

Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica

Carlos Alberto Domingues do Nascimento

Universidade de Pernambuco

Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

Universidade Federal de Pernambuco

Universidade de Pernambuco

Ednalva Maria Sampaio Angelim

Psicóloga

Resumo

O presente estudo objetivou investigar em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica os aspectos psicológicos relacionados à sua condição de obesa e ao seu emagrecimento. O método utilizado foi o descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados permitiram, inicialmente, constatar que a obesidade, além de comprometer a saúde física, restringe a vida afetiva e social, pois impõe um autoconceito negativo e inibidor dos vínculos interpessoais. Com o processo de emagrecimento após a cirurgia, observa-se uma acentuada melhora das condições físicas e emocionais, as quais influenciam e são influenciadas pela reformulação positiva do autoconceito. Todavia, o emagrecimento tanto pode acarretar demandas estéticas irrealizáveis como certas vivências de despersonalização, as quais favorecem a desadaptação emocional ou a ocorrência de transtornos psíquicos. Pelas mudanças identitárias que acarreta, a cirurgia exige, preventivamente, o acompanhamento e o apoio psicológico às mulheres que a realizam.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica; obesidade; emagrecimento; aspectos psicológicos; autoconceito.

Abstract

Obesity and weight loss experiences in women who were submitted to the bariatric surgery. The present study aimed to investigate, in women who were submitted to bariatric surgery, the psychological aspects related to their obese condition and to their weight loss. The method used was the descriptive-exploratory, with a qualitative approach. The data allowed, initially, to see that obesity, beyond harms the physical health, narrows the affective and social life, since it brings a negative self-concept and inhibits the interpersonal links. With the weight loss process, after the surgery, it is possible to see a marked improvement of the physical and emotional conditions, which influence and are influenced by the positive reformulation of self-concept. However, the weight loss can result in unachievable esthetics demands like certain types of depersonalization, which contribute to an emotional misfit process or to the occurrence of psychic disorders. Due to the identity changes demanded by the surgery, a psychological care and support toward the women that did the mentioned surgery is preventively required.

Keywords: bariatric surgery; obesity; weight loss; psychology, self-concept.

Resumen

Vivencia de la obesidad y del adelgazamiento en mujeres sometidas a la cirugía bariátrica. El presente estudio tuvo por fin investigar en mujeres sometidas a la cirugía bariátrica los aspectos psicológicos relacionados a su condición de obesa y a su adelgazamiento. El método utilizado fue el descriptivo-exploratorio, de abordaje cualitativo. Los datos permitieron, inicialmente, constatar que la obesidad, además de comprometer la salud física, restringe la vida afectiva y social, pues impone un auto concepto negativo e inibidor de los vínculos interpersonales. Con el proceso de adelgazamiento después de la cirugía, se observa una acentuada mejora de las condiciones físicas y emocionales, las cuales influyen y son influenciadas por la reformulación positiva del auto concepto. Sin embargo, el adelgazamiento tanto puede acarrear demandas estéticas irrealizables como ciertas vivencias de despersonalización, las cuales favorecen la desadaptación emocional o la ocurrencia de trastornos psíquicos. Por los cambios de identidad que acarrea, la cirugía exige, preventivamente, el acompañamiento y el apoyo psicológico a las mujeres que la realizan.

Palabras clave: cirugía bariátrica; obesidad; adelgazamiento; aspectos psicológicos; auto concepto.

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo. Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sua disseminação configura uma pandemia que atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento, estimando-se, em todo o mundo, a existência de 300 milhões de pessoas com excesso de peso ou obesas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004). Trata-se, portanto, de um grave problema de saúde pública. No Brasil, admite-se que, na população adulta, haja uma prevalência de 12,7% para mulheres e de 8,8% para homens, e, para crianças e adolescentes, com idade entre 6 a 18 anos, de 14% (Baratieri, 2005).

Estudos realizados sobre a obesidade apontam uma etiologia multifatorial decorrente da interação entre a condição orgânica do indivíduo, ou seja, sua constituição hormonal, genética e metabólica, e seu estilo de vida, o qual pressupõe a conjugação de fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos (Silva, 2005). Para diagnosticá-la, o parâmetro usualmente aceito é a medida do Índice de Massa Corporal (IMC), aferido pela divisão do peso do indivíduo em kg pelo quadrado de sua altura. Em função desse índice, tem-se a seguinte classificação: Saudável (até 24,9), Sobrepeso (25-29,9), Obesidade (Classe I -30-34,9-, Classe II - 35-39,9- e Classe III -> 40) (Silva, 2005). Nas Classes II e III, e, para esta última em particular, denominada de obesidade mórbida, eleva-se o risco de mortalidade e comorbidade, uma vez que pode estar frequentemente associada a doenças, como, dentre outras, hipertensão arterial, câncer, varizes e trombozes dos membros inferiores e distúrbios psíquicos (Carvalho, 2005).

Além dessas situações de adoecimento físico, o obeso, na maioria das vezes, apresenta um estado de sofrimento psíquico observado pela condição de desajustamento emocional (depressão, ansiedade, alterações de humor etc.) e formação de um autoconceito negativo (vergonha, insegurança, autodepreciação, baixa autoestima, etc.) (Silva & Costa, 2005). Esse sofrimento é intensificado pela desvalorização estética da obesidade, pois o “ser gordo” se contrapõe ao modelo de beleza física, estabelecido socialmente. Ditando padrões e regras, a sociedade atual demarca as fronteiras da beleza física ideal e o faz tornando “natural” e “necessária” a veiculação do corpo à magreza. Para o obeso, esse imperativo estético da magreza, ao qual não consegue atender, acarreta sentimentos de rejeição e exclusão, pois é socialmente percebido, segundo atributos estereotipados, estigmatizantes e depreciativos, como preguiçoso, feio, descuidado, assexuado (Goldenberg & Ramos, 2007; Silva & Costa, 2005).

Nas últimas décadas, para intervir sobre o sofrimento físico e psíquico do obeso, tem-se a proposição de diversos tratamentos, os quais utilizados isolada ou conjuntamente, compreendem a terapêutica clínica (farmacológica), a intervenção psicoterápica, as dietas alimentares, a atividade física e a terapêutica cirúrgica. Essa última, denominada de cirurgia bariátrica, pressupõe a utilização de técnicas que, reduzindo o estômago, provoquem o emagrecimento mediante a diminuição de ingestão alimentar (cirurgia restritiva) ou a restrição da absorção alimentar (cirurgia disabsortiva). Sua indicação pela comorbidade associada é feita para a obesidade de Classe II ($IMC \geq 35 \text{ Kg/m}^2$) e Classe III ($IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$) (Farias, 2005). Embora o IMC seja um critério

fundamental, consideram-se outros fatores como a resistência ao tratamento clínico prévio, a inexistência de doenças clínicas severas, a ausência de psicopatologia grave e a capacidade cognitiva do paciente para compreender as implicações da cirurgia, especialmente no período pós-operatório (Farias, 2005). Em situações clínicas graves, como a insuficiência renal, a cirurgia pode ser contraindicada, mas, ainda assim, é considerada a avaliação do risco versus benefício (Farias, 2005; Silva, 2005).

Diferentemente das demais alternativas terapêuticas, a cirurgia bariátrica tem-se mostrado bastante eficaz na contenção do excesso de peso e no emagrecimento, propiciando ao obeso grande melhoria na sua qualidade de vida física, social e emocional. Todavia, sua realização pressupõe, no período pré-cirúrgico, uma precisa avaliação psicológica e psiquiátrica, já que pode estar correlacionada a distúrbios psíquicos, como depressão, transtornos de ansiedade e compulsão alimentar periódica (Dobrow, Kamenetz, & Devlin, 2002; Fandino, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). As restrições vivenciadas no período pós-cirúrgico merecem atenção, especialmente as alimentares, pois também suscitam reações emocionais (ansiedade, irritabilidade, agressividade etc.) ou distúrbios psíquicos (depressão, alcoolismo, bulimia etc.) (Fandino et al., 2004; Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrant, & Senf, 2004; Roberts, Deleger, Strawbridge, & Kaplan, 2003). Mesmo com os efeitos favoráveis dessa cirurgia, atestados pela redução ou eliminação dos danos físicos e psíquicos associados à obesidade, é importante atentar para possíveis desajustamentos emocionais que comprometam tanto a adesão do paciente ao tratamento como sua condição de adaptação socioemocional.

As mulheres constituem o segmento populacional que mais procura a cirurgia bariátrica, muitas vezes estimulada pelo parâmetro cultural da magreza associado à feminilidade, o qual tem uma intensa ressonância na condição existencial da mulher. Assim, além da condição física em si, ou seja, da busca de uma melhoria da saúde pela diminuição ou eliminação do risco de mortalidade e comorbidade inerentes à obesidade, existe o objetivo estético decorrente do emagrecimento, o qual perfila uma expectativa tanto subjetiva, veiculada à autoestima, como o sociocultural, que determina o imperativo da magreza como ideal corpóreo. Diante dessa demanda individual e social, a cirurgia bariátrica e seu efeito imediato, o emagrecimento, têm-se apresentado como a solução de um problema orgânico, psíquico e cultural, cuja repercussão se estende a toda a condição de vida do sujeito: autoestima, sociabilização, relações afetivas, saúde física e mental, estilo de vida, realização profissional, etc. Realizar a cirurgia é, então, atender a uma expectativa de mudança biopsicossocial, que repercute em todo o campo relacional dos pacientes obesos e, em especial, da mulher obesa.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo investigar as vivências das mulheres submetidas à cirurgia bariátrica em relação à obesidade e ao emagrecimento. Tal conhecimento pode subsidiar os profissionais de saúde, ou seja, enfermeiros, médicos, nutricionista, assistentes sociais e, especialmente, psicólogos, na promoção de uma melhor assistência à mulher submetida à cirurgia bariátrica, tanto no período pré como pós-cirúrgico. Compreender a organização e o funcionamento psicológico da paciente obesa, ou, no caso,

ex-obesa, é uma condição necessária para levá-la a elaborar, positivamente, as experiências e as expectativas associadas às mudanças corpóreas, oriundas do emagrecimento pós-cirúrgico, permitindo, assim, cuidar do surgimento ou reincidência de agravos psíquicos.

Método

O presente estudo, do tipo transversal e de natureza descritiva e exploratória, fundamentou-se numa abordagem qualitativa. Nessa perspectiva de abordagem prioriza-se o levantamento de informações que permitam apreender o universo de significações - motivos, crenças, valores e atitudes - veiculados ao fenômeno estudado (Minayo, 1992). Dessa forma, focalizou-se, no contexto de realização da cirurgia bariátrica por mulheres, o levantamento de algumas das significações atribuídas por tais mulheres à obesidade (pré-cirúrgico) e ao emagrecimento (pós-cirúrgico).

Para assegurar a ocorrência das significações pretendidas, as participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (a) ser adulta (25-40 anos), (b) ter realizado a cirurgia num período de 12 a 14 meses, (c) apresentar emagrecimento com $IMC \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso), (d) pertencer ao extrato socioeconômico médio e (e) manter relacionamento afetivo estável. Em relação aos critérios de exclusão, estabeleceu-se: (a) portar ou ter sido portador de transtorno mental grave (depressão, alcoolismo, psicose etc.) e (b) apresentar doença orgânica crônica concomitante a obesidade (leucemia, cardiopatia etc.). Em função desses critérios, no primeiro semestre de 2009, recorreu-se à clientela de um serviço particular da cidade do Recife, no qual, mediante seleção e indicação médica, constituiu-se, segundo o critério de saturação do conteúdo, uma amostra proposital de 15 mulheres (Minayo, 1992; Turato, 2003). As participantes submeteram-se a uma entrevista semiestruturada com os seguintes tópicos discursivos: (a) o surgimento da obesidade; (b) o enfrentamento da obesidade; (c) a imagem corporal na obesidade e (d) a vivência do processo de emagrecimento.

Os dados coletados foram organizados e analisados segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre & Lefèvre, 2003). A proposta compreende a utilização de figuras metodológicas que resgatam e organizam as significações do discurso coletivo a partir do discurso individual. Para tanto, têm-se as seguintes etapas:

a) Identificação de Expressões-Chave (E-Ch) - trechos que melhor identificam e descrevem o conteúdo significativo e comum aos diversos indivíduos;

b) Síntese das Ideias Centrais (ICs) - fórmulas sintéticas que descrevem o significado (comum, complementar ou oposto) presente nos discursos;

c) Estabelecimento das Ancoragens (ACs) - formulações sintéticas, decorrentes das marcas discursivas que permitem identificar e articular o contexto ideológico subjacente ao discurso formulado;

d) Edição dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) - articulação das E-Ch e suas respectivas ICs e/ ou ACs mediante a edição de textos na primeira pessoa do singular.

Para operacionalizar a análise dos discursos, recorreu-se à técnica da triangulação (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Numa

primeira etapa, cada pesquisador realizou, individualmente, a identificação preliminar das E-Ch e das ICs, as quais, uma vez comparadas, acarretaram o estabelecimento das definitivas. Em função destas, realizou-se a segunda etapa a qual compreendeu, inicialmente, uma edição prévia dos DSCs por cada pesquisador, para, em seguida, comparando-as, realizar-se a edição final dos DSCs. Nesse contexto, tem-se que as diversas ICs/DSCs, resultantes da análise, são formulações sintéticas que expressam, no contexto da realização da cirurgia bariátrica, as significações das mulheres sobre sua condição de obesa e seu processo de emagrecimento. A focalização do conteúdo em sua dimensão subjetiva permitiu desconsiderar a análise das marcas de ancoragem inerentes aos discursos.

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Integrada do Recife (CEP- FIR), que, obedecendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, emitiu parecer favorável (CAAE-0005.0.100.000-08). As participantes, após esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, o sigilo, a necessidade de gravação e divulgação dos resultados, autorizaram sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

As participantes do estudo, na faixa etária de 27 a 37 anos, apresentavam relacionamento afetivo estável (namoro (1), noivado (3), casamento (11)), tinham vínculo religioso (3 espíritas e 12 católicas) e exerciam ocupações profissionais diversas (8 autônomas, 5 domésticas, 1 economista, 1 assistente social). O tempo de cirurgia médio foi de 12 meses e 20 dias. A partir dos tópicos da entrevista, segundo o objetivo proposto para o estudo, constituíram-se doze (12) ICs e seus respectivos DSCs.

O surgimento da obesidade

A obesidade, para a criança e o adolescente, tal qual ocorre com o adulto, é um fator de risco para a saúde física. Ao mesmo tempo, também interfere negativamente na autopercepção, podendo acarretar algum desajustamento emocional. Embora a criança não apresente, necessariamente, uma autopercepção negativa, muitas vezes pode ser vítima de atitudes pejorativas e discriminatórias, como se observa ao serem referidas pelas colegas, por exemplo, no ambiente escolar, por meio de apelidos estigmatizantes (Carvalho, Caetano, Galindo, & Malfara, 2005; Damiani, Damiani, & Oliveira, 2002). No adolescente, por sua vez, pela importância da imagem corporal na constituição de sua identidade, a repercussão psicológica da obesidade é maior, acarretando sentimentos negativos de autodepreciação ou discriminação pelos pares (Aberastury & Knobel, 1981; Allon, 1979; Ferriani, Dias, Silva, & Martins, 2005).

As participantes do estudo, quando questionadas sobre a obesidade e sua repercussão no seu processo de desenvolvimento, mencionaram a infância, embora tenham feito especial menção a sua interferência na adolescência. Sobre esse momento do ciclo vital, referem uma autoimagem corporal negativa, a qual, acarretando-lhes conflitos subjetivos e intersubjetivos, dificultava, por um lado, a aceitação de si, e, por outro, desfavorecia a inserção grupal como experiências estruturantes

desse momento evolutivo (Aberastury & Knobel, 1981). Assim, situam a obesidade como uma condição que comprometeu a vivência de alguns interesses e atividades próprias da adolescência, tais como a escolha de vestimentas, a participação em encontros sociais (festas e dança) e o estabelecimento de relacionamentos afetivo-sexuais (paquerar):

IC/DSCI - A obesidade comprometendo as vivências infantis e adolescentes:

A obesidade me acompanhou por toda a vida, desde a infância. Na adolescência, prejudicava-me muito; eu me escondia, não me sentia à vontade, impedia-me de várias coisas do cotidiano, por exemplo, dançar. Você vai para uma festa e, ao invés de ser paquerada, você é motivo de chacota: “Olha aquela gorda”. Sentia muita tristeza, desmotivada. Eu não olhava para ninguém para não ser rejeitada. Meu sentimento era de muita dificuldade para encontrar roupas, para encontrar parceiros, paquerar; tudo porque eu não me visualizava bem. Sentia-me rejeitada por causa do meu corpo.

Na vida adulta, tem-se a gravidez como um fator que desencadeia ou intensifica a obesidade:

IC/DSC II - A obesidade decorrente da gravidez: “Na gravidez, aumentei de peso. Sentia-me a última pessoa da face da terra. Horrível. Discriminada e cobrada. As pessoas acham que é acomodação. A cada filho aumentava de peso”.

Para as mulheres, em geral, a gravidez corresponde à realização do “sonho de ser mãe” e, ao mesmo tempo, de propiciar ao parceiro a realização da paternidade, sendo, portanto, uma condição organizadora da identidade feminina, embora também seja fonte de conflitos, ansiedades e, até mesmo, do surgimento de transtornos como a depressão (Conde & Figueiredo, 2003; Sarmento & Setúbal, 2003). Por ser um período no qual ocorrem muitas mudanças corporais e psicológicas, o processo gestacional aguça a sensibilidade emocional da mulher, a qual é intensificada quando os amigos, os familiares e o cônjuge, dado o aumento de peso ou a emergência da obesidade, fazem críticas e demandas estéticas difíceis de serem atendidas.

Nesse contexto, no qual se observa uma maior vulnerabilidade emocional, constata-se a diminuição da autoestima. Essa situação se intensifica quando, após o parto, a obesidade se consolida, sem que a mulher tenha condições de elaborar estratégias de enfrentamento da situação, ainda que o queira ou se sinta demandada para tal. Assim, durante e após a gravidez, estabelece-se uma vivência ambivalente: por um lado, a mulher mostra o prazer da realização do desejo de ser mãe, o que firma sua feminilidade e, por outro, o desprazer associado à mudança negativa da imagem corporal, experimentando, assim, sentimentos autodepreciativos ou sofrendo atitudes reprovadoras no âmbito dos vínculos interpessoais.

O enfrentamento da obesidade

Em geral, e em especial para os obesos, o comportamento alimentar envolve vários fatores:

a) os processos biológicos que refletem o anseio de comer e os processos de inibição da ingestão alimentar e reserva de tecido adiposo;

b) os processos ambientais que restringem o tempo e a

distribuição de episódios alimentares, influenciando o consumo energético em decorrência do sabor e do valor nutricional dos alimentos;

c) as modulações autoimpostas do padrão comportamental, experimentadas e efetivamente alcançadas, decorrentes da interação entre os processos biológicos e os ambientais;

d) as tentativas de autocontrole do comportamento, as quais são imprevisíveis, pois tendem a se opor às tendências biológicas e às pressões ambientais (Blundell & Gillett, 2001, p. 264).

Dessa forma, a ineficácia dos comportamentos alimentares restritivos dos obesos não pode ser atribuída a uma suposta “falta de esforço” ou “iniciativa”. O conjunto dos determinantes da obesidade demonstra o caráter falacioso de tal atribuição, pois querer ser magro não implica, necessariamente, poder sê-lo, ao menos como uma atitude que dependa, apenas, do esforço ou da iniciativa individual. Essa dificuldade intrínseca à obesidade não é apreendida pelas participantes que deixam transparecer certa culpabilidade por sua condição de obesa:

IC/DSC III - O fracasso do enfrentamento da obesidade:

Fiz todos os regimes possíveis. Fui a endocrinologistas e nutricionistas. Realizei várias dietas, acupuntura, vigilantes do peso, tudo o que estava na moda eu fazia. Tentava me segurar com a alimentação, mas a ansiedade era muito grande, investi em tudo, mas não funcionava. Sentia-me triste, péssima, frustrada ao fazer regime e não ter sucesso. Sentimento de fracasso. Perdia peso à base de remédios, que me deixavam agressiva, pois perdia e ganhava novamente. Eu tentava mostrar para as pessoas que estava bem, mas eu estava péssima.

Observa-se, então, que a incapacidade de realizar os diversos tipos de dietas e tratamentos, oriundos do senso comum ou da prescrição de endocrinologistas e nutricionistas, acarreta a percepção da impossibilidade de emagrecimento, interpretada como um fracasso pessoal, o qual, permeado pela culpabilidade, associa-se a uma condição de desajustamento expressa a partir de reações emocionais, como ansiedade, tristeza ou agressividade. O fracasso do enfrentamento da obesidade parece, por um lado, cristalizar um sentimento de impotência, e, por outro, consolidar a descrença no controle da ingestão alimentar como estratégia de emagrecimento.

Diante desse fracasso e em função das demandas de saúde, principalmente das estéticas, advindas de si e dos outros, faz-se a opção pela cirurgia bariátrica, percebida como uma estratégia real, definitiva e última para se eliminar a obesidade. A cirurgia se apresenta, então, como um meio para atender ao crivo estético da magreza enquanto padrão corpóreo subjetivo e socialmente estabelecido, e, ainda, como uma estratégia de superação do fracasso dos tratamentos já realizados, como por exemplo, as dietas. O conhecimento de casos de sucesso entre conhecidos ou familiares e o apoio destes últimos, em especial daqueles com os quais mantém um vínculo afetivo-sexual, estimulam e reforçam a decisão pela realização da cirurgia:

IC/DSC IV - A decisão pela realização da cirurgia bariátrica:

Vi uma pessoa que fez a cirurgia e ficou ótima. Um primo fez e se deu bem, e por causa dele eu resolvi fazer. Eu resolvi fazer, meu marido queria que eu fizesse, [porque] a irmã dele

tinha feito na época. Todo o mundo fazendo, e eu vendo as pessoas magras.

A imagem corporal na obesidade

Na vida adulta, além da limitação física e do adoecimento, a obesidade interfere nas condições psicológicas da mulher, pois sua rejeição à autoimagem corporal compromete a relação com os outros, particularmente com aqueles com os quais mantém ou pretende estabelecer um vínculo afetivo-sexual. Algumas vezes, observa-se a inibição da emergência do desejo sexual, e, muitas outras, de sua realização, pois, veiculada ao sentimento de vergonha, coloca-se segundo uma representação corpórea que, sexualmente, deseja, sem se perceber desejada:

IC/DSC V - Sentimentos de vergonha e inibição diante do relacionamento afetivo-sexual:

No relacionamento afetivo, eu posso dizer que sentia muita vergonha de ficar nua; pedia para apagar a luz, tinha vergonha de transar e não tinha desejo sexual. Tinha inibição, muitas limitações, algumas posições sexuais eram incômodas. Eu nunca achei uma pessoa gorda desejável, eu nunca paquerei um obeso, então como era que eu ia me sentir desejável? Não tinha autoestima, não gostava do meu corpo, então como é que os outros iriam gostar? Sentia-me rejeitada. Quando ele [marido ou namorado] não queria transar comigo, logo pensava: “É porque eu sou obesa”. Tinha o meu sentimento também, de não me sentir bem, desejável; eu não me sentia bem comigo, achava-me feia.

O processo de estruturação psíquica, especificamente do ego, pressupõe um momento inicial, o narcisismo primário, no qual o sujeito, colocando-se como objeto do seu próprio desejo, encontra a gratificação em si (Freud, 1914/2004). Em seguida, temos o narcisismo secundário em que o investimento do desejo, agora direcionado a objetos externos, por exemplo, o outro amado, numa relação afetiva, articula a gratificação pela via do reconhecimento, ou seja, à medida que é posto como objeto do desejo desse outro (Freud, 1914/2004). Nessa perspectiva, observa-se a relevância da imagem corporal, pois, sendo um fator que articula ou desarticula o sujeito como objeto do desejo do outro, favorece ou não a gratificação narcísica. O discurso das mulheres, permeado pela vergonha e dessexualização do corpo, evidencia a quebra nessa dimensão narcísica, já que a obesidade, incrustada na imagem corporal configura-lhes a impossibilidade de serem reconhecidas como objeto desejado. Colocam-se, então, à margem ou excluídas do desejo do outro, ou melhor, colocam-se como um deteto do desejo do outro.

Nesse contexto, o sentimento de rejeição vivido na relação afetivo-sexual também corresponderia à diminuição do autoconceito como desvalorização do sujeito por si (autoestima). No âmbito de qualquer relação amorosa, o autoconceito se apresenta, em princípio, diminuído, já que, pelo deslocamento do investimento afetivo do ego para o outro, ocorre certa renúncia ao investimento narcísico:

A dependência do objeto amado tem o efeito de reduzir o autoconceito; aquele que está apaixonado fica numa postura humilde. Quem ama já sacrificou, por assim dizer, uma parcela

de seu narcisismo, e o único modo pelo qual o indivíduo pode agora substituí-la é sendo amado (Freud, 1914/2004, p. 116).

Portanto, o que permite a elevação do autoconceito é ser e sentir-se desejado pelo outro, situação que, na percepção das mulheres participantes deste estudo, inexistente. A obliteração do atendimento dessa demanda narcísica pelo parceiro, seja esta real ou imaginária, acarreta, nas mulheres, um autoconceito acentuadamente rebaixado.

Tal situação se estende ao cotidiano, o qual, tomado por essa negatividade, faz com que atividades básicas de convívio social e lazer sejam restritas e acompanhadas do mesmo sentimento de vergonha e de rejeição. O olhar do outro é, então, percebido como um olhar de repulsa:

IC/DSC VI – A depreciação pessoal e as limitações na vida social:

Tinha vergonha de sair e comprar roupa, entrar numa loja e não encontrar algo que servisse, o que me deixava arrasada. Não saía, evitava, cortei tudo. Não gostava de sair, achava que chamava a atenção das pessoas. Se saísse, escondia-me sempre; se fosse a um restaurante, procurava a mesa mais escondida. Saía pouquíssimo! Praia? Nem pensar. Nada que me deixasse em evidência.

Na atualidade, o imperativo da beleza magra é geralmente associado à mulher muito mais do que ao homem. O sexo feminino vive sobre o julgo de um dever a ser cumprido em relação ao seu corpo, ou seja, fazê-lo sempre belo e, portanto, inpreterivelmente magro.

Para a mulher, a beleza é representada como um dever cultural. E ser bela é ser magra. Enquanto o “homem público” remete-nos ao dever social, a imagem da “mulher pública” (o termo já tem uma dupla conotação) é sempre associada à sua aparência, apresentação e atração (Novaes & Vilhena, 2003, p. 24), imposição cultural que agrava a culpabilização individual, pois dissemina a crença de que a mulher pode ser bela e, portanto, magra, se assim o quiser, como se tal atributo dependesse, exclusivamente, de uma atitude individual (Del Priore, 2000; Novaes & Vilhena, 2003).

É assim que o sentimento de vergonha diante dos afazeres cotidianos, como comprar uma roupa ou ir a um restaurante ou à praia, termina por figurar uma culpabilidade, oriunda da impotência de atender a uma expectativa pessoal, e, também, a expectativa dos outros, qualquer que seja o vínculo afetivo estabelecido com eles.

A vivência do processo de emagrecimento

Após a realização da cirurgia, o paciente, ainda no hospital, e, posteriormente, no ambiente domiciliar, desenvolve uma dietoterapia cujo sequenciamento - líquido, pastoso, semisólido e sólido - compreende, respectivamente, os intervalos aproximados de 15, 30, 45 e 70 dias (Fonseca & Silva, 2005). Essa dieta, cujo objetivo é o de diminuir o trabalho gástrico e a sobrecarga intestinal, deve ser considerada em função do contexto subjetivo ao qual, muitas vezes, está relacionado ao comportamento alimentar do obeso, ou seja, de uma compulsividade que, defensivamente, expressa a existência de vivências conflituosas (Bernardi, Cichelero, & Vitolo, 2005; Fonseca & Silva, 2005).

Os depoimentos mostram que a privação decorrente da dieta, ao interromper essa ação defensiva, impõe uma imediata e dolorosa adaptação a um estilo de vida, o do regime, que, além de novo, é antagônico àquele anterior à cirurgia, em que imperava a satisfação alimentar, ainda que compulsiva ou à custa da obesidade. Embora se observe certa desadaptação emocional, as mulheres, gradativamente, enfrentam a situação:

IC/DSC VII – A adaptação ao período pós-cirúrgico: “Segui a disciplina, sofrendo muito por não poder comer. A cirurgia em si foi boa, mas a questão da disciplina é a pior parte; eu me considero ainda em adaptação. Precisei aprender tudo no sofrimento, adaptando-me aos poucos”.

O corpo, diferentemente do que supõe a tradição cartesiana, não pode ser percebido apenas como uma instância somática que dicotomicamente opõe-se à psíquica. É, antes, uma instância limítrofe na qual, conjugando-se o psíquico e o somático pelo conjunto articulado de suas representações conscientes e inconscientes, teria por correlato a imagem corporal, que por sua vez, seria um registro identitário, possibilitador de o sujeito se reconhecer e se fazer reconhecido pelo outro. Tal inter-relação implica mudanças vividas no âmbito do somático e do psíquico, que transformando a imagem corporal também alteram a identidade do sujeito.

O emagrecimento decorrente da cirurgia, já no primeiro ano, é acentuado, alcançando, em média, 40% do IMC inicial. Essa modificação corpórea, na qual a mulher se percebe sem o excesso de peso que, embora prejudicial, constituía sua imagem corporal, subjetivamente parte de sua identidade, desencadeia a vivência de um sentimento de estranhamento em relação a si, seja pela auto ou heteropercepção. A intensidade desse estranhamento, oriundo dessa mudança relativamente abrupta, depende, sempre, da significação sintomática que a autoimagem do corpo, no âmbito da obesidade, engloba consciente e inconscientemente na história de vida do indivíduo. As vivências relacionadas ao emagrecimento veiculam “o rompimento de um equilíbrio – que, embora calcado na enfermidade, era conhecido pelo paciente – e o temor do desconhecido, que o levaria a ter problemas em relação à sua própria identidade” (Benedetti, 2003, p.58). Dessa forma, num primeiro momento, o emagrecimento institui uma condição de desadaptação emocional:

IC/DSC VIII- O sentimento de estranhamento diante do corpo:

Senti-me mal ao não ser reconhecida pelas pessoas. Triste e, ao mesmo tempo, feliz. Perguntavam se eu estava doente, e eu não gostava: o povo irrita quando a gente está gorda e, quando magro, irrita também. Não fui reconhecida pelas pessoas, e foi ruim a sensação. Sinto que perdi a identidade; as pessoas dizem que mudei muito, e isso é ruim. Depois de alguns meses em que havia feito a cirurgia e já bastante magra, senti que não me reconhecia. Duas ou três vezes me senti assim, estranha. Estava num restaurante, e vendo-me no espelho, tive um impacto. Não tenho ainda noção de como realmente estou; para criar uma imagem na cabeça, é difícil, não está formada ainda essa imagem. No começo, sentia-me muito feia e magra, estranhava, então passei a não me olhar no espelho.

O novo corpo, o corpo magro, muitas vezes demasiada e

abruptamente magro, sendo percebido como uma distorção da imagem anterior, e, como tal, de uma alteração da identidade, abre, assim, a possibilidade da emergência de um mal-estar oriundo desse sentimento de estranhamento. Este, por sua vez, pode ser associado a um estado de despersonalização – “sensação de irrealidade para com o próprio corpo” (Ortoloni, 2004, p. 172) – ainda que tal ocorrência não corresponda, necessariamente, ao Transtorno de Despersonalização. Pode-se, assim, postular que essa vivência despersonalizante é um dos fatores responsáveis pelo surgimento ou reincidência de transtornos psíquicos, tais como alcoolismo, depressão, anorexia, bulimia e, até mesmo, suicídio, apresentados por alguns pacientes no período pós-cirúrgico (Dobrow et al., 2002; Fandino et al., 2004; Herpertz et al., 2004).

Numa perspectiva biomédica, o emagrecimento, oriundo de restrição alimentar, beneficia a saúde, pois proporciona a redução dos riscos de saúde associados à obesidade (Benedetti, 2003). Tal condição é percebida pelas participantes, as quais ressaltam a melhora de sua condição física, referindo, ao mesmo tempo, uma acentuada melhoria da condição emocional, caracterizada pela sensação de prazer e bem-estar. Um e outro aspecto apontam uma reorganização subjetiva, em contraposição à representação negativa de si, preponderante durante a obesidade, vê-se a emergência de uma representação positiva, a qual reflete um sentimento de autorrealização pela nova condição física e emocional. Essa percepção positiva do emagrecimento mostra, também, que o sentimento de estranhamento e a vivência da despersonalização são, em geral, temporários, decorrendo, daí, uma gradativa reestruturação da identidade e, conseqüentemente, um maior ajustamento físico e emocional:

IC/DSC IX – A melhoria da condição física e emocional:

Ótima, faço caminhada e a saúde, de um modo geral, está boa. As taxas estão normais, a pressão arterial, boa. Estou bem disposta. [Também] me sinto autoconfiante. Estou muito bem em todos os aspectos, inclusive emocionalmente. Mais segura. Muito satisfeita, feliz, a minha autoimagem mudou. Sinto-me ótima.

Essa nova condição dimensiona uma revalorização do autoconceito no âmbito da imagem corporal, favorecendo que a mulher, a ex-obesa e agora magra, reconfigure ou estabeleça suas relações interpessoais. O emagrecimento, promovendo uma aceitação de si, acarreta o sentimento de pertença e integração aos grupos sociais, dos quais se sentia anteriormente excluída. É como se houvesse a desvinculação da morte simbólica socialmente imposta aos obesos: “A busca por um corpo “sarado” funciona para os adeptos do atual culto à beleza e à “boa forma”, como uma luta contra a morte simbólica imposta àqueles que não se disciplinam para enquadrar seus corpos aos padrões exigidos” (Goldenberg & Ramos, 2007, p. 31). Os relatos expressam a percepção dessa inserção grupal, desse retorno ao vínculo social, inclusive pela realização de atividades cotidianas, como comprar roupas, frequentar ambientes sociais, participar de festas (baladas) etc., para as quais, na obesidade, sentiam-se inibidas ou privadas:

IC/DSC X – O sentimento de aceitação afetiva e integração social:

Eu, quando fiz a cirurgia, só queria me sentir mais aceita, [então] em relação ao aspecto social, também mudou, agora saio para todos os lugares, até pra “balada”. Saio muito. O oposto da época em que era obesa. Hoje eu acho que alguém pode me olhar e se sentir atraído. Antes se alguém me olhava, eu logo pensava: está olhando e “mangando” de mim. Saio mais agora, compro mais roupa, porque o grande problema era não encontrar roupa; agora eu posso comprar.

Situação análoga ocorre no âmbito dos relacionamentos afetivos e, sobretudo, sexuais. Quando obesas esse campo relacional, enquanto possível ou real, suscitava angústias e frustrações, mas com o emagrecimento, torna-se gratificante, pois as mulheres passam a se perceberem capazes de articular para si o desejo do outro. O corpo, antes apreendido como impeditivo da expressão da sexualidade, e como tal, de um maior investimento afetivo, torna-se favorecedor de ambos, podendo desencadear vivências até então impensáveis, como, por exemplo, o ciúme. O olhar do outro é, a partir de então, o olhar de reconhecimento, desejante:

IC/DSC XI – A mudança positiva da vida afetivo-sexual:

[Minha vida] sexual melhorou muito, está maravilhoso. Estou bem, melhorou muito. Nem se compara. Você muda a forma de se ver, e automaticamente o outro muda também, muda o cuidado, o ciúme também. Uma mulher magra é outra coisa, ninguém vai olhar para uma obesa. Hoje eu acho que alguém pode me olhar e se sentir atraído. Acho que meu [parceiro] está mais amoroso, está bem.

Principalmente nos quadros de obesidade mórbida, em decorrência do emagrecimento, observa-se um excesso de pele, cujas consequências clínicas são nocivas:

O grande emagrecimento reduz o conteúdo de gordura corporal, mas não, a pele e o tecido subcutâneo na mesma proporção. Associadas à flacidez cutâneo-muscular e às lipodistrofias, geram redundâncias de pele, capazes de causar acúmulo de suor e detritos, predispondo à proliferação de bactérias e fungos, o que, além de provocar vários tipos de doenças de pele e tecido subcutâneo, geram distúrbios psicossociais importantes, retardando, mais ainda, a sua retomada do convívio social. A cirurgia plástica pós-emagrecimento, portanto, passou a ser parte efetiva do tratamento proposto à cirurgia bariátrica (Lacerda, 2006, p. 778).

O relato das mulheres contrapõe-se a essa necessidade eminentemente clínica, enfatizando a cirurgia plástica como motivação estética:

IC/DSC XII – O anseio pela realização de cirurgias plásticas: “Pretendo fazer plástica logo. Pretendo manter o peso e fazer todas as plásticas possíveis, ficar bela. Estava sem estímulo para fazer minhas plásticas, mas agora eu vou fazer: quero até colocar silicone”.

Mais do que a complementação necessária ao tratamento, as mulheres parecem associar a cirurgia plástica à demanda de um ideal corpóreo em torno do qual condicionam a aceitação física por si e pelo outro. Um ideal que, no âmbito cultural, é articulado pela discursividade do aparato midiático e da medicina

da beleza, os quais sustentam a ideia do culto ao corpo a partir da ilusória (ou enganosa) obtenção de uma perfeição estética (Poli Neto & Caponi, 2007). Questiona-se, assim, se essa demanda pela cirurgia plástica atende à organização narcísica das mulheres, aquela própria à sua subjetividade, ou é, antes, a expressão de sua alienação a um discurso socioideológico que, enganosamente, promete a realização do “sonho do corpo belo” e sem “arranhaduras” (estrias, celulites, seios pequenos etc.). Num contexto em que a perfeição corpórea inatingível é imaginada como tangível, no qual o impossível é posto como possível, dependendo do apego a tal expectativa, pode-se postular a vivência de uma frustração e insatisfação que, talvez, acarrete uma condição de sofrimento. Portanto, as possibilidades estéticas da cirurgia devem ser devidamente esclarecidas à mulher.

Considerações finais

A obesidade é uma situação de adoecimento que, especialmente para as mulheres, compromete seu bem-estar e adaptação ao mundo. Para abordá-la eficazmente, é preciso compreender e intervir segundo a complexidade dos fatores que lhe são inerentes, ou seja, tanto os orgânicos e os problemas de saúde que acarreta como também os subjetivos e o comprometimento emocional ao qual se associa ou desencadeia (depressão, alcoolismo, autoconceito negativo etc.). Ao mesmo tempo, contrapondo-se a uma representação sociocultural que tem a magreza como parâmetro estético, a obesidade é estigmatizante e discriminatória. Portanto, o tratamento, dentre os quais a cirurgia bariátrica, pressupõe uma perspectiva biopsicossocial.

Observando-se o ciclo vital, tem-se que a obesidade é, em geral, uma decorrência de comportamento alimentar excessivo, às vezes compulsivo, desenvolvido já na infância ou adolescência, ou, então, uma contingência de vivências da vida adulta, como, por exemplo, a gravidez. Na adolescência e adultez, devido à importância da imagem corporal para a inserção social e o estabelecimento e manutenção de vínculos relacionais, especialmente os afetivo-sexuais, a obesidade torna-se um fator de desadaptação, causando frustração e sofrimento psíquico. Desencadeia, inclusive, o comprometimento da satisfação de motivações relacionadas a atividades cotidianas, como comprar uma roupa ou participar de uma festa. Nesse contexto, o autoconceito para a mulher configura uma autoimagem veiculada a sentimentos de inferioridade e vergonha e o consequente rebaixamento da sua autoestima.

Para as mulheres, a decisão pela realização da cirurgia bariátrica, a qual é estimulada e apoiada por familiares e amigos, é uma reação ao fracasso das estratégias de enfrentamento da obesidade, desenvolvidas anteriormente, especialmente as dietas. Após a realização da cirurgia, em função da restrição alimentar imposta no período inicial, considerando-se aí a hospitalização e os três meses subsequentes, observa-se um estado de intensa ansiedade. Trata-se, contudo, de uma situação passível de adaptação, pois, com o processo de emagrecimento, há uma substancial melhoria da qualidade de vida, tanto pela condição física mais saudável como pela intensificação da autoestima associada à valorização do autoconceito. Tudo isso decorre de

uma nova percepção da autoimagem na qual o corpo passa a ser percebido como fonte de gratificação e prazer. O emagrecimento permite um sentimento de pertença social que favorece a realização das atividades cotidianas e o estabelecimento e a manutenção dos vínculos interpessoais sociais, afetivos e afetivo-sexuais.

Todavia, esse processo adaptativo não é imediato, ocorrendo, também, uma experiência de estranhamento corpóreo, o qual, devido à alteração identitária que impõe, implica experimentação de uma vivência de despersonalização. Como decorrência, pode-se considerar a emergência ou a reincidência de transtornos psíquicos, como, por exemplo, depressão, alcoolismo, anorexia etc. Outro aspecto a se salientar é a demanda por cirurgias plásticas, a qual, indo além daquelas necessárias para eliminação do excesso de pele decorrente da obesidade, pode visar um ideal corpóreo socialmente estabelecido, embora, segundo a constituição física do sujeito, seja inatingível. Quanto mais almejar uma perfeição estética impossível, essa idealização pode ser fonte de frustrações, desprazer e desadaptação.

A cirurgia bariátrica gera expectativas e concretiza mudanças que, face ao quadro da obesidade, são válidas, pois permitem uma reorganização positiva do estilo de vida. No que pese essa condição favorável, observa-se, clinicamente, que as mulheres submetidas à cirurgia bariátrica necessitam de acompanhamento psicológico, pois tanto a autoimagem associada à obesidade (pré-cirúrgico) como aquela decorrente do emagrecimento (pós-cirúrgico) podem se constituir em fatores ansiogênicos. O foco dessa abordagem, contextualizada à cirurgia, segundo a relação obesidade/emagrecimento, é a assimilação e acomodação da mulher à nova imagem corporal, e, conseqüentemente, o apoio a sua reorganização identitária. O apoio psicológico emerge como uma forma de contribuir para a elaboração desse processo de mudança, que impõe o redimensionamento da nova imagem física e psíquica da mulher.

O presente estudo comporta algumas limitações. Para sua devida apreciação, é necessário observar que as vivências apresentadas podem variar conforme o período subsequente ao pós-operatório e ao emagrecimento alcançado. É provável que se evidencie diferenças das vivências quando se considerar, por exemplo, o estado emocional dos primeiros seis meses ou após os dezoito meses. Por outro lado, é importante salientar que tais vivências diferem quando se atenta para aspectos como o ciclo evolutivo, a condição socioeconômica, o gênero, as situações de adoecimento etc. Essas limitações sugerem a necessidade de estudos distintos, inclusive com populações diversas e estratificadas, a partir de tais variáveis ou de outras que as complementem ou ampliem. Todavia, o presente estudo é relevante, pois permite caracterizar, para mulheres adultas, as vivências de um momento crítico do processo de emagrecimento, ou seja, aquele associado ao sobrepeso e que ocorre em torno dos doze meses de realização da cirurgia bariátrica. Trata-se de um momento limítrofe entre a obesidade experienciada e a expectativa de emagrecimento tão desejada. As mesmas limitações podem ser postuladas sobre a vivência da obesidade que precede a cirurgia, pois também é suscetível de variações em função de diversas variáveis, como as citadas.

Referências

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Allon, N. (1979). Self-perceptions of stigma of overweight in relation to weight-patterns. *American Journal of Clinical Nutrition*, 32, 470-80.
- Baratieri, R. (2005). Aspectos sociais e demográficos da obesidade. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 39-45). Porto Alegre: AGE.
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93.
- Blundell, J. E., & Gillett A. (2001). Control of food intake in the obese. *Obesity Research*, 9(4), 263-70.
- Carvalho, A. M. P., Caetano, C., Galindo, E. M. C., & Malfara, C. T. (2005). Autoconceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paideia*, 15(30), 131-139.
- Carvalho, J. E. Q. (2005). Risco de doença e custo da obesidade. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 34-38). Porto Alegre: AGE.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209.
- Damiani, D., Damiani, D., & Oliveira, R. G. (2002). Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38(3), 57-80.
- Del Priore, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: SENAC.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 63-67.
- Fandino, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(1), 47-51.
- Farias, F. (2005). Cirurgia Bariátrica: Histórico. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 114-129). Porto Alegre: AGE.
- Ferriani, M. G. C., Dias, T. S., Silva, K. Z., & Martins, C. S. (2005). Autoimagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 27-33.
- Fonseca, S., & Silva, S. R. (2005). Nutrição e dietética pós-cirurgia. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 391-397). Porto Alegre: AGE.
- Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao Narcisismo. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud – escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, Trad., Vol. I, pp. 95-132). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original Publicada em 1914)
- Goldenberg, M., & Ramos, M. S. (2007). A civilização das formas: o corpo como valor. In M. Goldenberg (Org.). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca* (pp.19-40). Rio de Janeiro/São Paulo: Record.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Hebebrand, J., & Senf, W. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A Systematic Review. *Obesity Research*, 12(10), 1554-1569.
- Lacerda, M. A. (2006). A cirurgia plástica após a cirurgia bariátrica. In: I. L. Cavalcanti & F. Cantinho (Orgs.), *Anestesia para cirurgia plástica após cirurgia bariátrica* (pp. 778-791). Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro.
- Lefevre, F., & Lefevre A. M. C. (2003). *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Novaes, J. V., & Vilhena, J. (2003). De cinderela a moura torta: sobre a relação

- mulher, beleza e feiúra. *Interações*, 8(15), 9-36.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo: Roca.
- Ortoloni, I. V. (2004). Transtornos da linhagem dissociativa. In J. C. Souza, L. A. M. Guimarães & G. J. Ballone (Orgs.), *Psicopatologia e psiquiatria básica* (pp. 167-196). São Paulo: Vetor/ UCDB.
- Poli Neto, P., & Caponi, S. N. C. (2007). A medicalização da beleza. *Interface (Botucatu)*, 11(23), 569-584.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strawbridge, W. J., & Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27, 514-521.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetria: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas (Campinas)*, 12(3), 261-268.
- Silva, A. L. M. C., & Costa E. (2005). Avaliação psicológica pré-operatória. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 106-113). Porto Alegre: AGE.
- Silva, S. R. (2005). Obesidade: conceito, diagnóstico e classificação. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Orgs.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 25-33). Porto Alegre: AGE.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Carlos Alberto Domingues Nascimento, Doutor em Linguística - Psicolinguística/Filosofia da Linguagem pela Universidade Federal de Pernambuco, é professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e da Faculdade Estácio do Recife. Endereço para correspondência: Rua Marechal Deodoro, 105, 301B, Encruzilhada, Recife, PE, Brasil, CEP: 52030-170. E-mail: minguesnascimento@hotmail.com

Simone Maria Muniz da Silva Bezerra, Pós-Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, é professora adjunta da Universidade de Pernambuco e da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: simonemuniz@yahoo.com.br

Ednalva Maria Sampaio Angelim, é psicóloga pela Faculdade Estácio do Recife. E-mail: nalvaangelim@hotmail