

Motivos Psicossociais para Cirurgia Bariátrica em Adultos Jovens e mais Velhos

Sandra Aparecida Medeiro¹

¹Universidade Salgado de Oliveira, Niterói, RJ, Brasil.

Lucia Helena de F. P. França¹

¹Universidade Salgado de Oliveira, Niterói, RJ, Brasil.

Ione Vasques Menezes¹

¹Universidade Salgado de Oliveira, Niterói, RJ, Brasil.

Resumo: A obesidade decorre da interação de fatores biológicos, sociais e comportamentais, além de ser vista como uma marca social e moral indesejável, que pode causar limitações psicossociais originadas do preconceito, do estigma e da exclusão e, conseqüentemente, resultar em tristeza, culpa, ansiedade, vergonha e isolamento social, bem como afetar o bem-estar dos pacientes. Objetivou-se identificar motivos psicossociais que levaram obesos – adultos jovens e adultos mais velhos – a optar pela cirurgia bariátrica. Participaram desta pesquisa 11 pacientes, homens e mulheres, de 20 a 65 anos, residentes no Rio de Janeiro, antes da cirurgia. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo, da qual resultaram em três categorias: Educação Alimentar, Família e Apelo Externo, Moralização da Obesidade e Questões Emocionais, Decisão: Saúde e Estética. Os resultados revelaram que a maioria dos participantes optou pela cirurgia motivados por questões de saúde e estética e que a bariátrica é percebida como ferramenta que contribui com a reeducação alimentar para a perda de peso, reduz as comorbidades e melhora a mobilidade, a aparência e a autoestima, de forma que ajuda o indivíduo a se readequar aos padrões corporais estabelecidos pela sociedade e a voltar ao convívio social. As conclusões destacam que o indivíduo comprometido com o tratamento da obesidade também adere ao tratamento multidisciplinar, que concorre para o sucesso da cirurgia em relação ao bem-estar. São recomendadas novas pesquisas sobre a estética enquanto motivo para realização da cirurgia bariátrica em jovens adultos e mais velhos.

Palavras-chave: Bariátrica, Obesidade, Saúde, Psicossocial, Diferenças Etárias.

Psychosocial Factors for Bariatric Surgery in Young and Older Adults

Abstract: Obesity results from the interaction between biological, social, and behavioral factors. Often considered a social and moral undesirable imprint, such condition may lead to psychosocial problems arising from prejudice, stigma, and exclusion, affecting the well-being of patients due to feelings of sadness, guilt, anxiety, shame, and social isolation. This study sought to identify psychosocial factors that led young and older adults with obesity to opt for bariatric surgery. The sample consisted of 11 patients, men and women, aged between 20 and 65 years, who lived in Rio de Janeiro. Data were collected by means of semi-structured interviews and submitted to content analysis, resulting in three categories: Food Education; Family and External Support; and Moralization of Obesity, Emotional Issues, and Decisions – Health and Aesthetics. The results reveal that most participants opted for bariatric surgery due to health and aesthetic reasons, being perceived as a strategy that contributes to nutritional education for weight loss, reduces comorbidities, and improves mobility, appearance, and self-esteem, helping the individual to fit to the body standards socially.

determined, being reintegrated onto social life. Individuals committed to the treatment for obesity also adhere to the multidisciplinary treatment, which seems to contribute to the surgery success regarding well-being. Further empirical studies addressing aesthetics as a reason to undergo bariatric surgery in young and older adults are required.

Keywords: Bariatric, Obesity, Health, Psychosocial, Age Differences.

Razones Psicosociales de Adultos Jóvenes y de Mediana Edad para realizar la Cirugía Bariátrica

Resumen: La obesidad resulta de la interacción entre los factores biológicos, social y de comportamiento, y es una marca social y moral no deseada, que puede causar limitaciones psicosociales que se originan en el prejuicio, el estigma y la exclusión, y producir tristeza, culpa, ansiedad, vergüenza y aislamiento social, además de afectar el bienestar de los pacientes. Se pretende identificar las razones psicosociales que llevaron adultos obesos – adultos jóvenes y de mediana edad – a optar por la cirugía bariátrica. Participaron en este estudio 11 pacientes, hombres y mujeres, entre los 20 años y los 65 años que vivían en Río de Janeiro antes de la cirugía. Para la recopilación de datos se empleó entrevista semiestructurada, y para evaluarlos se utilizó el análisis de contenido, del cual emergieron tres categorías: Educación alimentaria, familia y apelación externa; moralización de la obesidad; y temas emocionales, decisión: salud y estética. Los resultados apuntan que la mayoría optó por la cirugía por razones de salud y de estética, y que la cirugía bariátrica se percibe como una herramienta que contribuye a la educación nutricional para bajar de peso, reduce las comorbilidades y mejora la movilidad, la apariencia y la autoestima, lo que le ayuda al individuo a reajustarse a los patrones corporales establecidos por la sociedad y volver a la vida social. Se concluye que el individuo comprometido con el tratamiento de la obesidad tiene una adherencia al tratamiento multidisciplinar que parece contribuir al éxito de la cirugía en relación con su bienestar. Se recomienda la realización de más estudios empíricos sobre la estética como razón para la realización de la cirugía bariátrica en adultos jóvenes y de mediana edad.

Palabras clave: Bariátrica, Obesidad, Salud, Psicosocial, Diferencias de Edad.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica, de causa multideterminada, resultante da interação entre fatores biológicos, sociodemográficos e comportamentais, que, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida, tanto psicológica quanto física, do indivíduo obeso (Costa & Pinto, 2015; Malaquias, 2014; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], 2018). Dados de 2016, fornecidos pela World Health Organization (WHO, 2018), apontam que mais de 1,9 milhões de adultos com 18 anos ou mais apresentavam excesso de peso, dos quais mais de 650 milhões eram obesos, além de indicarem que o Brasil é o 5º país no mundo, em número

de população, com mais da metade de seus habitantes na faixa de sobrepeso e obesidade (Ng et al., 2014; SBCBM, 2018).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016), a prevalência da obesidade aumentou em praticamente todas as faixas etárias e não cresce apenas entre crianças e adultos, mas também entre idosos (6,7% das mulheres e 8,1% dos homens). Esses dados são importantes, pois a transição demográfica é decorrente tanto da queda da mortalidade geral quanto do decréscimo da taxa de natalidade, fatores que levam a uma progressiva diminuição do número de jovens na população e

a um aumento proporcional do número de idosos (Camarano, 2011; Reis, Mansini, & Leite, 2018).

Atualmente, vivemos um modelo de sociedade que aprecia e valoriza a rapidez e a leveza e, por vezes, rotula o obeso como incapaz de trabalhar, sem talento e pouco habilidoso no deslocamento em transportes públicos (por ocupar muito espaço ou não se acomodar adequadamente nos assentos), além de o tornar vítima de chacotas capazes de causar diminuição da autoestima e percepção negativa da imagem corporal, que representa o autoconceito sobre o julgamento do indivíduo diante de seu tamanho, sua forma e seu peso (Silva & Bittar, 2012).

Portanto, a quantidade de gordura no corpo torna-se uma marca social e moral indesejável, que desqualifica os sujeitos devido à não adequação aos padrões vigentes de aparência física e gera dificuldades psicossociais originadas no preconceito, estigma, exclusão, entre outras causas, o que desencadeia uma série de impactos sociais (SBCBM, 2017). Assim, a gordura, substância essencial para o desenvolvimento saudável do organismo, inclusive para a manutenção da saúde, torna-se em seu excesso a maior inimiga dos sujeitos, de forma que é uma inimiga incorporada ao próprio corpo (Mattos & Luz, 2009).

A valorização excessiva do corpo magro transforma a gordura corporal em algo indesejável, um símbolo de falência, e o indivíduo obeso, por não se adequar aos padrões vigentes de beleza e conformidade, passa a carregar um estigma Goffman (1988), uma vez que esses padrões ainda representam uma forma de classificação social que passa pelo corpo e pelas relações sociais dos sujeitos (Mattos & Luz, 2009).

As associações entre estigma de peso e psicopatologias como depressão, ansiedade, preocupação com a imagem corporal, baixa autoestima e qualidade de vida, prejudicam a saúde física e mental, além de causarem distúrbios afetivos e compulsão alimentar, problemas que podem afligir indivíduos com sobrepeso e obesidade em geral, sobretudo indivíduos com indicação para cirurgia bariátrica (Macedo, Portela, Palamira, & Mussi, 2015).

Quanto à aparência corporal, há muitos sentimentos envolvidos, especialmente a insatisfação, a depreciação, a distorção e a preocupação com a imagem do corpo apresentada à sociedade, o que resulta na discriminação, no preconceito e na exclusão social do indivíduo (Efferdinger, König, Klaus,

& Jagsch, 2017; Fagundes, Caregnato, & Silveira, 2016; Hübner et al., 2015; Melo, Farias, & Kovacs, 2017; Micanti et al., 2017). Portanto, a imagem corporal tem papel relevante no prognóstico de intervenções cirúrgicas (Castro, Pinhatti, & Rodrigues, 2017), pois uma mudança rápida do tamanho corporal, resultante da cirurgia de redução de peso, pode promover alterações importantes na percepção e na propriocepção do indivíduo operado (Agra et al., 2016; Costa & Pinto, 2015; Macedo et al., 2015).

De modo geral, o indivíduo busca a cirurgia bariátrica como uma possibilidade de reverter problemas estéticos, de saúde e de relações sociais, decorrentes do preconceito e da discriminação que vivencia no cotidiano, considerando que ela representa uma alternativa de mudança de vida (Araújo, Pena, & Freitas, 2015; Fagundes et al., 2016). Portanto, ao avaliar o candidato à cirurgia bariátrica, é importante conhecer sua história de vida e seu padrão familiar (Bourdieu, 1983), bem como compreender seus conflitos interiores, condicionamentos psicológicos e sua condição de adaptação socioemocional, pois esses fatores podem comprometer sua adesão ao tratamento e sua adaptação às condutas do pós-operatório, principalmente a mudança de hábitos alimentares (Barroso et al., 2017; Novelle & Alvarenga, 2016).

Para atender às demandas dos pacientes no período pré-operatório, a SBCBM (2017) propôs a obrigatoriedade da presença de equipe multidisciplinar habilitada em programas de cirurgias bariátricas para o atendimento do paciente obeso mórbido e estabeleceu os critérios para a realização das cirurgias bariátricas (SBCBM, 2017). Foi determinado que a Gastroplastia é indicada para os casos de pacientes com índice de massa corporal acima de 35 kg/m² ou com doenças que apresentem alto risco para o indivíduo. Como critério de restrição foi estabelecida a idade: a) para indivíduos com menos de 16 anos, devido a problemas metabólicos e psíquicos do adolescente obeso; e b) pessoas acima de 65 anos (Marchesini & Antunes, 2017; SBCBM, 2017). Para idosos, a indicação da cirurgia bariátrica é a mesma estabelecida para adultos, contudo, a avaliação clínica deve ser feita com maior cuidado, para analisar a relação entre riscos e benefícios da operação (Marchesini & Antunes, 2017; Nassif et al., 2015).

As diferentes faixas etárias são definidas de formas distintas; para a WHO (2018), aqueles que têm

entre 20 e 39 anos são considerados jovens adultos, entre 40 e 59, adultos mais velhos e acima de 60 anos, idosos. Vale salientar que enquanto muitos estudos científicos são consistentes sobre quando a idade adulta jovem começa, há muita variação em sua idade de corte superior, que já foi definida como 24, 29 e 39 anos (WHO, 2018).

Além disso, alguns psicólogos do desenvolvimento definem jovens adultos ou adultos os indivíduos com idade entre 20 e 40 anos, pois levam em consideração as diferenças físicas, psicológicas e sociológicas entre indivíduos (Erikson, 1959). Assim, ao decidir fazer bariátrica, é necessário considerar os objetivos dos pacientes, pois eles podem variar conforme o grupo etário, além dos fatores de risco mencionados para a faixa etária de idosos.

Estudo de Beeken, Mahdi, Johnson e Meisel (2018) mostrou que tanto jovens adultos quanto adultos mais velhos se preocupam com a aparência. No entanto, os jovens a priorizam, enquanto os adultos mais velhos se preocupam, além da aparência, com fatores como a prevenção de complicações sistêmicas, a redução do risco de mortalidade, a baixa autoestima e a autoimagem, que pode estar relacionada às perdas físicas, funcionais, sociais, bem como ao desejo de aumentar a sobrevida, de reduzir incapacidades e de melhorar a qualidade de vida, que ocorrem nessa faixa etária.

O avanço da cirurgia bariátrica apoia-se em um modelo de saúde reducionista, característico do paradigma biomédico, que considera apenas as mudanças corporais promovidas pela cirurgia, em detrimento dos aspectos psicossociais resultantes do procedimento cirúrgico. Apesar disso, trabalhar os aspectos emocionais do paciente no preparo pré-operatório pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento, melhorando o prognóstico e reduzindo as complicações do pós-operatório (Agra et al., 2016; Fagundes et al., 2016; Schakarowski & Oliveira, 2014; Schakarowski, Padoin, Mottin, & de Castro, 2018; Star, Hay, Quirk, & Mond, 2015).

Na revisão bibliográfica iniciada em 2016 nas bases Google Acadêmico, BVS, Lilacs, Pepsic, Scielo, Portal Capes, Pubmed, foram encontrados alguns trabalhos empíricos que abordam motivos psicossociais em diferentes faixas etárias (Robertson, Mullan, & Todd, 2014; Rosta et al., 2017), mas não foi encontrado nenhum trabalho que aborde esses motivos em jovens adultos e idosos, no pré-operatório da

bariátrica. Assim, o objetivo desta pesquisa é obter informações sobre aspectos psicossociais relevantes e motivadores na decisão da cirurgia, tanto em pessoas obesas jovens adultas (20 a 39 anos) quanto em adultos mais velhos (40 a 59 anos) que decidem fazer a cirurgia.

Método

Abordagem metodológica

Esta pesquisa teve abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada individual, que se desenvolveu a partir de roteiro que buscava contemplar os objetivos da pesquisa. A ordem das perguntas foi determinada pela interação entre pesquisador e participante do estudo, o que permitiu a identificação das percepções e dos significados atribuídos pelos próprios pacientes obesos a seus problemas psicossociais, no pré-operatório da cirurgia bariátrica.

A pesquisa foi realizada de duas maneiras: “in loco” (PI) com o paciente pesquisado; ou via ligação do WhatsApp (PII), no caso de pacientes que moravam em comunidades de difícil acesso e dos que não aceitaram fazer entrevista face a face.

Participantes

Participaram das entrevistas 11 pacientes bariátricos que iam se submeter à cirurgia, num período de seis meses, de ambos os sexos, entre 20 e 65 anos, residentes na cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Os participantes foram recrutados nas redes sociais (Facebook, WhatsApp) ou por indicação de cirurgiões bariátricos, gastroenterologistas e psicólogos. O critério de exclusão foi não estar na faixa etária e não residir na cidade do Rio de Janeiro. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra, que consistiu em 11 participantes, dos quais cinco eram mais jovens (entre 20 e 39 anos) e seis eram mais velhas (40 e 59 anos). A maioria da amostra foi constituída por mulheres, de IMC entre 35,5 kg/m² e 60 kg/m², com nível superior, sem filhos. Os códigos utilizados no estudo (P1 a P11) preservam a privacidade dos participantes e o sigilo foi acordado entre o entrevistado e o pesquisador. Foram realizadas oito entrevistas presenciais e três por intermédio do WhatsApp.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico dos participantes.

P	TE	I	S	IMC (Kg/ m ²)	Escola- ridade	Profissão	Estado civil	F	Renda em salário mínimo	Motivo da cirurgia
P1	PII	35	F	35,5	Superior	Pedagoga	Casada	Sem	1,5	Saúde/Estética
P2	PII	28	F	60	Médio Completo	Autônoma- Lanchonete	Mora com companheiro	Sem	Menos de 1	Saúde/Estética
P3	PII	25	F	46,7	Superior Incompleto	Professora	Solteira	Sem	Não informou	Saúde
P4	PI	28	F	43	Mestrado	Fiscal de Meio Ambiente	Casada	Sem	4-5	Saúde
P5	PII	36	F	36	Médio Completo	Dona de Casa	Casada	2	Não informou	Saúde/Estética
P6	PII	48	F	36	Superior Completo	Dona de Casa	Mora com Companheiro	1	Não informou	Saúde/Estética
P7	PI	38	M	46,2	Superior Incompleto	Professora	Solteiro	Sem	4,5	Saúde/Estética
P8	PII	38	F	49	Médio Completo	Caixa	Divorciada	2	1	Saúde/Estética
P9	PI	40	F	37	Pós- Graduação	Professora	Divorciada	1	4-5	Saúde/Estética
P10	PII	54	F	39	Doutorado	Professora	Divorciada	Sem	8	Saúde
P11	PII	65	M	45,7	Superior Incompleto	Aposentado	Divorciado	Sem	5	Saúde/Estética

Nota: IMC=índice de massa corporal; TE=tipo de entrevista; S=sexo; I=idade; F=filhos.

Instrumento

Foi utilizada a entrevista semiestruturada, cujo roteiro contemplou o perfil sociodemográfico do participante, aspectos referentes à relação familiar/alimentação, o processo do ganho de peso, a percepção corporal/emocional e o papel da motivação da cirurgia bariátrica.

Operacionalização da coleta de dados

A pesquisa foi submetida ao Comitê Ético da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), RJ, e aprovada sob o número 79911017.3.0000.5289. Vinte e quatro pacientes foram contatados por telefone e e-mail, com base em uma lista organizada a partir de mensagens enviadas a grupos de redes sociais (Facebook, WhatsApp) de pacientes bariátricos, solicitando a participação de indivíduos em fase de pré-operatório, além de indicação de cirurgiões bariátricos, gastroenterologistas e psicólogos. Dentre esses

24 pacientes, 11 foram selecionados para entrevista, segundo os critérios descritos acima. Todos os participantes selecionados foram comunicados sobre a pesquisa e convidados para a entrevista, em data e horário de sua conveniência, em como foram avisados sobre o tempo de duração (30 a 50 minutos). Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS 466/2013, autorizando a gravação das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2018 e o quantitativo de participantes foi determinado pela saturação dos dados, identificada nos discursos durante as entrevistas (Bardin, 2011, p. 47), especialmente pela constatação da repetição de dados, da ausência de dados novos e da crescente compreensão dos conceitos identificados (Minayo, 2007). As entrevistas coletadas foram transcritas e reunidas no corpus da pesquisa para posterior análise.

Análise de dados

Os relatos obtidos por meio das entrevistas foram avaliados pela análise de conteúdo, definida por Bardin (2011, p. 47) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O material obtido foi transcrito na íntegra e cada entrevista foi lida várias vezes, a fim de se alcançar maior domínio dos dados. Para a categorização, observou-se os critérios de exaustividade (ler até esgotar a totalidade da comunicação e não omitir nada); representatividade (a amostra representa o universo e os dados, em homogeneidade, referem-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos foram adaptados ao conteúdo e objetivo da pesquisa); e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) (Bardin, 2011, p. 47). Após o término das análises, os resultados foram apresentados em categorias geradas a partir das respostas aos questionamentos propostos para o estudo, o que facilitou o entendimento da análise dos dados.

Resultados e Discussão

A análise das entrevistas permitiu a identificação de três categorias, a saber: Categoria I: Educação Alimentar, Família e Apelo Externo; Categoria II: Moralização da Obesidade e Questões Emocionais; e Categoria III: Decisão: Saúde e Estética, que são discutidas individualmente a seguir.

Categoria I: Educação Alimentar, Família e Apelo Externo

Ao falar sobre o histórico da obesidade, a maioria dos participantes elencou, como causas do problema do ganho de peso, a genética, o uso de fórmulas para emagrecer, o sedentarismo, os hábitos alimentares relacionados a comer “besteiras”, doces e produtos industrializados e a comer mal, conforme a fala do participante P3: “*Ah, nunca foi muito saudável, rrsrs.*

Gordinha; acho que foi assim muito industrializado, muito alimento industrializado, na infância – biscoito, doces, e... sanduíches”.

As práticas alimentares estão relacionadas à trajetória pessoal na família, cujas influências determinam o comportamento alimentar do indivíduo desde a infância, quando ocorre introjeção do *Hatitus* – sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientadas para funções e ações do agir cotidiano (Bourdieu, 1983), que permanece até a fase adulta (Lara & Paiva, 2012). Assim, a aquisição dos hábitos alimentares do indivíduo desde a infância está relacionada ao que ele come, como, onde e com quem come, pois são características importantes da identidade familiar. Desse modo, a associação entre alimentação e afeto é um aspecto importante a ser considerado no surgimento e manutenção da obesidade (Otto & Ribeiro, 2012), conforme afirma o participante P4.

Quando o ser humano se alimenta, procura consumir alimentos palpáveis com aromas, cores, texturas e sabores que agradem ao paladar e proporcionem saciedade quando ingeridos, de forma que a prática se associa a emoções e sentimentos que foram construídos ao longo de seu desenvolvimento. Portanto, desconfortos emocionais como a fome podem contribuir para a ocorrência de dificuldades no comportamento alimentar (Motta et al., 2011; MS, 2014).

Ah... a alimentação na minha família sempre foi muito motivo de estar junto e comemoração, né tem essa relação, comida sempre muito farta, sempre muita gente reunida, e eu acho que eu tenho essa relação com a comida como motivo de ser feliz, desde criança; e não mudou muito. E meu marido também, vem de uma família assim, de hábito de comer – vamos comer todos juntos. Então... (P4).

A dinâmica alimentar na família de indivíduos obesos parece estar relacionada às interações familiares e pode desempenhar papel fundamental na construção do “ambiente obesogênico”, onde os padrões alimentares e o estilo de vida compartilhados agem favorecendo o desenvolvimento da obesidade (Coradini, Moré, & Scherer, 2017), conforme

foi relatado pelo participante 4. As pessoas frequentemente se reúnem com os amigos para se alimentarem, pois no contexto social a alimentação está relacionada à socialização e à sensação de pertencimento ao sistema. Esse modo de utilização da alimentação como forma de coesão familiar condiciona os membros a práticas alimentares que favorecem o desenvolvimento da obesidade, pois, ao se sentir sozinho, o indivíduo pode usar o alimento como uma forma de compensar a falta que sente das outras pessoas, isolando-se socialmente e desenvolvendo ganho excessivo de peso (Otto & Ribeiro, 2012). Nesse contexto, os indivíduos que não querem engordar precisam encontrar formas de evitar a superalimentação (Otto & Ribeiro, 2012), como relatou o paciente P1: “*Eu comprava as minhas coisas e botava na geladeira, pra justamente eu não ceder às tentações de morar com a família e acabar comendo besteira*”.

Na análise dos relatos, também se constatou que a maioria dos participantes falou sobre compulsão alimentar, dificuldade de controlar a vontade de comer, a satisfação pela comida, o significado da comida e as sensações que o alimento proporciona (como alívio da ansiedade e promoção de felicidade e calma). “*Eu sempre fui muito ansiosa, muito ansiosa, tudo eu fui muito ansiosa, muito irritada então, a comida sempre me acalmou, a comida sempre me deixava feliz, calma*” (P2). Fica claro que o estado emocional da pessoa reflete-se em seu apetite, aumentando-o ou diminuindo-o. Este estudo confirma a afirmação de Alexander (1989) de que a alimentação desempenha um papel central na área emocional do indivíduo, pois a fome é a expressão fisiológica da necessidade do corpo por energia (comida), enquanto o apetite é um desejo psicológico de comer que dá um prazer antecipatório distinto (Hamburger, 1951). Desse modo, para que o tratamento da obesidade seja efetivo, profissionais da saúde devem considerar os aspectos psicológicos dessa doença (Segal & Fandiño, 2002), pois os mecanismos e substâncias que regulam o apetite e controlam o peso são complexos e atuam de modos diferentes no comportamento alimentar (Halpern, Rodrigues, & Costa, 2004).

Os novos hábitos alimentares da sociedade contemporânea foram desenvolvidos na reordenação contextual da vida do homem moderno. Além disso, a maior carga de trabalho e de responsabilidades tem contribuído para a obesidade, pois a

falta de tempo leva ao consumo de alimentos pré-fabricados, à busca por fast-food e à ingestão exagerada de alimentos ricos em açúcares e gorduras, em refeições cada vez mais solitárias (Lamounier & Parizzi, 2007).

Eu ganhei mais peso quando eu comecei a trabalhar, mas que eu senti que essa questão de comer na rua, de trabalhar o dia todo, estudar a noite e ficar muitas horas fora de casa, foi quando eu senti que eu ganhei mais peso, mas eu tô acima do peso desde sempre. E desde sempre lutando contra a balança. Fazendo tratamento, indo a médico, tento fazer dieta (P4).

Os participantes da pesquisa relataram o sofrimento que sofrem devido ao preconceito e à discriminação no convívio social, que os situam como vítimas de chacota e alvos de olhares de reprovação no transporte público e no ambiente de trabalho, além de os fazerem ter dificuldades em comprar roupas e passar por constrangimento em lojas. Sentem-se solitários, tristes e excluídos socialmente (P5), o que é contraditório, pois vivemos em um mundo globalizado, na sociedade dos excessos, que incentiva o consumismo mas não aceita o excesso de peso (Carneiro, 2000). Ele também fala da supervalorização da comida e de seu uso como adição.

Eu já peguei época de ficar olhando no espelho e chorar, porque em janeiro fui madrinha de um casamento e achei vestido só em uma loja, porque as outras lojas dizem olha só, pro seu tamanho não tem. Do seu tamanho não tem! Então, você sente aquele preconceito das pessoas, mas eu falei assim, peraí! Mas eu nem cheguei e você tá falando que não tem! Não, porque do seu tamanho não tem. Então, você passa aquele constrangimento (P5).

Categoria II: Moralização da Obesidade e Questões Emocionais

A sociedade contemporânea, apesar das tentativas, ainda não consegue lidar com o diferente, motivo pelo qual aqueles que demonstram pertencer a uma categoria com atributos incomuns ou diferentes são pouco aceitos (Melo, 2005). Nessa esfera social, obesidade é vista com aversão, que, somada à

criminalização da gordura, leva ao indivíduo obeso ser descrito como incapaz de se controlar e como o único culpado por sua situação (Néspoli, Novaes, & Rosa, 2015): “*Meu pai fala que eu tenho que tomar vergonha, homem não gosta de mulher gorda e eu tô ficando gordinha, você tá gordinha, meu pai fala. Minha mãe também fala*” (P5). No entanto, o historiador francês Georges Vigarello (2012) afirma que os significados conferidos aos corpos volumosos nem sempre tiveram natureza depreciativa, na medida em que a gordura é um traço que tem variado de acordo com a época e o espaço em que vivemos. Na sociedade moderna, tornou-se um estigma a ser carregado e combatido (Lupton, 2013).

O movimento feminista, a partir de interpretações sociais que consideravam o machismo e o patriarcado como pontos centrais da opressão feminina, começou a levantar questionamentos a respeito da pressão estética sobre o corpo da mulher. Esse movimento influenciou na distinção da opressão que sofrem as mulheres gordas, que as coloca em desvantagem, injustiça, exclusão, impedimentos e limitações sistêmicas por causa de normas, hábitos e símbolos sociais que não são questionados pela sociedade (isto é, são cumpridos automaticamente) e são reproduzidos pelas instituições de forma sistêmica e estrutural (Rangel, 2017).

Dessa maneira, a sociedade gordofóbica geralmente reforça estereótipos e impõem situações degradantes com fins segregacionistas. A gordofobia está presente não apenas nos tipos mais diretos de discriminação, mas também nos valores cotidianos das pessoas (Arraes, 2014). Neste caso, a sociedade julga os gordos pela perspectiva de seu estado de saúde e de seus hábitos, de modo que os considera incapazes de tomar decisões sobre sua própria vida, além de crer que se, forem discriminados, serão incentivados a se reeducar e emagrecer (Paim, 2019; Piñeyro, 2016, p. 58). Essa pressão que o obeso sofre para emagrecer se torna um fator de risco, pois a gordofobia nos serviços de saúde age contra o bem-estar das pessoas gordas, uma vez que é impossível ter uma vida saudável quando a pessoa sofre discriminação e constantemente odeia a si mesma e seu corpo (Paim, 2019; Piñeyro, 2016, p. 62).

Mesmo que o indivíduo ignore a obesidade e não a queira enfrentar, a sociedade mostra o problema, impondo ao corpo regulações estéticas que passam a implicar em julgamentos morais baseados

em expectativas sociais que avaliam negativamente o corpo e o comportamento daqueles que não se enquadram nos preceitos estéticos (Castro et al., 2017). Nesse sentido, muitos profissionais de saúde agem de maneira moralizadora, como se o paciente escondesse ou omitisse informações sobre seu estado (Novaes, 2012), pois o médico, por associar a magreza ao cuidado com o corpo e com a saúde, considera o corpo magro uma garantia de saúde e adequação.

Assegurando a forma de pensar o corpo como produto das relações sociais, a sociedade gerencia a aparência nos processos de individualização da pessoa, na medida em que elege o corpo do indivíduo como um valor moral, e as construções pessoais e coletivas inserem-se nas representações contemporâneas das normas de beleza que excluem o corpo gordo (Mattos & Luz, 2009; Melo et al., 2017). Então, para se livrar desse círculo acusatório, o indivíduo adota como estratégia a justificativa da existência de problema de saúde, assume a obesidade como uma categoria moral e deixa velada a dor que sente pela perda do prazer em comer.

As pessoas gostam de opinar se você é gordo porque quer, ninguém é gordo porque quer. Você pode chegar pro gordo e perguntar se ele é feliz, não ele vai te dizer o que? Ah! Eu sou uma gorda feliz. Mentira! Ela não é uma gorda feliz, como o homem não é um homem feliz (P8).

Nesse sentido, os relatos dos participantes trazem à tona questões emocionais, como a vergonha de si mesmos e dos outros, o sentimento de culpa e o sofrimento com as críticas da família e da sociedade, que resultam em problemas de autoimagem, baixa autoestima e isolamento social, como assinalado pelo participante: “*Me escondia, evitava as coisas, os lugares, entendeu? Sempre fui assim muito no meu canto; vergonha*” (P2).

Desse modo, a percepção da imagem corporal representa o autoconceito sobre o julgamento do indivíduo diante de seu tamanho, forma e peso, pois muitos sentimentos estão envolvidos nessa interface da aparência corporal, como insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a imagem do corpo apresentada à sociedade (Mattos & Luz, 2009). A percepção de corpo deteriorado, de uma imagem corporal desfigurada, vai muito além de um corpo com excesso de peso e volume (Macedo et al., 2015),

pois independentemente da forma como se apresenta, é alvo de controle, está a serviço do olhar do outro e continua recebendo críticas (Wanderley & Ferreira, 2010). A gordofobia pode ser ilustrada pela fala do participante 1:

Eram coisas assim, que eu mesmo no princípio não tinha vergonha do meu corpo, mas de tanto as pessoas falarem, eu passei a ter vergonha porque, até então, eu não tinha e aí o olhar do outro, as críticas do outro foi começando a me boicotar entendeu? Muito complicado, né? (P1).

Nesse sentido, pelo período em que aumentou e diminuiu de peso várias vezes e fez várias tentativas de emagrecimento fracassadas, o corpo obeso perde a noção de sua imagem corporal. Desse modo, o indivíduo, como mecanismo de defesa, deixa de se olhar no espelho, não se pesa e evita tirar fotos (Schilder, 1980), em negação da própria imagem corporal, que ele ignora ou recusa a reconhecer para fugir da realidade desagradável (Stuart & Laraia, 2002, p. 143), conforme o participante 9, que relata que, ao se olhar no espelho, percebe seu estado e sua baixa autoestima e, conseqüentemente, se autoavalia com sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar desafios (Rosenberg, 1965).

Não sei se pode ter relação com a questão do corpo né? O sobrepeso, a gordura, mas eu não tenho hábito de tirar foto, não tenho hábitos de, de me olhar no espelho, não tenho essa questão de autoestima assim, de comigo, assim, não tenho vontade (P9).

A afirmação de que o corpo fora dos padrões de beleza influencia a vida cotidiana das pessoas (Stuart & Laraia, 2002, p. 169) é vista no relato do participante (P6), pois ele se refere a sua imagem corporal com desprazer, discriminando e criticando sua própria aparência diante do espelho. O obeso sente-se triste, feio, com vergonha e inibido, diminuído e desvalorizado como pessoa (Macedo et al., 2015), de modo que sua percepção a respeito da imagem corporal parece ir além da percepção de tamanho, peso e forma, o que parece refletir na forma como a pessoa se sente sobre si mesma (Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012), como ilustrado a seguir: “Um sentimento, não sei te dizer de

repulsa, mas um sentimento de estranhamento de não me enxergar, de não acreditar que eu estou do jeito que eu estou” (P6).

O padrão ideal de beleza estabelecido pela sociedade exige das mulheres um corpo magro e esbelto, enquanto exige dos homens um corpo atlético e musculoso. Esse critério pode influenciar na maneira como a pessoa obesa se vê e age (Macedo et al., 2015). Dos 11 participantes desta pesquisa, nove são mulheres, e constatou-se que tanto as mais jovens quanto as mais velhas relataram que estavam insatisfeitas com sua imagem corporal.

Estou gorda, estou muito barriguda, eu não sou uma pessoa alta, sou baixa, né? meus seios estão caídos, a papada está muito grande, bunda eu nunca tive bunda e por conta de tá gorda a minha bunda cresceu, eu sempre tive perna grossa a minha perna tá mais grossa ainda, e me incomoda isso, me incomoda muito (P6).

A preocupação com a aparência física e o aumento da insatisfação com o corpo, confirmam o desejo das mulheres obesas de reduzir o tamanho de seu corpo, em diferentes faixas etárias (Bevilacqua, Daronco, & Balsan, 2012). Além disso, o padrão de beleza imposto pela sociedade afeta as mulheres, independentemente da classe econômica, o que é corroborado pelo perfil das participantes dessa pesquisa, pois elas apresentam diferentes perfis sociais (Coelho & Fagundes, 2007).

Categoria III: Decisão: Saúde e Estética

Nesta categoria, os relatos mostraram que, além da melhora das comorbidades, os participantes desejam sentir satisfação, ter bem-estar biopsicossocial e ter motivação para viver e conviver socialmente, com qualidade de vida (Tavares, Nunes, & Santos, 2010, p. 362), conforme exemplificado pelo participante 1. Os dados obtidos mostram que 90% dos participantes, independentemente da idade, desejam fazer cirurgia bariátrica por motivo de saúde e mobilidade, problemas nas articulações, gravidez, estética e para melhorar o físico e a autoestima. Somente 10% disse que o principal motivo é a saúde, como relata o P1: “Eu acho que primeiro é a qualidade de vida, é a saúde, mas como agente secundário muito positivo da perda de peso é a questão estética também, né? Tem muito valor na reconstrução da nossa autoestima” (P1).

Quando o indivíduo começa a apresentar redução da funcionalidade física, com dores no corpo e nas articulações, cansaço constante e dificuldades em amarrar o sapato, andar, abaixar e passar na roleta do ônibus, agregam-se a esses problemas percepções negativas como os sentimentos de incapacidade, vergonha, autodepreciação e baixa autoestima e, conseqüentemente, produz-se menor qualidade de vida (Macedo et al., 2015; Agra et al., 2016). Além disso, o avanço da idade (P9) pode aumentar a consciência sobre os riscos à saúde e a necessidade de prevenir doenças evitáveis, o que pode explicar porque os idosos são mais motivados por preocupações com a saúde do que os adultos mais jovens (Beeken et al., 2018). No entanto, os relatos dos participantes mostram que todos, independentemente da idade se preocupam com as comorbidades causadas pela obesidade e que, desejam fazer cirurgia para resolver o problema: “É... ah...o problema da mobilidade, não só a mobilidade aí vai...também tem a questão da...da...aí entra um pouco da vaidade também” (P11).

Deste modo, a percepção da obesidade se torna efetiva, quando surgem limitações que afetam o cotidiano dos pacientes.

Eu não consigo mais perder, pela questão da idade também, eu não consigo mais perder o peso como eu perdia, né? Até por uma questão de metabolismo, então assim hoje, até por uma questão de saúde tá ficando mais difícil.” não perde peso por causa da idade (P9).

A obesidade causa de um lado complicações como perdas físicas, funcionais, sociais e de outro desejo de aumentar a sobrevida (P2), de reduzir incapacidades e melhorar a qualidade de vida, além da preocupação com a aparência (Beeken et al., 2017). Esses transtornos muitas vezes são interpretados como fracasso no enfrentamento da obesidade e fazem a cirurgia bariátrica parecer a última e/ou única alternativa para conseguir um corpo magro (Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013).

As limitações físicas fazem o paciente perceber objetivamente o problema da obesidade. Então, ele busca ajuda médica, por meio da qual recebe informações a respeito da cirurgia bariátrica, do pré-operatório e do fato de a cirurgia ser apenas um instrumento para ajudá-lo no controle da quantidade de comida ingerida. O resultado efetivo da

perda de peso depende da mudança de seus hábitos alimentares antes da cirurgia, que devem ser mantidos após a operação. Nesse sentido, todos participantes relatam ter ciência de como será o pós-operatório em termos alimentares.

Então você sabe que você vai ter restrições depois. A alimentação né? Como é que vai ser, ela passou já a dieta anterior, de meses e começar essa semana, aí três dias antes, tem uma que é líquida, aí pós-cirúrgica é a líquida coadinha, líquida res-trita, 10 dias aí depois voltar (P10).

Quanto à reeducação alimentar, 100 % dos participantes falam de sua importância e da necessidade de acompanhamento psicológico, pois sem ajuda não conseguem controlar seu desejo de comer e mudar seus hábitos alimentares. Nesse sentido, o apoio multidisciplinar é essencial porque envolve fatores relacionados ao comportamento alimentar, às dificuldades inerentes à vontade e ao sentimento de culpa pela condição de ser obeso e pela incapacidade de realizar dietas e tratamentos:

Oh, só reeducação mesmo. Tô tentando, continuo na reeducação tentando perder peso pra não passar né? Por isso. O problema não é perder, o problema é você manter. Perder a gente perde, mas manter é muito difícil (P5).

Portanto, o indivíduo precisa aprender a dizer “não” a alimentos que até então eram parte de seus hábitos. Por isso, a manutenção da perda de peso após a cirurgia bariátrica depende da modificação do comportamento alimentar no pré-operatório, que exige muita disciplina (Ades & Kerbauy, 2002).

A demanda pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é comum entre pessoas que têm conhecimento sobre o procedimento, que motivam-se em relação a seus resultados e que já passaram por várias tentativas de perda de peso durante a vida (Terra, 1997). Dessa forma, a possibilidade de fazer a gastroplastia tem levado pessoas com obesidade mórbida a depositarem nela suas esperanças e expectativas de mudança em vários âmbitos da vida, como não ser mais motivo de piadas e preconceito, assim como melhorar seus relacionamentos sociais, familiares e profissionais (Marchioli, Marchioli, & Silva, 2005; Moliner & Rabuske, 2008), conforme demonstra

o participante 1. Nesse contexto, os relatos mostram o compartilhamento de incômodos convergentes pela maior parte dos participantes, em aspectos relacionados aos padrões de beleza, ao olhar do outro e aos sentimentos envolvidos na realização da cirurgia, pois a estética, enquanto forma física hegemônica de beleza, tem se tornado o critério sociocultural privilegiado de enquadramento dos sujeitos e fortalece a formação de padrões estigmatizantes do que é ser “saudável”.

Eu acredito que depois da bariátrica vou me redescobrir também é... em relação aos meus gostos, minha forma de me vestir né? eu acho que vou poder ficar mais tranquila em relação a eventos sociais, mas sabendo que sempre vai ser uma luta né? (P1).

A responsabilidade pela aparência cabe cada vez mais ao próprio indivíduo, na medida em que ele mesmo deve se vigiar e controlar seu comportamento (Mattos & Luz, 2009). Desse modo, a estética não é aceita explicitamente como parte dos objetivos principais do participante ao realizar a cirurgia, o que se demonstra pelo fato de ele ser situada como um objetivo segundo, como um “brinde” que acompanha os resultados da cirurgia: *“Eu acho que primeiro é a qualidade de vida e a saúde, mas como agente secundário muito positivo da perda de peso é a questão estética também, né? Tem muito valor na reconstrução da nossa autoestima” (P1).*

No entanto, os benefícios psicológicos e à autoimagem podem melhorar a autoestima e reduzir dificuldades psicossociais do paciente (Marchesini & Antunes, 2017). A gastroplastia tem a vantagem de proporcionar ao paciente o retorno ao padrão corporal de forma relativamente rápida, quando comparada a formas convencionais de emagrecimento como dietas e atividades físicas. Assim, ele consegue uma corporeidade estruturada e equilibrada em relação ao mundo, em um contexto em que a reconstrução do próprio corpo pode ser um mecanismo de reconstrução da identidade e da autoestima, além de promover o restabelecimento do convívio social (Pinho & Barbosa, 2017; Schakarowski & Oliveira, 2014), pois a autoestima positiva faz o indivíduo se sentir seguro, independente, respeitado, reconhecido, adequado à vida e merecedor da felicidade, o que resulta em melhor qualidade de vida (Vitoreli, Pessini, & Silva, 2005).

Considerações finais

Esta pesquisa exploratória contribuiu para compreender os fatores psicossociais presentes na história de vida dos participantes e a maneira como esses fatores influenciaram na ocorrência da obesidade e na decisão de fazer cirurgia bariátrica. Nesse sentido, os relatos mostraram que a cultura alimentar influencia na formação da memória afetiva relativa à comida e que os hábitos alimentares contemporâneos também contribuem para o ganho de peso, como o consumo de alimentos rápidos, a ingestão exagerada de açúcares e gorduras em refeições cada vez mais solitárias e a alta carga de trabalho e responsabilidades. É importante ressaltar que o excesso de dedicação ao trabalho pode limitar o tempo disponível para o preparo e a ingestão de alimentos saudáveis, de modo que se dificulta as práticas para obtenção de um corpo “saudável”.

Além disso, discutiu-se que apesar de a sociedade propagandar a inclusão e a não discriminação, também impõe regulações estéticas que reforçam o estigma do que é ser “saudável”, padroniza os corpos, exclui o corpo obeso e o torna vítima de julgamentos morais recebidos da família e da sociedade. Nessa sociedade gordofóbica, o corpo obeso se opõe aos valores vigentes, segundo os quais a saúde perfeita é baseada em corpos também perfeitos e magros. Eles transformam, assim, a gordura corporal em algo indesejável e símbolo de falência, além de acarretarem ao indivíduo vergonha de si mesmo e dos outros, culpa, sofrimento, autoimagem negativa e baixa autoestima. Consequentemente, para evitar críticas, a pessoa entra em negação, evita se ver no espelho e se isola socialmente.

Entre outros aspectos, com o avanço do ganho de peso e da idade, o paciente começa perceber objetivamente seu estado, marcado por limitações físicas, dores articulares, dificuldade em realizar tarefas corriqueiras, medo de morrer, piora na autoimagem e baixa autoestima. Dessa forma, ele se sente pressionado e busca na cirurgia bariátrica uma solução rápida. No entanto, essa opção não é feita somente em prol da saúde física, mas também configura-se em um modo de se adequar mais rapidamente aos padrões corporais e voltar ao convívio social, sem julgamentos morais. Sendo assim, percebe-se que as alterações físicas causadas pela obesidade afetam o corpo em sua totalidade, isto é, tanto na saúde física quanto psicológica do paciente. Portanto, conforme relatos desta pesquisa e da literatura, a insatisfação corporal e

a autoestima apresentam relações que devem ser consideradas em intervenções mais conscientes e consistentes no tratamento da obesidade.

Em seus relatos, os participantes foram unânimes em afirmar que a cirurgia bariátrica ajuda reduzir a quantidade de comida ingerida, mas não consegue mudar seus sentimentos em relação ao prazer de comer. Portanto, o acompanhamento psicológico do paciente para a reeducação alimentar no pré e pós-operatório é fundamental, pois sozinho ele não consegue controlar o desejo de comer e tem dificuldades em persistir na mudança dos hábitos adquiridos durante toda a vida. Diante do exposto, recomenda-se melhorar a eficácia na elaboração de planos terapêuticos, bem como nas medidas preventivas para conter o surgimento de novos

casos e evitar que a obesidade continue crescendo. Sugere-se ainda o desenvolvimento de práticas educativas alimentares e campanhas de conscientização nas escolas, tanto para os alunos como para os pais, a fim de evitar a obesidade e a gordofobia.

Por fim, ressalta-se a importância do entrosamento entre o paciente, o cirurgião e a equipe multidisciplinar, na tomada de decisão, nas mudanças efetivas do estilo de vida, no comportamento alimentar e na manutenção da perda de peso do paciente obtida por meio da cirurgia bariátrica. Desse modo, conclui-se que o indivíduo comprometido com o tratamento da obesidade adere ao tratamento multidisciplinar, que parece contribuir para o sucesso da cirurgia na promoção do bem-estar.

Referências

- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: Realidade e indagações. *Psicologia USP*, 13(1), 197-216. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100010>
- Agra, G., Araújo, L. L. L. M., Pessoa, V. V. B., Justino Filho, J., Freire, M. E. M., & Formiga, N. S. (2016). Percepção de Mulheres Obesas em Relação ao seu Corpo. *Revista Ibero-Americana de Salud y Envejecimiento*, 2(3), 775-793. [https://www.rea-dcube.com/articles/10.24902/r.riase.2016.2\(3\).775](https://www.rea-dcube.com/articles/10.24902/r.riase.2016.2(3).775)
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*. Artes Médicas.
- Almeida, S. S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 153-160. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>
- Arraes, J. (2014, September). Gordofobia como questão política e feminista. *Revista Fórum* [On-line], 5.
- Araújo, K. L., Pena, P. G. L. P., & Freitas, M. C. S. (2015). Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2787-2796. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.07542014>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2016). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (4a ed.). <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barroso, M. F. R., Borges, D. L., Miranda, S. M., Santos, N. P., Martins Neto, C., & Sene, M. P. (2017). Caracterização Sócio Demográfica e Clínica de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 18(2), 82-90. <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/download/8383/5207>
- Beeken, R. J., Mahdi, S., Johnson, F., & Meisel, S. F. (2018). Intentions to Prevent Weight Gain in Older and Younger Adults; The Importance of Perceived Health and Appearance Consequences. *Obesity Facts*, 11, 83-92. <https://doi.org/10.1159/000486961>
- Bevilacqua, L. A., Daronco, L. S. E., & Balsan, L. N. G. (2012). Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e autoestima em mulheres ativas. *Salusvit*, 31(1), 55-69. https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v31_n1_2012_art_05.pdf
- Bourdieu, P. (1983). *Sociologia* (R. Ortiz, Org.). Ática.
- Camarano, A. A. (2011). Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência [Artigo em website]. *Coletiva*. <http://coletiva.labor.unicamp.br/index.php/artigo/envelhecimento-da-populacao-brasileira-continua-cao-de-uma-tendencia>

- Carneiro, H. F. (2000). *A obesidade sob a visão do psiquiatra: um conceito humano para avaliar o peso*. Atheneu.
- Castro, T. G., Pinhatti, M. M., & Rodrigues, R. M. (2017). Avaliação de Imagem Corporal em Obesos no Contexto Cirúrgico de Redução de Peso: Revisão Sistemática. *Temas em Psicologia*, 25(1), 53-65. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-04Pt>
- Coelho, E. J. N., & Fagundes, T. F. (2007). Imagem corporal de mulheres de diferentes classes econômicas. *Motriz, Rio Claro*, 13(2), S37-S43.
- Coradini, A. O., Moré, C. L. O. O., & Scherer, A. D. (2017). Obesidade, Família e Transgeracionalidade: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 58, 17-37. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v26n58/n26a03.pdf>
- Costa, A. J. R. B., & Pinto, S. P. (2015). Transtorno da compulsão alimentar periódica e qualidade de vida de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(Supl.1), 52-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-6720201500S100015>
- Efferdinger, C., König, D., Klaus, A., & Jagsch, R. (2017). Emotion regulation and mental well-being before and six months after bariatric surgery. *Eat Weight Disord*, 22(2), 353-360. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-017-0379-8>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle: Selected papers*. International Universities Press.
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A., & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 49(2), 47-54. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v49n2/v49n2a06.pdf>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Livros Técnicos e Científicos.
- Halpern, Z. S. C., Rodrigues, M. B., & Costa, R. F. (2004). Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(4), 150-153. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000400002>
- Hamburger, W. W. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35(2), 483-499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)35305-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)35305-6)
- Hübner, C., Baldofski, S., Zenger, M., Tigges, W., Herbig, B., Jurowich, C., Kaiser, S., Dietrich, A., & Hilbert, A. (2015). Influences of general self-efficacy and weight bias internalization on physical activity in bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(6), 1371-1376. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.11.013>
- Lamounier, J. A., & Parizzi, M. R. (2007). Obesidade e saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1497-1499. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600027>
- Lara, B. R., & Paiva, V. S. F. (2012). A dimensão psicossocial na promoção de práticas alimentares saudáveis. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 1039-1054. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000400014>
- Lupton, D. (2013). *Fat* (1a ed.). Routledge.
- Macedo, T. T. S., Portela, P. P., Palamira, C. S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery*, 19(3), 505-10. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150067>
- Malaquias, D. F. (2014). *Obesidade Mórbida: uma abordagem psicanalítica* [Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário Jorge Amado]. Psicologia.pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0367.pdf>
- Marchesini, S. D., & Antunes, M. C. (2017). A percepção do corpo em pacientes bariátricos e a experiência do medo do reganho de peso. *Interação em Psicologia*, 21(2), 127-136.
- Marchioli, A. C. D., Marchioli, P. T. O., & Silva, L. B. C. (2005). As consequências psicossociais da cirurgia de redução de estômago. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 13(1), 175-214.
- Mattos, R. S., & Luz, M. T. (2009). Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 489-507. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200014>
- Melo, F. V. S., Farias, S. A., & Kovacs, M. H. (2017). Estereótipos e estigmas de obesos em propagandas com apelos de humor. *Organizações & Sociedade*, 24(81), 305-324. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-9230816>
- Melo, Z. M. (2005). Os estigmas: a deterioração da identidade social. *Unicap*, 1, 1-4. https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/199237/mod_resource/content/1/identidade%20social%20e%20estigmas.pdf
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G., Pecoraro, G., Pasanisi, F., Rossetti, G., & Galletta, D. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 105-115. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0275-7>

- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. HUCITEC.
- Ministério da Saúde. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira* (2a ed.). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- Moliner, J., de, & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200004
- Motta, A. K. F., Gomes, K. K. A., Macedo, M. G. D., & Negreiros, L. N. (2011). Programa de cirurgia bariátrica: Grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar. *Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas*, 10(2), 31-34.
- Nascimento, C. D. do, Bezerra, S. M. da S., & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-10. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a04.pdf>
- Nassif, P. A. N., Malafaia, O., Ribas-Filho, J. M., Czeczko, N. G., Garcia, R. F., & Ariede, B. L. (2015). Quando e Por Que Operar Idoso Obeso. *ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(Supl.1), 84-85. <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rmp/issue/viewFile/2093/247>
- Néspoli, N., Novaes, J. V., & Rosa, C. M. (2015). O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. *DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 1(2), 149-168. <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2015v1n2p149>
- Ng, M., Fleming, T. B. S., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M. E., Achiki, T., Albuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A., ... & Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 384(9945), 766-781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Novaes, J. V. (2012). Você tem fome de quê? Sobre a clínica da obesidade em um hospital público. In J. Vilhena & J. V. Novaes (Orgs.), *Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos*. PUC-RIO; Appris.
- Novelle, J. M., & Alvarenga, M. S. (2016). Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 262-285. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000133>
- Otto, A. F. N., & Ribeiro, M. A. (2012). Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 255-263. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200009>
- Paim, M. B. (2019). Os corpos gordos merecem ser vividos. *Revista Estudos Feministas*, 27(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n156453>
- Pinho, L. F. P. de., & Barbosa, F. C. (2017). Ditadura da Beleza: A Cirurgia Bariátrica como Método de Alcance do Padrão Corporal Estabelecido pela Sociedade. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 5(3), 1-22. <https://pdfs.semanticscholar.org/9933/3ee546619b4a9e618f5542e32b0dbae36da0.pdf>
- Piñeyro, M. (2016). *Stop Gordofobia y las panzas subversas*. Zambra; Baladre.
- Rangel, N. F. A. de. (2017). A Emergência do Ativismo Gordo no Brasil [Trabalho apresentado]. *Anais do 11º Seminário Internacional Fazendo Gênero; 13th Women's Worlds Congress*, Florianópolis, Brasil. http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499466334_ARQUIVO_AemergenciadoMovimentoGordonoBrasilNataliaRangel.pdf
- Reis, A., Mansini, G., & Leite, F. (2018). *Promoção da saúde nas empresas: casos de sucesso*. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. <https://docplayer.com.br/104182-Promocao-de-saude-nas-empresas-casos-de-sucesso-amanda-reis-greice-mansini-francine-leite.html>
- Robertson, A., Mullan, B., & Todd, J. (2014). A qualitative exploration of experiences of overweight young and older adults. An application of the integrated behaviour model. *Appetite*, 75(1), 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.006>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Rosta, M. L., Porfiri, F., Zaccaria, A., Giannetti, G., Scoppetta, M., Giustacchini, P., Iaconelli, A., Chieffo, D., Mingrone, G., Raffaelli, M., & Janiri, L. (2017). Body Image in Bariatric surgery candidates. *25th European Congress of Psychiatry; European Psychiatry*, 41(1), S521-S582. [https://www.europsy-journal.com/issue/S0924-9338\(17\)X0003-5?code=eurpsy-site](https://www.europsy-journal.com/issue/S0924-9338(17)X0003-5?code=eurpsy-site)

- Schakarowski, F. B., & Oliveira, V. Z. (2014). O corpo (im)possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 45, 177-189. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200014&lng=pt&tlng=pt
- Schakarowski, F. B., Padoin, A. V., Mottin, C. C., & de Castro, E. K. (2018). Percepção de Risco da Cirurgia Bariátrica em Pacientes com Diferentes Comorbidades Associadas à Obesidade. *Temas em Psicologia*, 26, 339-346.
- Schilder, P. (1980). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. Martins Fontes.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 68-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700015>
- Silva, C. P. G., & Bittar, C. M. L. (2012). Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. *Revista Saúde e Pesquisa*, 5(1), 197-207.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2017). *Número de cirurgias bariátricas no Brasil cresce 7,5% em 2016*. <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2018). *Mapa da Obesidade*. <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
- Star, A., Hay, P., Quirk, F., & Mond, J. (2015). Perceived discrimination and favourable regard toward underweight, normal weight and obese eating disorder sufferers: implications for obesity and eating disorder population health campaigns. *BMC Obesity*, 7(2), 1-9. <https://bmcobes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40608-014-0032-2>
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica* (4a ed.). Reichmann & Affonso Editores.
- Tavares, B. T., Nunes, M. S., & Santos, O. M. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(3), 359-366. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>
- Terra, J. L. (1997). Le point de vue du psychiatre sur le traitement de l'obésité morbide par gastroplastie : Traitement chirurgical de l'obésité morbide. *Annales de Chirurgie (Paris)*, 51(2), 177-182.
- Vigarello, G., & Penchel, M. (2012). *As metamorfoses do gordo: história da obesidade no Ocidente; da Idade Média ao século XX*. Vozes.
- Vitoreli, E., Pessini, S., & Silva, M. J. P. D. (2005). A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2(1), 102-114. <https://repositorio.usp.br/item/001441229>
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>
- World Health Organization. (2018, 9 de junho). *Obesity and overweight*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Sandra Aparecida Medeiro

Gestora e Professora do Curso de Tecnologia em Estética e Cosmética da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Niterói – RJ. Brasil. Doutora em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Niterói – RJ. Brasil.

E-mail: samedeiro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1451-7508>

Lucia Helena de F.P França

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Niterói – RJ. Brasil. Doutora (PhD) em Psicologia pela Universidade de Auckland. Nova Zelândia.

E-mail: luciafranca@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0676-3757>

Ione Vasques Menezes

Professora da Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Niterói – RJ. Brasil.
Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UNB), Brasília – DF. Brasil.

E-mail: vasques.menezes@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9503-8567>

Endereço para envio de correspondência:

Sandra Medeiro. Rua Pastor Manoel Avelino de Souza, 116, apto. 301, Bairro de Fátima. CEP: 24070-180.
Niterói – RJ. Brasil.

Recebido 03/04/2019

Aceito 06/04/2020

Received 04/03/2019

Approved 04/06/2020

Recibido 03/04/2019

Aceptado 06/04/2020

Como citar: Medeiro, S. A., França, L. H. F. P., & Menezes, I. V. (2021). Motivos Psicossociais para Cirurgia Bariátrica em Adultos Jovens e mais Velhos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222218>

How to cite: Medeiro, S. A., França, L. H. F. P., & Menezes, I. V. (2021). Psychosocial Factors for Bariatric Surgery in Young and Older Adults. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222218>

Cómo citar: Medeiro, S. A., França, L. H. F. P., & Menezes, I. V. (2021). Razones Psicossociales de Adultos Jóvenes y de Mediana Edad para realizar la Cirugía Bariátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222218>