedetti (2011), “emagrecer significa mudar e mudar implica enfrentar situações novas e desconhecidas, sejam elas de origem internas ou externas”. Fato esse que parece, em um certo momento, desconsiderado pelas participantes, pois, esse triunfo mencionado acima, é percebido como quase milagroso, sem requerer encarar suas feridas emocionais e as dificuldades que circundaram a perda de peso. Como se por um passe de mágica a vida, que era insatisfatória, ganhasse novos sentidos e significados.

Fica perceptível que, neste período de emagrecimento, a autoestima é recuperada e as participantes se dizem motivadas, com a promessa de que a vida vai, enfim, acontecer. A expectativa em relação à mudança vai além da imagem corporal, se estende para a vida amorosa e trabalho. Se o corpo magro vem como que por mágica, o bem-estar também vem com o encanto:

“A cirurgia trouxe autoconfiança, leveza, felicidade, segurança, *acreditar* que as coisas vão dar certo, saber que eu posso fazer as coisas” [*sic*] (E2).

“Eu emagreci, *eu me* achava a rainha da cocada preta” [*sic*] (E4).

Como se a gordura do corpo anterior fosse o abrigo da infelicidade. O que essas mulheres talvez não se deem conta é que a infelicidade do corpo obeso, em algum momento e por alguma razão, foi escolha delas próprias. Então, a gordura tão acusada de ser a promotora da desgraça, das rejeições amorosas, do fracasso profissional, talvez fosse, na verdade, um esconderijo secreto, que teve a capacidade de esconder delas mesmas.

O olhar desta pesquisa incide sobre a fase de estabilização, em que a resposta do corpo já não depende mais dos efeitos da cirurgia. A preocupação com o peso retorna nesse período, onde já não existe mais o rápido emagrecimento. O medo do reganho aparece na fala de todas as entrevistadas, elas não se sentem seguras de que nunca mais sofrerão com o excesso de peso. Magdaleno Jr., Chaim, Turato (2009) afirmam que a ameaça surge quando o peso está em fase de estabilização, o medo de voltar a engordar reaparece – decorridos um ano ou mais da cirurgia – é nesse momento que o sintoma obesidade, impedido pela cirurgia, começa a buscar novas vias de expressão. Pois, está-se partindo da premissa que, em sua maioria, a obesidade se apresenta como um sintoma da ordem emocional desse sujeito, que se encontra atravessado por alguma dificuldade. Como nos processos compulsivos de qualquer natureza é possível um deslocamento.

“*Eu tenho* sempre essa preocupação de voltar a engordar, o meu maior medo era saber se o meu estômago tinha aumentado, tenho medo de entrar numa curva ascendente de novo” [*sic*] (E2).

“Quando *sobe* na balança e vê que não emagreci, parece que eu fico assim: será que vou engordar de novo? Dá uma sensação assim. Eu gosto de me pesar todos os dias, eu comprei duas balanças” [*sic*] (E6).

Como dito anteriormente, a perda de peso não parece real, o processo, até a fase de estabilização, aparentou ser fácil demais e surge a ameaça de voltar a engordar, justamente por não ter havido nenhuma elaboração psíquica do porquê que chegaram ao excesso de peso, de antes da cirurgia. Como as participantes já haviam feito tanto e conseguido tão pouco sucesso nas dietas passadas, agora a conquista de resultados, nunca antes alcançados, parece ser algo suspeito. É difícil compreenderem que a obesidade pode estar associada a padrões compulsivos e impulsivos, cuja origem não está na obesidade em si.

Esses aspectos ficam visíveis à medida que se pode perceber que projetos pessoais ficam interligados ao corpo magro, a cirurgia é realizada com a expectativa de que a vida de fato vai melhorar em todos os sentidos. Como foi possível verificar, algumas participantes resolveram seus relacionamentos amorosos e profissionais após a cirurgia. Acontece que essas mudanças estão, também, relacionadas com o olhar mais carinhoso para suas vidas e para si próprias, algo que funciona como uma autorização para viver melhor, o que não se permitiam quando tinham corpos acima do peso.

Do ponto de vista da clínica médica, nos casos de obesidade, onde ocorre o fracasso sucessivo de tratamentos que utilizam dietas, atividades físicas, medicamentos e psicoterapia, é indicado o tratamento cirúrgico, levando em consideração que a obesidade mórbida expõe os pacientes a consequências mais graves, como comorbidades, aumento de taxa de mortalidade e piora da qualidade de vida (GARRIDO JÚNIOR *et al.*, 2015). Dessa forma, a cirurgia bariátrica é uma alternativa interessante quando a estatística de resultados de emagrecimento por outros métodos é desalentadora. O fato de engordar, tentar perder peso, e falir sucessivas vezes, causa desgaste psicológico na vida dessas mulheres, e a intervenção vem como sendo a chance derradeira para a obesidade.

Por outro lado, é preciso lembrar que mesmo em casos de sucesso no emagrecimento e manutenção do peso após a cirurgia, algumas pessoas deslocam a compulsão que antes era alimentar. A própria distorção da imagem corporal pode ser um indicativo disso. Chamou atenção da pesquisadora a dificuldade na percepção do corpo mais magro:

“Muitas vezes, *eu cheguei* a ir comprar uma roupa e pedir um tamanho bem maior do que eu era. E o medo de pegar uma roupa menor e não servir, passar por aquela situação de quando era gordinha” [*sic*] (E1)

“Foi mais perceptível nas roupas, assim, porque me olhar no espelho e me achar magra *foi faz* pouco tempo. Eu percebi que eu *tava* magra com as roupas, porque eu comecei a usar roupas da minha filha” [*sic*] (E2).

As falas acima demonstram que é necessário um fator externo, como o caso de comprar roupas e a surpresa de vestir tamanhos menores para comprovar o fator interno de emagrecimento do corpo. Conforme Akamine e Benedetti (2015), pacientes que já alcançaram o peso saudável após a cirurgia revelam que continuam com a sensação de estarem acima do peso. Não existe ainda uma conexão das participantes com seu corpo, elas eram obesas, de repente se viram magras, mas mente e corpo ainda não estão em sintonia.

De acordo com Arenales-Loli (2017), a construção do corpo obeso não se dá da noite para o dia, até se atingir o Grau III de obesidade há uma infinidade de escolhas de vida. Os pacientes obesos parecem ter um jeito de lidar com a própria vida, sem tempo para dar muita atenção ao corpo físico antes da bariátrica. Acontece que a cirurgia pode apenas interferir no plano alimentar desse paciente, na parte corporal, mas não solucionará o modo como eles lidam com a vida. Por essa razão, a autora afirma a importância de acompanhamento psicoterapêutico após a cirurgia bariátrica, para desmistificar o que é real e o que a cirurgia poderá proporcionar, e o que não é real, que a cirurgia não poderá resolver.

Algumas participantes comentaram que se reconheceram depois do emagrecimento, pois eram crianças magras, recuperando esse contato, outras, que foram crianças obesas, demoraram mais para estabelecer essa ligação com o corpo. Neste sentido, podemos pensar algo que circunda a própria qualificação do corpo, ou o chamado corpo em cena, que, neste caso, se expressa pelo apagamento do próprio corpo. Um corpo apagado e renunciado no próprio processo da obesidade, de repente essas pessoas se percebem obesas, sem se darem conta que a obesidade se instala de forma lenta e progressiva. O mesmo apagamento que faz com que não reconheçam seu corpo agora magro. Aqui ressaltamos um dos aspectos centrais de porque é tão importante o acompanhamento psicológico antes e depois do procedimento cirúrgico.

6.2 ANGÚSTIAS E CONFLITOS VIVIDOS PELAS PESSOAS APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

O sofrimento emocional que é atribuído à obesidade e às diversas tentativas falidas de emagrecimento por outros métodos são os motivos que levaram as entrevistadas a recorrerem à cirurgia da obesidade. Mesmo quando outros fatores se interpõem, como dores na coluna ou outras comorbidades agravadas, o sofrimento emocional está sempre presente:

“Sempre tinha sido gordinha desde criança, e eu sofria muito com isso, sofria, era dieta sempre, sempre acima do peso, muito ansiosa, e chegou a um ponto que eu já tinha desistido, de tudo” [*sic*] (E3).

“Eu passei a infância toda obesa, não foi uma infância fácil e não foi uma adolescência fácil” [*sic*] (E4).

Ao ouvir essas mulheres, é possível inferir que nenhuma doença ou dor fere mais do que a obesidade, pois as discriminações e rejeições sofridas no decorrer da vida fazem com que elas decidam se submeter a um procedimento que mutila um órgão saudável, mas traz a esperança de viver em paz com o seu corpo. Não é uma decisão fácil. Uma entrevistada, inclusive, diz que teve a sensação de assinar seu fracasso quando resolveu realizar o procedimento, como se admitisse a incapacidade de dar conta do problema sozinha.

Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2011) afirmam que apesar das cirurgias de obesidade não serem condição suficiente para garantir uma melhora do funcionamento psicossocial dos pacientes, é inquestionável a importante contribuição que constituem os indivíduos submetidos a ela. A obesidade ainda é um tabu, a gordofobia ainda está presente numa parcela expressiva da população, os obesos continuam sendo vítimas de bullying na escola e no trabalho. O corpo gordo ainda parece ser uma ofensa social, principalmente em épocas de enaltecimento da imagem como a que vivemos. E sobre a mulher, esse peso é ainda maior. De acordo com Magdaleno Jr. (2011), após a cirurgia bariátrica há uma expectativa dessas pessoas de encontrarem um novo lugar dentro do contexto social, um lugar de aceitação e admiração pelos outros e por si mesmas. É justamente essa esperança, de não sofrer mais o estigma de ser gorda, que encoraja as mulheres a realizarem a cirurgia. A atitude da sociedade, frente às pessoas que sofrem de obesidade, são depreciativas, e fica claro nas falas das entrevistadas que causam marcas psíquicas que por vezes resultam em traumas. Conforme Arenales-Loli (2017), esse sentimento de impotência e isolamento social é amenizado após o emagrecimento, mas a cirurgia só poderá caminhar até a dimensão que corresponde ao corpo obeso, o que corresponde as características de estrutura do indivíduo não serão atendidas pelo procedimento.

Uma das entrevistadas, que havia realizado o procedimento há um pouco mais de dois anos, diz que tudo que não estava legal em sua vida tinha a ver com o seu sobrepeso, ela não tinha relacionamentos amorosos, estava estagnada na profissão, e que tudo foi resolvido após a cirurgia. Chama atenção a fantasia criada de que a cirurgia bariátrica resolve todos os problemas, e a culpa atribuída à obesidade pelas intempéries de sua vida. Mesmo porque, hoje em dia, com as mídias sociais, a felicidade é atrelada a um corpo magro e saudável. Realizar a cirurgia com essa ilusão pode acarretar decepções no futuro, caso a gênese das dificuldades

emocionais tenha outras raízes. Os acontecimentos infelizes fazem parte da existência humana, sendo a pessoa obesa ou não.

Estudos demonstram que com o passar do tempo, principalmente na fase de estabilização de peso ou com reganho de peso, podem ocorrer desapontamentos com o fato de que a vida não tenha melhorado completamente conforme o esperado, ou que o indivíduo tenha dificuldades de adaptação psicológicas em consequência da cirurgia (VAN HOUT *et al.*, 2006 *apud* MAGDALENO JR., 2011). Se os conflitos pessoais não são analisados durante esse período de emagrecimento e estabilização, eles, provavelmente, continuarão presentes mesmo com o corpo mais magro. Nem todas as mulheres têm a noção de que os motivos que as levaram até a obesidade possam estar relacionados com aspectos pessoais de suas vidas, para a maioria é apenas uma questão de genética e hábitos alimentares, do que se ingere e o que se gasta. Mas, outras, por sua vez, perceberam, principalmente através de tratamento psicoterápico, que o corpo está expressando através da obesidade algum conflito de ordem emocional.

Conforme a literatura, a obesidade manifesta-se como proteção ao indivíduo, uma defesa que apoia sua sobrevivência. Existem impactos do emagrecimento sobre a saúde psíquica do indivíduo, pois o retira do acomodamento que desfrutava antes da cirurgia, mesmo que a obesidade fosse algo ruim, era algo conhecido e determinava uma posição no mundo de que o obeso já estava acostumado (BENEDETTI, 2015b; ARENALIS-LOLI, 2017).

Segundo o relato das entrevistadas, sentimentos como sensibilidade e irritabilidade apareceram, ou aumentaram, após a cirurgia bariátrica. Uma delas percebeu que a irritabilidade vinha do fato de a dieta ser excessivamente restrita em doces. A maioria faz correlação entre os sintomas de desânimo, cansaço, falta de memória, tristeza com a falta de vitaminas. Aliás, a suplementação de vitaminas e outros nutrientes, que ocorre após a cirurgia e que se prolongará pelo resto da vida, é uma queixa comum das participantes da pesquisa. Aqui temos o lembrete *ad eternum* da cirurgia bariátrica, a suplementação de nutrientes, o “preço” pago pelo emagrecimento que não ocorreu de forma natural. Para algumas mulheres significa a repreensão do corpo, levando até mesmo, para duas participantes, o arrependimento de ter recorrido à intervenção cirúrgica.

Nas entrevistas, pode-se perceber que a obesidade deixa marcas no corpo e na psique de quem a vivenciou. Emagrecer significa mudanças, externas, mas principalmente internas, e as internas demoram mais para acontecer. Aparentemente, a vida se resolve depois da cirurgia bariátrica, mas as entrevistadas que realizaram o procedimento há mais tempo tomam consciência que novos desafios aparecem, sozinha a cirurgia não resolve os sintomas psíquicos que levaram à obesidade. Nesse sentido, Carmem Benedetti (2015a) Carmem Benedetti (2015a)

diz que “as mudanças emocionais ocorrem apenas na terceira etapa (**fase de estabilização**) e dizem respeito à emoção que está vinculada a mudança [...]” (grifo nosso).

Cremasco e Ribeiro (2017) comentam que nem sempre o sofrimento psíquico relacionado com a obesidade é resolvido com a realização da cirurgia bariátrica, pois a obesidade que se manifesta como tentativa de expressão pelo comer excessivo apresenta grande resistência a dietas alimentares. O que frequentemente o obeso entende como fome pode ser uma pulsão interpretada de forma errada. O ato de comer registra uma tentativa de diminuir o nível de tensão do aparelho psíquico, essa possibilidade interdita pela cirurgia bariátrica poderá encontrar novos caminhos de manifestação. O que se pode identificar é que essa dinâmica nem sempre é compreendida pelas pessoas que realizam a cirurgia da obesidade, mas é importante ressaltar que, para o sucesso do procedimento ser sustentável, esse conhecimento é fundamental.

6.3 ESTRATÉGIAS PSÍQUICAS ADOTADAS NA FASE DE ESTABILIZAÇÃO DO PESO

A maioria das entrevistadas fez acompanhamento psicológico no pós-operatório, algumas apenas no primeiro ano e duas apenas seguiram com acompanhamento, mas todas elas apontam a importância da psicoterapia nessa nova fase. As que fizeram esse tipo de acompanhamento demonstram mais conhecimento das emoções e menos dificuldade em adaptação na fase de estabilização do peso. De acordo com Venâncio, Conceição e Machado (2011), ainda pouco se sabe sobre as dificuldades que enfrentam os pacientes que realizam cirurgia bariátrica no pós-operatório tardio, a atenção para quem realiza o procedimento se dá, principalmente, nos dois primeiros anos após a intervenção cirúrgica, depois, geralmente, o paciente segue sem acompanhamento.

A mudança que ocorre com a imagem dessas mulheres merece um olhar especial, as expectativas e conflitos diante de tantas mudanças podem gerar novas angústias, que nem sempre conseguirão solucionar sozinhas. O acompanhamento psicológico auxiliou no entendimento de que o sucesso da cirurgia bariátrica dependia principalmente da contribuição das entrevistadas no pós-operatório. De acordo com a literatura, a cirurgia da obesidade deve ser considerada em seus vários aspectos, para obter os resultados esperado é indispensável que o paciente participe ativamente, comprometendo-se com o tratamento desde o pós-operatório imediato, o papel da equipe e do psicólogo se faz necessária para estimular a necessidade de mudança (COSTA *et al.*,2020; FREITAS JR; TAHA, 2015).

Com o tratamento psicoterapêutico, realizado antes da cirurgia, as participantes perceberam as possíveis substituições de sintomas que poderiam ocorrer após o procedimento, o que fez com que ficassem atentas aos seus comportamentos:

“Eu trocava os hábitos, troquei o hábito de comer por beber. Bebia muito, muito, muito, de esquecer do que eu fiz do outro dia assim. E aí eu comecei a namorar, com o atual meu marido, daí eu parei, simplesmente parei, mas daí voltei para a comida, trocou o hábito de novo” [sic] (E4).

“No início da bariátrica é difícil até acostumar a cabeça com a situação que tá vivendo” [sic] (E5).

Segundo Magdaleno Jr. (2011), a angústia, que antes era resolvida através da ingestão de alimentos em excesso, tem sua via impedida após a cirurgia bariátrica. Quando se olha para os aspectos que causam a obesidade, pode-se perceber que há algo além de aspectos físicos e genéticos, muitas vezes inclui também o sofrimento emocional.

Todas as entrevistadas já tinham conhecimento sobre substituições de compulsões ou conheciam alguém que passou a beber, jogar, ou comprar mais após a bariátrica. Retoma-se ao ponto da necessidade de se adentrar nos aspectos psíquicos da vida dos pacientes antes da realização da cirurgia, porque a intervenção por si só não resolve o problema relacionado à compulsão. Segundo McDougall (2013, p. 107), as pessoas costumam descarregar tensões através da ação, quando as circunstâncias geram stress, seja comendo ou bebendo mais do que o habitual. Mas aqueles que utilizam essa ação, como mecanismo de defesa continuamente contra a dor mental, ao invés de refletir e elaborar, correm o risco de ver a vulnerabilidade psicossomática aumentar, compensando a falta de simbolização no agir compulsivo.

As pessoas que sofrem com a obesidade têm dificuldades em falar sobre seus conflitos com o corpo, não verbalizam suas angústias, as emoções acabam não adquirindo uma expressão mental, e essas pessoas substituem a vivência emocional por algo concreto, agindo ao invés de refletir. A compulsão por comida é a via encontrada para introduzir no corpo algo que pertence à instância emocional (ARENALES-LOLI, 2000). Diante das entrevistas realizadas pode-se perceber a dificuldade encontrada nesse processo de expressar as emoções, os conflitos da obesidade desaparecem por um tempo, mas nem sempre atingem uma representação mental, o que aumenta muito as chances de retorno.

6.4 RECURSOS UTILIZADOS PARA PROMOVER A MANUTENÇÃO DO PESO

De acordo com as participantes, as mudanças de hábitos pós-cirurgia bariátrica estão relacionadas, principalmente, com a alimentação e algumas sentem-se mais dispostas a praticar exercícios físicos. As entrevistadas fazem monitoramento constante do peso, essa preocupação em “ver” na balança, que não estão engordando, confirma a insegurança na sua capacidade interna de avaliar o corpo, mais uma vez, algo externo aparece sendo usado para comprovar que elas estão no controle.

“Eu botei na minha cabeça assim, quando eu cheguei no 90, que o meu limite é 91, então quando eu chego no 91 naquela semana eu tenho que dar uma segurada” [sic] (E2)

“Eu gosto de me pesar todos os dias, eu comprei *duas balança*, e todas as duas vieram com defeito. Daí eu vou sempre na mesma farmácia me pesar, quando chega lá que tá naquele peso, ou que aumentou uma grama, eu: será que vou engordar?” [sic] (E6).

“Cabeça de gordo é uma coisa muito complicada, a cabeça fica dizendo mais um pedaço, mais um pouco, *tu acha* que tu deve, que *tu precisa*” [sic] (E5).

As pessoas, antes da cirurgia, utilizam a comida como forma de se expressar, o ato de comer representa os seus sentimentos e a obesidade a proteção do mundo externo. Comer é a resposta para as angústias e desconfortos que vivenciam. O devorar muito mais no sentido de deglutir e apreciar.

Cabe ressaltar que todas as participantes dessa pesquisa eram mulheres, elas têm consciência de que devem, depois da cirurgia, procurar outros recursos para resolver suas emoções, mas na prática percebem que essa é uma tarefa difícil. E é mesmo muito difícil, pois requer conexão com os sinais do corpo, que antes eram ignorados. O fato de terem essa percepção é muito rico do ponto de vista emocional, pois é raro que pacientes bariátricos tenham essa autopercepção. Por outro lado, isso também remete a uma contradição, se analisar o que foi mencionado anteriormente, em relação ao apagamento do corpo. Considera-se que esse apagamento do corpo tanto desativa a percepção sobre a progressão da obesidade, quanto a nova imagem do corpo magro. Se a própria materialidade do corpo é negada e apagada, há de se pensar, até que ponto essa clareza dos aspectos emocionais é de fato significada por essas mulheres?

Nesse sentido, Casassa e Onofrio (2011) afirmam que a quantidade de comida que se ingere continua sendo controlada pela pessoa, apesar dos obstáculos impostos pela cirurgia, a ilusão de não ficar tentado mais com os alimentos sempre acabará em fracasso. As autoras comentam que seus pacientes brincam dizendo que deveriam ter-lhes operado a cabeça, e de certa forma faz sentido, pois a cirurgia faz sua contribuição, mas não exime o indivíduo de responsabilizar-se por seu autocuidado.

Uma das participantes, que fez a cirurgia da obesidade há 11 anos, conseguiu desenvolver uma relação melhor com a comida, de forma que, passado anos após o procedimento, mantém o mesmo peso da fase de estabilização. Sua principal estratégia foi uma alimentação mais saudável, mas essa participante também fala da importância que a psicoterapia teve em sua vida, e se tivesse realizado o acompanhamento antes, talvez não necessitasse passar pela bariátrica.

Para algumas participantes, a comida tem a mesma representação que tinha antes da cirurgia, o sentido de recompensa, de “válvula de escape”, mas, segundo elas, recorrem menos a este recurso para modular as suas emoções – exceto uma, justamente a que teve maior ganho de peso:

“*Assim*, tenho meus escapes *assim*, sou louca por chocolates, por doce, como, mas não me culpo por isso. Uma coisa que eu vi, não fiquei mais me preocupando em relação a minha alimentação, eu mudei para a alimentação mais saudável” [*sic*] (E3).

“Eu sou muito ansiosa, eu já tenho (a comida) como válvula de escape” [*sic*] (E4).

É perceptível que a comida ainda mantém um papel importante em suas vidas. Talvez agora não tenham mais a preocupação excessiva de comer, engordar e não mais conseguir emagrecer, mas precisam sempre ficar atentas na quantidade e qualidade do que é ingerida. O ato de comer nunca é indiferente, não se vive mais para comer, mas a vigilância é constante. Depois da cirurgia é preciso ressignificar o papel que a comida ocupa, é necessário desenvolver a habilidade de entrar em contato com seus próprios sentimentos e lidar com eles de uma forma que não seja comendo em excesso e, normalmente, esse aprendizado necessita de mais tempo do que o emagrecimento.

A porta de entrada do psiquismo humano é a oralidade, literalmente, nosso desenvolvimento psíquico começa pela boca. Por isso o comer é um dos atos mais emblemáticos para o desenvolvimento psíquico. O ato de comer é carregado de afeto, quando a mãe amamenta seu bebê ela combina a comida com esse afeto. O alimento não serve apenas para suprir as necessidades biológicas, mas também como resposta a tensões emocionais. Nutre-se o corpo físico e o corpo emocional. Pode-se pensar, neste sentido, que o comer em excesso pode ser um mecanismo de defesa para aplacar uma angústia ou sentimentos de inadequação pessoal, o ato de alimentar pode ser visto como compensação, já a falta do alimento pode ser entendida como abandono e rejeição (MATOS, 2006). De acordo com uma entrevistada, “a comida *ela* é recompensa quando eu *tô* bem, quando eu não *tô*, *pra* comemorar, esse negócio de família” [*sic*] (E2). A comida é veículo de emoções e sentimentos, ela serve para socializar,

agradar, amenizar dores e doenças, ela é repleta de conforto e carinho, pois está intimamente ligada à figura materna.

Mas, após a cirurgia esse recurso não pode ser acessado tão frequentemente quanto antes, a princípio, pelas dificuldades da intervenção e, depois, se quiserem manter os resultados, devem encontrar outras maneiras de alimentar o corpo e o psíquico, mas principalmente o aplacamento da angústia. As entrevistadas têm noção de tudo isso, mas confessam que têm dificuldades, justamente porque se precisa acessar os sentimentos para saber o que realmente necessitam. De acordo com Magdaleno Junior (2011), o obeso utiliza a comida como meio de suprir as necessidades emocionais, e esse impulso alimentar continua presente, mesmo depois da cirurgia. O paciente deve reaprender a conviver com seus impulsos sem ter que ingerir grande quantidade de comida. O trabalho psicoterapêutico é justamente esse, adentrar na dinâmica psíquica de cada um para compreender essa fusão malsucedida entre a materialidade do corpo e o psiquismo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo verificar os aspectos psicológicos e emocionais relacionados à fase de estabilização de peso na cirurgia bariátrica. Após a primeira fase de emagrecimento, o peso se estabiliza e o paciente deve lidar com mudanças nos contextos pessoais e sociais. Procurou-se verificar as emoções e sentimentos dessa nova fase e ainda como as pessoas lidam com as angústias e dificuldades que surgem após o procedimento.

A partir de uma pesquisa qualitativa exploratória, foram realizadas entrevistas com 06 (seis) participantes, todas mulheres, que haviam se submetido à cirurgia da obesidade há mais de 02 (dois) anos, onde cada uma delas pode trazer suas percepções subjetivas e experiências vividas após o procedimento. O estudo demonstrou que a cirurgia traz mudanças significativas em vários aspectos da vida do paciente, não apenas físico, mas pessoal, social, profissional e, principalmente, emocional.

De acordo com a análise de dados, percebeu-se que o medo de engordar é o sentimento que mais aparece na fase de estabilização, pois o emagrecimento acontece de forma abrupta e as pessoas nem sempre conseguem organizar psiquicamente todas as transformações que aconteceram. A cirurgia bariátrica é sentida de forma ambivalente pelas entrevistadas, pois de um lado ficam satisfeitas com a efetiva perda de peso e por outro sentem-se incomodadas com a falta de vitaminas e nutrientes, tendo que realizar a suplementação por toda vida.

A cirurgia bariátrica é considerada, em um primeiro momento, a solução para todos os problemas do obeso, mas novos desafios surgem com o passar do tempo. As entrevistadas que se implicaram em mudar seus hábitos e comportamentos alimentares são as que mais tiveram sucesso com o procedimento, ou seja, essas participantes assumiram o comando dos seus corpos, e recuperaram a conexão antes perdida.

A partir dos resultados, destaca-se a importância do acompanhamento psicoterápico após a fase de emagrecimento para que o paciente encontre mecanismos internos para solucionar suas angústias e conflitos, e não mais recorra a recursos externos, como a comida. A tarefa do psicólogo é a compreensão de que o paciente deve participar ativamente dessa mudança em sua vida, e não esperar que as coisas aconteçam de uma forma que não estejam envolvidos, desenvolvendo, assim, uma compreensão mais rica e mais profunda dos seus próprios mecanismos psíquicos.

É preciso que as equipes de saúde que acompanham os pacientes atentem para a importância do psicólogo na manutenção dos resultados da cirurgia bariátrica. Também se faz necessário, estudos que aprofundem as questões psicológicas relacionadas à fase de estabilização de peso.

REFERÊNCIAS

AKAMINE, Alessandra Mitsuko B. C.; BENEDETTI, Carmem. Suporte psicológico à modificação da imagem corporal. *In*: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org). **Depois de magro: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. São Paulo: Vetor Editora, 2015. *E-book*. Acesso restrito.

ARENALES-LOLI, Maria Salete. **Da mesa farta à mesa da cirurgia: reflexões quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia bariátrica**. 2. ed. Londrina/Apucarana: Arenales Books, 2017.

ARENALES-LOLI, Maria Salete. **Obesidade como Sintoma**. São Paulo: Vetor, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Obesidade e sobrepeso**. São Paulo [2020]. Disponível em: <https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/> Acesso em: 26 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade/2016**. 4. ed. São Paulo, 2016. *E-book*. Acesso restrito via Minha Biblioteca.

BENEDETTI, Carmem. Emagrecimento. *In*: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org). **Depois de magro: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. São Paulo: Vetor Editora, 2015a. *E-book*. Acesso restrito.

BENEDETTI, Carmem. Intervenção familiar durante o emagrecimento. *In*: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). **Novos Corpos, Novas Realidades**: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor Editora, 2011. p. 35-36.

BENEDETTI, Carmem. Modalidades de acompanhamento psicológico pós-operatório em hospital geral e clínica privada. *In*: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org.). **Depois de magro**: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor Editora, 2015b. *E-book*. Acesso restrito.

BENEDETTI, Carmem. O obeso e a representação social da obesidade. *In*: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org.). **Depois de magro**: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor Editora, 2015c. *E-book*. Acesso restrito.

BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana. **Depois de magro**: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor Editora, 2015. *E-book*. Acesso restrito.

BERTI, Luiz Vicente *et al.* Princípios Básicos do Tratamento. *In*: MANCINI, Marcio C. (org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Biblioteca Virtual Universitária.

CASASSA, Andrea; ONOFRIO, Graciela. A obesidade em perspectiva vital: relatos clínicos de problemas crônicos. *In*: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). **Novos Corpos, Novas Realidades**: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor Editora, 2011. p. 135-151.

CERCATO, Cintia; MANCINI, Marcio C. Avaliação pré-operatória cardiorrespiratória de pacientes obesos. *In*: MANCINI, Marcio C. (org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Biblioteca Virtual Universitária.

COSTA, Gabrielle Carassini *et al.* **Cirurgia Bariátrica**: um tratamento para todos, a cirurgia de cada um. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2020. *E-book*. Acesso restrito.

CREMASCO, Maria Virginia Filomena; RIBEIRO, Camila Chudek. Quando a Cirurgia Falha: Implicações da Melancolia na Cirurgia da Obesidade. **Psicologia**: Ciência e Profissão, Brasília, v. 37, n. 2, p. 258-272, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200258&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 nov. 2020.

DONZELLI, Rosa. Alterações comportamentais no pós-operatório da cirurgia bariátrica. *In*: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). **Novos Corpos, Novas Realidades**: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor Editora, 2011, p. 247.

FREITAS JR., Wilson Rodrigues; TAHA, Mohamed I. Ali. A ação do cirurgião no tratamento da obesidade. *In*: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org.). **Depois de magro**: a

ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor Editora, 2015. *E-book*. Acesso restrito.

GARRIDO JÚNIOR, Arthur Berlamino *et al.* Histórico do tratamento cirúrgico da obesidade. *In: MANCINI, Marcio C. (org.). Tratado de Obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Biblioteca Virtual Universitária.

GIANSANTE, Marcos. **Cirurgia bariátrica e para o diabetes: um guia completo**. São Paulo: MG Editores, 2018. *E-book*. Acesso restrito via Biblioteca Virtual Universitária.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2018. *E-book*. Acesso restrito via Minha Biblioteca.

ILIAS, Elias Jirjoss; MATTOS, Gustavo Henrique Ferreira. Panorama geral: cirurgia bariátrica e cirurgia metabólica. *In: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org.). Depois de magro: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica*. São Paulo: Vetor Editora, 2015. *E-book*. Acesso restrito.

LEVY, Andrea. **Cirurgia bariátrica: manual de instruções para pacientes e familiares**. São Paulo: M.Books do Brasil Editora Ltda, 2018. *E-book*. Acesso restrito.

MAGDALENO JR., Ronis; CHAIM, Elinton Adami; TURATO, Egberto Ribeiro. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000100013 &lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2020.

MAGDALENO JUNIOR, Roni. Pós-operatório da cirurgia bariátrica: repercussões emocionais. *In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). Novos Corpos, Novas Realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor Editora, 2011. p. 109-128.

MANCINI, Marcio C.; MELO, Maria Melo de; HALPERN, Alfredo. Farmacoterapia da Obesidade – Princípios Gerais do Tratamento. *In: MANCINI, Marcio C. (org.). Tratado de Obesidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Biblioteca Virtual Universitária.

MATOS, Maria Isabela Rodrigues de. Quando o hábito alimentar se transforma em transtorno alimentar. *In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Vetor Editora, 2006. p. 137-159.

MCDOUGALL, Joyce. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

PINTO, Lia Azevedo; THEODORO, Luciana. O obeso na fila de espera para cirurgia da obesidade. *In: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana. (org.). Depois de magro: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica*. São Paulo: Vetor Editora, 2015. *E-book*. Acesso restrito.

ROSNER, Stanley. **O ciclo da autossabotagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Best Seller. *E-book*. Acesso restrito.

SCHAKAROWSKI, Fabiana Brum *et al.* Percepção de Risco da Cirurgia Bariátrica em Pacientes com Diferentes Comorbidades Associadas à Obesidade. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 339-346, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000100339&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 nov. 2020.

SOUZA, Luciana Lopes de; GUEDES Erika Paniago; BENCHIMOL, Alexandre Koglin. Definições antropológicas da obesidade. *In*: MANCINI, Marcio C. (org.). **Tratado de Obesidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Biblioteca Virtual Universitária.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **A cirurgia bariátrica**. São Paulo [2020]. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/a-cirurgia-bariatrica>. Acesso em: 23 out. 2020.

SILVA, Isabela; PAÍS-RIBEIRO, José; CARDOSO, Helena. Qualidade de vida e funcionamento psicológico após cirurgia de obesidade. *In*: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). **Novos Corpos, Novas Realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor Editora, 2011, p. 93-104.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

THEODORO, Luciana. Evolução da Perda de Peso e reganho de peso. *In*: BENEDETTI, Carmem; THEODORO, Luciana (org.). **Depois de magro: a ação do psicólogo articulada à da equipe no pós-operatório de cirurgia bariátrica**. São Paulo: Vetor Editora, 2015. *E-book*. Acesso restrito.

VENÂNCIO, Carla; CONCEIÇÃO, Eva; MACHADO, Paulo P. P. Avaliação dos padrões alimentares de pacientes bariátricos, na fase pós-operatória tardia. *In*: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). **Novos Corpos, Novas Realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor Editora, 2011, p. 73-74.

ZANCANER, Marisa Stroppa. O papel do psicólogo no período perioperatório hospitalar de cirurgia bariátrica. *In*: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales (org.). **Novos Corpos, Novas Realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor Editora, 2011, p. 19-28.