

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

MARIA BERNADETE DE LOURDES BRITO COSTA

**ESTUDO PSICOLÓGICO DE PACIENTES OBESAS
MÓRBIDAS COM TRANSTORNO DA COMPULSÃO
ALIMENTAR PERIÓDICA, PÓS CIRURGIA
BARIÁTRICA, EM PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE,
COM ABORDAGEM JUNGUIANA**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2009

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Setor de Pós-Graduação

Maria Bernadete de Lourdes Brito Costa

Estudo psicológico de pacientes obesas mórbidas com transtorno da compulsão alimentar periódica, pós cirurgia bariátrica, em psicoterapia grupal breve, com abordagem Junguiana

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob orientação da Prof^a Doutora Denise Gimenez Ramos.

São Paulo, SP
2009

RESUMO

Costa, M. B. de L. B. 2007 A 2008. 2009. Estudo Psicológico de Pacientes Obesas Mórbidas, com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, Pós-Cirurgia Bariátrica, em Psicoterapia Grupal Breve, Focal, com Orientação Junguiana. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós- Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade de São Paulo. São Paulo.

A obesidade vem aumentando na população em geral, o que traz sérias conseqüências para a saúde física e mental do indivíduo. Por ela ser considerada um problema de saúde pública no Brasil, a Cirurgia Bariátrica vêm se mostrando uma ferramenta eficaz no tratamento da obesidade mórbida. Muitos estudos têm demonstrado que o excesso de peso tende a diminuir a expectativa de vida e predispõem a morbidade, a redução das atividades motoras, fadigas, piora da qualidade de vida e aumento de problemas da psique humana. O objetivo deste estudo é observar e refletir sobre os efeitos psicológicos da interferência psicoterapêutica grupal breve, focal e de orientação junguiana, em pacientes obesas mórbidas, com transtorno da compulsão alimentar periódica, pós-cirurgia bariátrica. Tal tratamento poderá auxiliá-las na manutenção dos ganhos cirúrgicos, isto é, manutenção de peso, e na conscientização da alimentação, do corpo e da compulsão alimentar periódica, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e mais satisfatória. Participaram da pesquisa seis pacientes obesas mórbidas, pós- cirurgia bariátrica, com o transtorno da compulsão alimentar periódica, que responderam a Entrevista Breve Semi-Estruturada (MINI – INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW) e a Escala da Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), antes e depois das doze sessões de psicoterapia grupal focal, com os temas já propostos. A sessão foi realizada na sala de atendimentos do ambulatório da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba, órgão ligado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro. As doze sessões de psicoterapia foram gravadas, transcritas e analisadas mediante o teste, que verificou as palavras mais freqüentes nas frases do discurso das pacientes. Foi analisada e mostrada em gráfico a evolução das pacientes durante o trabalho proposto. O teste MINI apresentou pequenas diferenças que não interferem nas experiências de vida das pacientes e não demonstra nenhum transtorno psiquiátrico de maior intensidade que altere suas vidas, prejudicando-as. O teste ECAP apresentou tendências de compulsão alimentar que podem ser controladas e não interferem na reeducação. As pacientes se propõem a continuar o tratamento depois da pesquisa. Os resultados mostram o modo de funcionamento psicológico das participantes após a CB e as doze sessões de psicoterapia, assinalando mudanças na qualidade de vida, além de torná-la mais saudável e satisfatória. Constatou-se que todas as participantes se conscientizaram da necessidade de gostarem mais de si mesmas; uma situação gratificante e inteiramente nova obtida depois da CB.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade mórbida; qualidade de vida; cirurgia bariátrica; psicossomática.

ABSTRACT

COSTA, M. B. de L. B. 2007 A 2008. *Psicológico de Pacientes Obesas Mórbridas, com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, Pós-Cirurgia Bariátrica, em Psicoterapia Grupal Breve, Focal, com Orientação Junguiana*. Master degree Dissertation. Post-Graduate Course in Clinical Psychology at the Pontifícia Universidade de São Paulo. São Paulo.

Obesity is growing among the population in general, a fact which brings serious consequences to a person's physical and mental health. As it is considered a public health problem in Brazil, Bariatric Surgery has been revealing itself as a useful tool in the treatment of morbid obesity. Many studies have shown that excess weight tends to diminish life expectancy and leads to a predisposition for morbidity, the reduction of motor activities, tiredness, a worsening of the quality of life and a rise in problems related to the human psyche. The purpose of this study is to observe and reflect on the psychological effects of the short, focal, group psychotherapy, with a Jungian orientation in morbid obese patients, with periodic eating compulsion disturbance, after bariatric surgery. This treatment will help them in the maintenance of the surgery gains, in other words, weight maintenance, and awareness concerning eating, the body, and periodic eating compulsion, offering a better life quality and also more satisfactory. Six morbid obese patients, just after bariatric surgery, with periodic eating compulsion disturbances took part in the research. They answered the Semi-Structured, Brief interview, (MINI - INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW) and the Scale of Periodic Eating Compulsion (SPEC – ECAP), before and after the twelve sessions of group focal psychotherapy, on the themes already proposed. The session was carried out in the attendance room in the Outpatient's department of the Teaching and Research Foundation in Uberaba, an organ linked to the Federal University of the Triângulo Mineiro. The twelve psychotherapy sessions were taped, transcribed and analysed through the test, which verified the words which were most frequently used in the sentences of the patients' discourse. The patients' development during the proposed therapy was analyzed and shown in graphs. The MINI test showed some small differences which do not interfere in the life experiences of the patients, and does not show any psychiatric disturbance of any intensity which would alter their lives, becoming prejudicial to them.

The SPEC (ECAP) showed tendencies to eating compulsion which can be controlled and do not interfere in re-education. The patients propose to continue the treatment after the research. The results show how the psychological part of the participants works after bariatric surgery and the twelve psychotherapy sessions, highlighting changes in the life quality, as well as making life more healthy and satisfactory. It was confirmed that all the participants became aware of the need to love themselves better. It was a rewarding and totally new situation confirmed after Bariatric Surgery.

KEY-WORDS: Morbid obesity; life quality; bariatric surgery; psychosomatic.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a:

Meus pais, José Faria da Costa (*in memoriam*), meu pai querido, por sempre ter me incentivado e mostrado com seu exemplo de honestidade, sinceridade, humildade, persistência em seus objetivos de vida, a ser responsável, e a saber ouvir, mais do que falar.

Darcy Terezila Brito Costa minha querida mãe, que sempre me incentivou na leitura e foi minha primeira professora em casa, com isso, suscitando-me a curiosidade de saber cada vez mais, estimulando sempre aos estudos.

Aos dois, que sempre me mostraram os valores fundamentais da vida, que acreditaram no meu potencial e me ajudaram a vencer as dificuldades com relação ao meu déficit de visão, hoje superado.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado representa uma expressão do meu “Self”. Ao concluí-la sinto que finalizei um ciclo de minha vida, e com esperança e persistência, poderei abrir novos caminhos em minha vida pessoal e profissional.

Agradeço a Deus Supremo Arquiteto do Universo, pelo privilégio e pela grande oportunidade de realizar este trabalho, por ter me dado vida, me iluminou, me deu força e persistência nos momentos de desânimo e nas dificuldades enfrentadas neste percurso. Agradeço também, com muito carinho, a todas as pessoas, as quais compartilharam do meu caminhar até a esta etapa. Este trabalho não poderia ser realizado sem a contribuição de um número considerável de pessoas que, com seu auxílio, incentivo, de forma direta ou não, ajudaram a fazer dele o que ora apresenta.

Aos meus pais, José Faria da Costa (*in memoriam*), minha mãe, Darcy Terezila Brito Costa, pelo incentivo de sempre procurar saber mais, não ficar acomodada na escuridão da ignorância, e que me propiciaram meios e condições para que se concretizasse em minha vida pessoal e profissional.

À minha orientadora Prof. Dra. Denise Gimenez Ramos, que desde o início me estendeu a mão neste caminhar, com paciência, ajuda moral, dedicação especial do seu precioso tempo a minha pessoa na busca do conhecimento de iniciar a vida de pesquisadora.

Aos meus filhos queridos e amados, Victor Brito Costa Carneiro e Luísa Brito Costa Carneiro, pelo apoio e estímulo nos momentos de cansaço e desânimo, por terem acreditado que tudo daria certo. Peço desculpas pelas faltas de não ter dado atenção necessária em alguns momentos necessários, tirando muitas horas e dias para dedicar ao meu trabalho.

Ao meu esposo Carlos Lúcio Pires de Andrade, pelo estímulo, ajuda nos momentos conturbados, e peço desculpas pela falta de atenção e companhia em muitas horas e dias roubados de nosso convívio para dedicar ao meu trabalho.

À minhas irmãs e irmãos, e cunhada, pelo incentivo e estímulo, energia positiva, acreditando em minha capacidade de vencer mais esta etapa em minha vida.

Ao Corpo Docente da Pós-Graduação da Psicologia Clínica da PUC/SP, muito me orgulho de ter ingressado no âmbito acadêmico sendo conduzida pelas mãos de pesquisadoras (es) reconhecidas (os) nacional e internacionalmente tanto pela seriedade de compromisso científico de vanguarda em nosso país, quanto pela postura acolhedora revelada nestes dois anos e alguns meses de convívio diário. Especialmente Prof. Dra. Mathilde Neder, e fundadora do nosso núcleo Psicossomática e Psicologia Hospitalar, juntamente com minha orientadora, Prof. Dra. Denise Gimenez Ramos, e também, inovadora na América Latina e no Brasil, da Psicologia Hospitalar, a minha querida e mãe científica, será sempre reconhecida como tal, pelo apoio moral nos momentos em eu realmente mais precisei na PUC/SP, obrigada por ter acreditado e “ter sempre o pensamento voltado para mim”, e pela força que me passa diante dos imprevistos da vida.

Ao Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcelos, pelo apoio e pelas aulas esclarecedoras e inesquecíveis durante esses anos todos, no quinto e quarto andar da PUC/SP, PERDIZES, por dar espaço para discussões calorosas, que ajudou no meu crescimento pessoal e profissional, junto com aos colegas, por nos ter dado essa oportunidade; por ter me alertado sobre o nível do meu trabalho, acreditando na minha capacidade de aprendizado de pesquisadora, por todo esse carinho, e ter aceitado participar de minha banca examinadora.; à Prof. Dra. Anete Hannub Abdo..., endocrinologista, participante do Programas O PRATO, Ambulatório dos Transtornos da Obesidade, da USP, por sempre ter me incentivado e sempre me convidado a

participar com ela de seu trabalho, e por ter aceitado participar da minha banca examinadora de mestrado.

Às e Aos Colegas do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, de todas as horas e momentos, dos atropelos da vida profissional e pessoal, pela compreensão nos momentos de stress, da ajuda carinhosa e amiga durante todos esses anos.

À Consultora de Estatística da PUC/SP, Prof. Dra. Yara P. Gustavo de Castro pelo carinho com qual me recebeu sempre em sua residência, sempre me incentivando e empolgando com o trabalho, participando ativamente dele, pela sua disponibilidade de me atender até nos momentos mais delicados em sua vida, como quando teve perdas na família, mas estava de prontidão para reuniões e para tirar minhas dúvidas, pela confiança com que depositou em minha pessoa, e a de termos longas conversas inesquecíveis que sempre me ajudaram a repensar no meu trabalho e, também, com relação a essa jornada de pesquisadora. Pelo incentivo de continuarmos nosso convívio em outra jornada futura, e sua disponibilidade em ajudar-me novamente no trabalho de estatística.

À revisora Profa. Ana Carolina pela sua disponibilidade em fazer sua revisão nos momentos necessários com maior cuidado e rapidez.

Com especial carinho à Especialista em Cardiologista, Ivone Elizabeth Leboreiro, a qual sabe cuidar bem do meu coração, com carinho, zelo, e conversas, demonstrando ser uma excelente cardiologista clínica. Pelo incentivo, e por acreditar em minha capacidade de conseguir ser uma pesquisadora, dando-me total apoio para prestar o concurso na PUC/SP, tenho muito a lhe agradecer por este incentivo e repensar, que me levou a tomada de decisão, resultando nesta pesquisa.

Às pacientes do grupo que aceitaram participar desta pesquisa, acreditando que seriam beneficiadas, e que continuariam a ser atendidas como sempre foram, o que realmente aconteceu. Sem elas não teria como existir essa pesquisa.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em especial ao Prof. Dr. Alex, Coordenador do Programa CAD, por ter acreditado em meu trabalho e sempre ter estado disponível para esclarecer minhas dúvidas, e ter encaminhado as pacientes pós-cirurgia bariátrica, e a toda a sua equipe de residentes.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Justificativa.....	3
3. Revisão de Literatura.....	4
3.1 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.....	4
3.2 Obesidade Mórbida	7
4. A Psicossomática Junguiana.....	22
5. A Psicoterapia Breve.....	27
6. Método.....	29
6.1 Objetivos.....	29
6.2 Sujeitos.....	29
6.3 Procedimentos de Coleta de Dados.....	30
6.3.1 Prontuários.....	30
6.3.2 Instrumentos.....	30
6.3.3 Encontros Grupais.....	31
7. Resultados	33
8. Conclusão.....	54
10. Referências	58
11. Anexos.....	67

1. INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é compreender o efeito psicológico da psicoterapia grupal breve em pacientes obesas mórbidas pós-cirurgia bariátrica e está relacionado à atuação, desde 1985, na qualidade de psicóloga, junto ao Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Aproximadamente, há três anos, alguns médicos do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) que integram o Programa de “Cirurgia Bariátrica”, enviaram uma carta-convite ao Serviço de Psicologia propondo parceria em uma equipe que estava sendo montada, com o objetivo de atender pacientes com obesidade mórbida, encaminhadas por diversas clínicas do Hospital, bem como pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba.

A equipe era constituída de três cirurgiões gastroenterologistas, sendo um professor da Disciplina da Gastroenterologia, e mais quatro residentes; uma psicóloga; uma nutricionista; uma fisioterapeuta; uma endocrinologista; um cardiologista; anestesista; um psiquiatra e um cirurgião plástico. O atendimento psicológico ofereceria suporte psicológico aos pacientes nos momentos pré e pós-cirúrgicos.

O Serviço Único de Saúde – SUS- e a Universidade Federal do Triângulo Mineiro celebraram o convênio nº 428/2006 - Cirurgia Bariátrica, visando à realização de 40 cirurgias, ou seja, 20, via laparoscopia (vídeo-cirurgia) e 20, via laparotômica (cirurgia aberta). Até 05 de dezembro de 2008, foram realizadas 38 cirurgias, sendo 17, via laparoscopia e 21, via laparotômica. Devido às dificuldades financeiras com o instrumental laparoscópico, tornou-se inviável a realização por esta via. Contudo, devido a esforços da equipe de médicos cirurgiões em racionalizar o material adquirido para a realização dos procedimentos cirúrgicos, sem prejuízo dos bons resultados pós-operatórios, a equipe conseguiu estender o número de cirurgias para mais de 50, ou seja, 17, via laparoscópica e 33, via laparotômica.

Os pacientes foram acompanhados, no pré e pós-operatório, pelas equipes cirúrgica e multidisciplinar. Os médicos relataram que os resultados alcançados até aquela data foram excelentes, pois os pacientes evoluíram de forma extremamente satisfatória, com perda de peso compatível com a literatura, baixo número de complicações e taxa de mortalidade zero. Consideraram o convênio de grande valia para a sociedade, para a Instituição, para o ensino, para a pesquisa e para a assistência, ressaltando que a Universidade Federal do Triângulo Mineiro ainda não estava credenciada pelo SUS para realização deste tipo de cirurgias.

Em dois anos de funcionamento, o Ambulatório de Cirurgia Bariátrica atendeu 157 pacientes, dos quais 14 estão em fase final de preparo pré-operatório. Fica evidente, assim, a grande quantidade de pacientes com esta morbidade em na região.

Os médicos mostraram-se entusiastas da cirurgia bariátrica pelos benefícios proporcionados ao paciente obeso mórbido, sendo esta muitas vezes a única opção terapêutica para melhorar a saúde, com maior expectativa e melhor qualidade de vida.

A partir desta proposta de atuação, iniciaram-se estudos da literatura existente sobre o tema “obesidade” e decidiu-se pela vereda do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), que, frequentemente, leva à obesidade.

A relevância social do presente estudo está relacionada ao fato de a obesidade ser considerada um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros são obesos, sendo tal percentual mais prevalente nas regiões Sul e Sudeste do país. A tendência ao aumento da obesidade foi registrada para os homens e para mulheres de todas as faixas de renda, no período compreendido entre 1974

e 1989. No período seguinte, de 1989 a 2003, os homens continuaram apresentando aumento de obesidade independentemente de sua faixa de renda. Quanto às mulheres, somente aquelas com baixa escolaridade, situadas nas faixas censitárias mais baixas, isto é, entre as 40% mais pobres, apresentaram esse aumento. Quanto às diferenças de gênero e de idade, pôde-se observar que as prevalências de obesidade foram semelhantes nos dois sexos até os 40 anos, que é a idade a partir da qual as mulheres passam a apresentar duas vezes mais elevação de peso que os homens. As prevalências de obesidade em adultos são maiores à medida que se verifica um aumento de idade. Entretanto, a partir dos 55 anos, entre os homens, e 65, entre as mulheres, observa-se diminuição da prevalência deste agravo (INST, 2004). Estes achados são provenientes de estudos transversais os quais refletem provavelmente a menor longevidade das pessoas obesas.

Já entre crianças e adolescentes brasileiros, identificou-se um aumento do excesso de peso em ritmo acelerado: em 1974, observava-se uma prevalência de excesso de peso de 4,9% em crianças com idade entre 6 e 9 anos e em 3,7% em adolescentes de 10 a 18. Em 1996/1997, observou-se um excesso de peso de 14% na faixa etária que se estendeu de 6 a 18 anos (WANG *et al.*, 2002).

Os dados acima apresentados demonstram a relevância da obesidade como problema de saúde pública no país que pode ser compreendido como um agravo de caráter multifatorial envolvendo questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, psicológicas, culturais e políticas.

Por isso, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria número 1.569, de 28 de junho de 2007, com diretrizes para atuação, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador, a serem implantadas em todas as unidades Federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO MINISTRO, acesso à internet: www.ministeriosaude.gov.br em 10 de janeiro de 2009).

Entre os brasileiros, o percentual de obesos passou de 11,4% em 2006 para 12,9% em 2007. A maior incidência foi registrada em Macapá (AP), com 16,1% e a menor, em Palmas (TO), com 8,8%. Os dados são da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizada pelo **Ministério da Saúde**. Foram consideradas como obesas as pessoas com Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou maior que 30. De acordo com os dados levantados, 43,3% das pessoas estavam nessa faixa em 2007, ano da realização da pesquisa. O excesso de peso é mais comum entre os homens, segundo o estudo. Os dados mostram que, em 2007, 49,2% deles estavam com IMC acima de 25, enquanto o índice entre as mulheres ficou em 37,8%.

O Vigitel é feito por meio de entrevistas telefônicas realizadas em todos os estados brasileiros. Em 2007, foram feitas 54.251 entrevistas, entre julho e dezembro. Desde 2006, o estudo é feito anualmente com adultos maiores de 18 anos. Disponível em: www.realizanews.com.br/noticias; fonte: Agência Brasil, em vinte nove de janeiro de 2008.

No trabalho junto à equipe do CAD, observou-se que algumas pacientes obesas mórbidas pós cirurgia bariátrica, continuavam a manifestar algumas características já citadas acima do TCAP. Frente a essa problemática, observou-se a necessidade de fazer uma pesquisa com essas pacientes, no sentido de auxiliá-las, incluindo um tratamento psicológico grupal.

Com a revisão da literatura (capítulo 3) também percebeu-se que havia algumas lacunas científicas a respeito do tema, por exemplo da conceituação e do diagnóstico mais acurado do TCAP em pacientes obesas mórbidas e a eficácia do tratamento psicológico em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, por não darem continuidade a esse tipo de atendimento.

Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo refletir sobre os efeitos psicológicos de uma psicoterapia grupal em pacientes obesas mórbidas, com o transtorno da compulsão alimentar periódica, pós-cirurgia bariátrica.

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pelo fato de que ao realizar uma pesquisa a respeito do Transtorno da Compulsão Alimentar com mulheres obesas mórbidas pós-cirurgia bariátrica, percebeu-se que algumas delas ainda se apresentavam com o transtorno.

Embora invasivo, este procedimento cirúrgico é procurado por decisão das próprias pacientes que, após várias e frustradas tentativas de emagrecimento, desejam mudar radicalmente sua existência, buscando, além de aprimoramento da qualidade de vida, a sensação de bem estar que leva à maior aceitação de si mesmas e, conseqüentemente, à elevação da auto-estima.

Portanto pretende-se observar, se a interferência psicoterapêutica, realizada pós- cirurgia bariátrica, pode auxiliar na manutenção dos ganhos cirúrgicos, isto é, na manutenção do peso, e, na conscientização da alimentação, do corpo e da compulsão alimentar.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

Esta revisão foi realizada no período de 1997 a 2007, com citações de autores, desde a década de 50. O projeto foi composto a partir da revisão de literatura sobre o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), na tentativa de demonstrar a evolução do conceito desse “transtorno” e a sua relação com aspectos culturais, bem como com a imagem corporal das mulheres envolvidas em programas de perda de peso. Percebe-se que o atual campo teórico aponta para uma nova conceituação de TCAP, a qual inclui sentimentos negativos de raiva, de angústia e de depressão como influência na forma de alimentação e na percepção do alimento em si. Na sociedade contemporânea, o TCAP, designado muitas vezes como *Binge Eating Disorders – BED*, tem sido relatado na literatura especializada como “um conjunto de episódios recorrentes e caracterizados pelo consumo de grande quantidade de comida, em período muito curto de tempo, pela perda de controle no ato de comer, sem sentir gosto pelo que se está comendo, comer em excesso, seguindo-se consequências negativas emocionais” (BORGES e JORGE, 2007; FERNÁNDEZ-ARANDA *et al*, 2007; MOREIRA & BATISTA, 2007; PETRIBU *et al*, 2006; JOHNSEN *et al*, 2003; RASHEED, P., 1998).

Rasheed (1998) demonstrou em uma pesquisa controlada em um centro de saúde urbano, por meio de um questionário respondido por mulheres com idade entre 15 e 55 anos, sendo 74 obesas e 70 não obesas e não grávidas, que o grau de educação influencia a auto-imagem. No intuito de prevenir e de tentar controlar a obesidade, no contexto pesquisado, foi sugerida a efetivação da educação em saúde, visando ao conhecimento das proporções ideais do corpo saudável. Em se tratando dessa modalidade de educação foi concluído que é apropriado ensinar os comportamentos adequados ao ato de comer e à prática de exercícios, salientando-se que essa nova postura pode oferecer algo positivo, inicialmente nos centros de saúde, e posteriormente em instituições de saúde e em escolas.

Segundo Borges e Jorge (2000), a compulsão alimentar aparece, a partir da década de 1970, como síndrome ou transtorno, melhor categorizando esse sintoma. Ainda relatam que Spitzer (1991) publicou artigo em que defende a validade do diagnóstico. O TCAP foi inserido no DSM – IV somente em 1995 e descrito no Apêndice B, sendo que algumas de suas categorias diagnósticas ainda estão em estudo.

É importante esclarecer que os critérios do DSM-IV, então propostos para o diagnóstico do TCAP, foram assim caracterizados a partir de episódios recorrentes de compulsão alimentar, tais como:

1) ingestão, em período limitado de tempo, de uma quantidade de comida definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período de tempo similar, sob circunstâncias similares;

2) sentimento de falta de controle sobre o episódio.

Percebe-se, também, que os episódios de compulsão alimentar estão associados a três ou mais critérios, podendo-se destacar:

- I. comer mais rapidamente do que o normal;
- II. comer até se sentir incomodamente repleto;
- III. comer grandes quantidades de alimentos, mesmo quando não fisicamente faminto;
- IV. comer sozinho, por embaraço, devido à grande quantidade de alimentos que consome;

V. sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa, após comer excessivamente;

VI. acentuada angústia relativa à compulsão alimentar periódica.

A compulsão alimentar periódica ocorre, pelo menos, duas vezes por semana, num período de seis meses, não estando associada ao uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns, exercícios excessivos e purgação, qual na bulimia nervosa, em que se verifica a compulsão, como pode ocorrer ligeiramente na anorexia nervosa. (Borges e Jorge, 2000).

Borges e Jorge (2000) também, realizaram uma breve revisão teórica sobre bulimia e anorexia, apresentando as possíveis relações psicopatológicas com os conceitos atuais. Nesse estudo, a bulimia e a anorexia eram “as irmãs mais velhas do TCAP”, com suas relações e com suas diferentes características.

Entre os estudos qualitativos que abordam o TCAP, pode-se citar o de Riva *et al* (2002) no qual foi avaliada, preliminarmente, a eficácia da realidade virtual, com base no enfoque multidimensional, no tratamento da construção de atitudes relacionadas à imagem corporal. As mulheres com TCAP ficaram em suas próprias residências, em um tratamento de controle de peso, incluídos treinamento físico e dieta de baixa caloria 1.200/dia. Também foi ocasionalmente oferecido a elas, para o tratamento por meio da realidade virtual multidimensional, o contato com grupos psiconutricionais baseados no enfoque cognitivo-comportamental. Esse tipo de tratamento de realidade virtual demonstrou ser mais eficiente do que os tradicionais grupos psiconutricionais e cognitivo-comportamentais, no sentido de melhorar o estado geral das pacientes. Em relação à psicoterapia, foi o que mais proporcionou ganho na satisfação com o corpo, tornando o ego forte e suscetível a mudanças. A possibilidade de indução de uma mudança significativa na imagem corporal foi associada ao comportamento, utilizando-se o tratamento da realidade virtual, que é fundamentado na psicoterapia breve - posicionando-se e vendo-se no futuro - postura que pode ser útil para melhorar a satisfação corporal nos programas tradicionais de redução de peso.

Karlarchian *et al* (2002) no *National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel*, em *Pittsburg*, onde foi realizada a pesquisa, recomendam cirurgia bariátrica para pessoas bem informadas, motivadas e obesas de riscos graves. Nesse Instituto, são feitos os seguintes procedimentos: redução do estômago (GBP) e gastroplastia vertical com bandagem (VBG). A GBP envolve restrição da capacidade do estômago e partes das vias secundárias do estômago e do intestino, ao passo que a VBG envolve somente restrição. Todavia, números independentes e estudos randomizados têm demonstrado alta perda de peso depois de se fazer GBP ou VBG. Cinco anos pós-cirurgia GBP, pacientes perderam de 50 a 60% do excesso de peso. Os que fizeram VBG perderam de 40 a 50%. Os efeitos que a cirurgia bariátrica pode deflagrar são má absorção de nutrientes, aversão à comida, alteração do metabolismo ou até mesmo a combinação desses efeitos. Ficou constatado que 39% dos pacientes apresentaram compulsão alimentar, pelo menos uma vez por semana, antes da cirurgia de redução de estômago (GBP), constituindo a compulsão alimentar um subgrupo distinto. Nos quatro meses seguintes à cirurgia, nenhuma compulsão alimentar foi registrada. Concluiu-se que pacientes com pós-operatório de dois a sete anos apresentaram perda de peso bem significativa, mas indicaram que a compulsão alimentar é relativamente comum na fase de manutenção de peso, o que parece sugerir a continuação de intervenções. Observou-se a necessidade de futuros estudos relacionados ao problema de compulsão alimentar, os quais poderão contribuir para o desenvolvimento de intervenções que ofereçam suporte na fase de manutenção de peso, depois da cirurgia.

Cordas e Claudino (2002) definiram a bulimia nervosa como uma ingestão de alimentos maior do que uma pessoa consumiria, com pouco ou nenhum prazer, acompanhada de comportamentos compensatórios, tais como: períodos de restrição alimentar severa; vômitos; uso de laxantes e de diuréticos; exercícios abusivos, com o objetivo de evitar o ganho de peso e medo mórbido de engordar. Existe a compulsão alimentar, que difere do transtorno da compulsão alimentar periódica, por não apresentar os comportamentos compensatórios. Os autores ressaltam esta diferenciação nos dois transtornos, caracterizando importante ressalva.

Johnsen *et al.* (2003), entrevistaram mulheres com idades entre 19 e 67 anos sobre tratamento para perda de peso e compulsão alimentar. A primeira hipótese era a de que as mulheres com compulsão alimentar poderiam ter um maior índice de massa corpórea, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Outros detalhes colhidos na entrevista foram o álcool, o transtorno da compulsão periódica, as drogas, a obesidade dos pais e alguns transtornos psiquiátricos, sendo muito enfatizados os próprios transtornos compulsivos periódicos. A segunda hipótese era de que as mulheres do grupo com TCAP, mais associadas a episódios antigos ou atuais de depressão e de idéias suicidas do que as do outro grupo, revelariam estresse e tédio, apesar de algumas não saberem identificar a razão da compulsão alimentar. Esses estudos foram conduzidos em certa comunidade onde, fazendo uma comparação com o artigo de Moreira e Batista (1997), percebeu-se como podem existir outras psicopatologias, que o TCAP é capaz de obliterar, e que poderiam conduzir a obesidade mórbida [OMS – IMC = PESO (kg)/ ALTURA (m²)].

Nessa linha de pensamento, Petribu *et al.* (2006) afirmam que os obesos que comem compulsivamente têm um quadro de obesidade mais precoce do que aqueles que não são compulsivos. Além de iniciarem precocemente a preocupação com peso e dietas, desde as mais absurdas até as mais conservadoras, assinalam maior prevalência na flutuação de peso, passando muito tempo tentando emagrecer, sem qualidade de vida.

Segundo pesquisas de Espíndola *et al.* (2006) o TCAP e a bulimia são transtornos intimamente relacionados, embora classificados de forma independente, uma vez que apenas a bulimia apresenta o recurso a comportamentos compensatórios. As produções científicas sobre estudos qualitativos em TCAP estão mais concentradas, em sua origem, nos Estados Unidos da América do Norte, na Austrália, na Suécia, na Inglaterra, na Espanha e em Israel, sendo a maioria dos artigos publicada a partir do ano de 2000.

Fernandez-Aranda *et al.* (2007) enfatizam que, no transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), o indivíduo apresenta o comportamento compulsivo de comer, apesar de estar advertido das consequências negativas de seus atos, mas falha em resistir ao impulso. Episódios de transtornos alimentares tendem a ser impulsionados por mudanças de humor ou por sentimentos negativos, como raiva, depressão e ansiedade.

Moreira e Batista (2007) afirmam que pacientes com TCAP geralmente são caracterizados por um perfil psicopatológico mais grave do que obesos comuns, com uma prevalência de diversas síndromes psiquiátricas, incluindo transtornos depressivos e nervosos. Nos pacientes obesos com TCAP, discute-se ainda se a insatisfação com a imagem corporal seria decorrente primariamente do TCAP, ou seja, da perturbação alimentar, ou se seria secundária ao excesso de peso apresentado. Há indícios de que as alterações corporais relacionadas à obesidade poderiam levar a alterações psicopatológicas capazes de desencadear quadros graves de distúrbios da imagem corporal e transtornos psiquiátricos típicos. Para esses mesmos autores (2007), a insatisfação corporal em mulheres obesas está relacionada muito mais à presença de TCAP do que propriamente ao excesso de peso. Isso pode ser reflexo

de fatores psicopatológicos relacionados, a exemplo da baixa auto-estima, da depressão e da preocupação extrema com a aparência e não com o peso corporal. Entre outros sintomas psíquicos, considera-se, hodiernamente, como de importância fundamental, o estado emocional das pessoas que apresentam TCAP.

No artigo de Joakim *et al.* (2007), fizeram uma comparação entre pacientes com distúrbios alimentares que recebem tratamento cirúrgico e os que estão em tratamento não-cirúrgico para perda de peso (*Weight-loss treatments – WLT*). Significativamente, mais casos de distúrbio alimentar foram encontrados em pacientes candidatos a tratamento cirúrgico (10 de 54 - 18,5%), se comparados a grupo não-cirúrgico (dois de 46 - 4,3%). Uma importante implicação clínica desta pesquisa, é que foi observado naqueles pacientes cirúrgicos, um alto nível de psicopatologia geral além de distúrbios alimentares. Os resultados mostraram que os pacientes aceitaram o tratamento cirúrgico diferiram daqueles não-cirúrgicos em virtude do alto nível de compulsão alimentar e de transtornos e psicopatologias. Esses fatores podem complicar a perda de peso em termos de obediência, respostas, abandono e reincidência. Esta pesquisa é importante principalmente por conta dos fatores de compulsão alimentar e de psicopatologia, os quais prejudicam os próprios pacientes na luta por perda de peso. Essa pesquisa conclui que há lacunas científicas com relação a certos temas, como, por exemplo, a influência do TCAP na qualidade de vida e na saúde das obesas mórbidas, pós-cirurgia bariátrica.

Essas pesquisas motivaram a continuar o estudo psicológico com as pacientes do grupo anteriormente citado, tentando motivá-las a persistir no objetivo de ter uma boa saúde em todos os níveis e, com isso, uma qualidade de vida satisfatória.

Em todos os estudos analisados verificou-se que as consequências do TCAP são a obesidade e a obesidade mórbida, sendo necessário que se compreenda mais sobre estas comorbidades, que têm prejudicado a qualidade de vida das pacientes.

3.2. Obesidade Mórbida

É necessário esclarecer melhor a obesidade mórbida, a qual, como já foi citado, leva a diversas comorbidades e até mortalidade. Por isso, este capítulo mostra experiências de pesquisas científicas sobre essa patologia.

A literatura científica já citada, usa como critério o índice de massa corporal entre 30, 40 e 50 ou mais, o que significa que a pessoa acumulou muito mais caloria do que ingeriu, tendo, assim, aumento de peso. É uma doença multifatorial, causada por fatores orgânicos, ambientais e psicossociais, envolvendo um estilo de vida inapropriado e uma alimentação inadequada.

O grau mais acentuado da obesidade é conhecido como obesidade mórbida, considerada uma, doença crônica que, na atualidade, se apresenta como epidemia global.

É um problema atual, que atinge diretamente parte da população brasileira e que já se tornou uma grave preocupação social. A obesidade é tão intensa que geralmente causa outras doenças, tais como: dificuldade respiratória, hipertensão arterial, problemas articulares e de sustentação do peso, dificuldade de locomoção; compromete também a qualidade de vida emocional e social do indivíduo.

As doenças associadas à obesidade, como as de ordem coronária, causam morte súbita. Há também maior risco de diferentes tipos de câncer e de alteração dos padrões hormonais. A apnéia obstrutiva do sono é uma doença crônica e progressiva, que tem como causa a obstrução das vias superiores, causando roncos e sonolência diurna excessiva; em obesos

mórbidos, ultrapassa 50% dos casos. A taxa de mortalidade dos indivíduos obesos mórbidos é doze vezes maior em pessoas com idade entre 25 e 40 anos, do que em pessoas com peso normal (GARRIDO, 2000, pp 13,15).

Cassius (1991, p 30), que utilizou conceitos da análise transacional, descreve obesidade e procura entendê-la como padrão de comportamento que pode ser rompido a partir da vontade e da ação do interessado, ou seja, do próprio paciente, com a ajuda de profissionais, de amigos e da família. Relatou sobre o "eu interior, o eu verdadeiro, preso dentro das paredes do excesso de peso do corpo". O não preenchimento das necessidades básicas como estímulo, reconhecimento, contato e estruturação de tempo e espaço, faz com que a fome ou desejo de algo substituam as necessidades psicológicas. Quando são identificadas as intenções positivas que estão sob os comportamentos, os problemas serão resolvidos. Aprendendo a desenvolver modos mais eficazes e positivos de realizar as intenções, os comportamentos negativos desaparecerão, caracterizando um processo de aprendizagem. Outro passo para a recuperação da consciência das necessidades naturais é se dar permissão para usar mais amplamente todos os cinco sentidos, de modo saudável e natural.

Na obesidade mórbida ocorrem geralmente quadros de infertilidade e menopausa precoces. Após perda de peso, a pessoa poderá novamente ovular e engravidar.

Freud (1894, pp 23- 28) diz que: "Não se afrontam, de um lado, um corpo e seus desejos e, de outro, a psique e suas razões, mas sobre os mesmos lugares somáticos podem se opor forças contraditórias", que é sempre o psiquismo quem opera com a desordem somática, mesmo quando esta não possui um sentido simbólico. Aisensteinn (2004, p 37) reconhece também a Escola Psicossomática de Paris, que segue a orientação de Marty, "como a continuação lógica da psicanálise", nesse caso, o pensamento operatório se constituiria em sintoma tanto quanto o sintoma psicossomático. A autora cita a definição de pensamento operatório de todos os autores acima mencionados, como sendo pacientes somáticos que apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estreitamente vinculados à materialidade dos fatos. A energia psíquica, o substrato quantitativo da simbolização, se encontra livre e fomenta a utilização compulsiva dos caminhos mais rápidos e diretos de escoamento das tensões. Por esse motivo, uma veemente propensão à ação em detrimento da simbolização se destaca e condutas pouco elaboradas do ponto de vista psíquico são adotadas para minimizar o impacto causado pelas excitações. O inconsciente não consegue se comunicar mediante o emprego de representações e tende a encontrar no comportamento sua única possibilidade de expressão. Nos discursos desses sujeitos suas palavras frequentemente se encontram desvinculadas de elementos simbólicos e são empregadas como um mero instrumento de descarga de tensões. Assim, as afecções orgânicas potencializadas pelo pensamento operatório são entendidas como o manifesto desprovido de valor simbólico, sendo portadores de uma vulnerabilidade psicossomática acentuada. Não estabelecem uma relação afetiva com o outro, o qual é visto como tendo também características operatórias de pensamento.

Esta consideração de que o paciente psicossomático está reduzido a um pensar operatório não é apoiada pela psicologia analítica de Carl G. Jung, pois não se pode reduzir o 1símbolo ao verbal, como atesta na Escola Psicossomática de Paris. O fato de um paciente somatizar não significa que ele não simbolize, mas sim que esta simbolização acontece no plano somático. Seria um grande redutivismo restringir o processo de simbolização ao plano verbal ou abstrato (Ramos, 1993, p 72).

"É provável que o problema esteja na interligação da vida consciente-insconsciente. O paciente que se expressa somaticamente perdeu a conexão de seu corpo com o consciente somático, de modo que a vida fantasiosa, eidética, encontra-se desconectada da vida orgânica.

Isto é, esses pacientes têm uma vida simbólica, porém restrita e compulsiva. Talvez aqui estejamos lidando com formas arcaicas de funcionamento mental, formas simbólicas pré-verbais, naturais no estágio infantil. Embora uma revisão teórica sobre o desenvolvimento da personalidade, fuja do escopo deste trabalho, algumas observações se fazem necessárias” (Ramos, p 58)

Lazslo (1996, p 97) concorda com a afirmação de Marty (1994, p 97) e seus seguidores, de que "o indivíduo que tem padecimentos psicossomáticos parece não conseguir produzir representações e fantasias no lugar do sintoma". Discute-se se toda vida mental do "sujeito psicossomático" não é muito limitada no campo imaginário, sendo estes sujeitos regidos por um "pensamento operatório", de natureza concreta. Lazslo citando Marty e M'Uzam (1994), afirma que este é um tipo de pensamento "linear e limitado", que "segue seu caminho sem se abrir a realidades de outra ordem, afetiva ou fantasmática" e que não possui "capacidade simbólica com valor de sublimação". O autor enfatiza que essa concepção generaliza e concretiza um aspecto particular da produção psíquica que não é "exclusiva do paciente psicossomático", muitas vezes, encontra-se uma lacuna ou um produto substitutivo, como a queixa no caso do sintoma psicossomático, no lugar que deveria estar presente uma representação, mas isso é um efeito do processo de repressão e não a sua causa. O autor mostra em sua obra os vários estudiosos da psicossomática psicanalítica e enfatiza mais a teoria de Groddeck, considerado por ele, também, o pai da psicossomática referindo a seu trabalho como "a contribuição revolucionária de um autor esquecido por seus pares e desprezado pela medicina". (LAZSLO, p 102.) Para ele, a abordagem de Groddeck "é levada a uma radicalidade e a uma extensão, que é, a meu ver, a que melhor possibilita a abordagem dos pacientes que buscam não diretamente o psicanalista, mas os ambulatórios, serviços públicos, ou psicoterapeutas que atuam em locais ou condições mais acessíveis à população" (LAZSLO, p 236). Lazslo enfatiza a importância da ampliação da prática da psicanálise psicossomática a um setor da vida social, isto é, a população majoritária que se encontra em condições econômico-sociais prejudicadas e, ao mesmo tempo, setores da experiência humana, como a dor, a doença e a finitude, que se viam caladas ou confinadas.

Gioia-Martins (1998, p 134), investigou em sua tese, "Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospitais públicos", como a imagem transmitida a respeito dos obesos na mídia é associada ao ridículo. Muitas vezes a sociedade trata o indivíduo como se ele fosse o culpado pela própria obesidade, pelo pressuposto de que o obeso come demais. A autora achou importante pesquisar as seguintes variáveis psicodinâmicas: angústia, defesas, agressividade, relações familiares, sociais e sexualidade, para detectar as diferenças entre obesas e não obesas. Ficou demonstrado que as obesas são mais ansiosas, deprimidas, expressam raiva inadequadamente, têm uma visão negativa do mundo, têm dependência, baixa auto-estima, dificuldade em lidar com a sexualidade, com relações familiares e de trabalho, diferentemente das não-obesas. Com abordagem psicanalítica, utilizando a teoria das representações sociais, foram analisadas as representações sociais da obesidade através dos tempos.

Para Gioia-Martins (1998, p 172) "a palavra obesidade deriva do latim *Ob* (muito) e *edere* (comer) e pode ser traduzida como comer em excesso, ou comer demais". Mas a dificuldade está em quantificar o que é "comer demais". Este pressuposto, para a autora, é equivocado, porque existem vários fatores que concorrem para o problema da obesidade. Na atualidade, conclui-se que a anamnese e a avaliação clínica criteriosa da paciente obesa deveria caracterizar o tipo e as causas da obesidade, implicando, assim, em terapêuticas mais adequadas. Conclui que a obesidade é uma doença crônica, de múltiplas etiologias associadas a múltiplas complicações. Por ser crônica, implica em terapêutica medicamentosa

a longo prazo, devendo ser tratada com dietas, exercícios físicos, mudanças nos hábitos alimentares e fármacos, ressaltando a necessidade de um diagnóstico para definir o tipo de tratamento, que deve ser individualizado. Mostra também como é importante notar que as pesquisas científicas relacionam como causas da obesidade fatores metabólicos, problemas ambientais, padrões de comportamentos familiares, restrições alimentares causadas pelas dietas crônicas, causando alterações fisiológicas do apetite, endocrinopatias, proliferação de células adiposas, fatores medicamentosos, hereditariedade, regulação de peso corporal, dentre outras, podendo concluir que o "comer demais" seria um dos vários fatores de causa da obesidade, levando à obesidade mórbida. O discurso científico fala em obesidades (40%), mas as práticas remetem à obesidade entendida como resultante da hiperfagia (70%). Os fatores relacionados à aceitação do tratamento são: a compreensão dos médicos sobre os programas de emagrecimento, o apoio familiar, o calor, a empatia, o interesse do médico, em que entra a boa relação médico-paciente com o estabelecimento de um vínculo afetivo. A maioria (70%) faz comentários sobre a necessidade do trabalho de um psicólogo, mas somente 20% falam em equipe multidisciplinar, com presença de psicólogo e de um endocrinologista. Não se percebe um esforço em tentar reverter a situação e não há preocupação com a prevenção da obesidade. Sentem-se impotentes para tratar do assunto e, por isso, o afastam. A onipotência seria o avesso da impotência de modo que os aspectos físicos e os fatos fisiológicos têm primazia sobre os emocionais e sociais. (Gioia – Martins, 1998).

Guisado *et al.* (2002) relatam uma análise sobre a psicoterapia em grupo de pacientes obesas mórbidas que já fizeram cirurgia bariátrica, a qual oferece uma possibilidade de reversão de um mal-estar psicológico, considerando fatores psicológicos que levam a uma ingestão "volumosa" de calorias e também uma predisposição biológica. Para estes autores, pacientes com obesidade mórbida têm que ser sempre considerados como pessoas diferentes, que não podem disciplinar seus hábitos alimentares como o restante da população. Parece haver certos padrões de comportamento e de personalidade que determinam a maior ingestão alimentar, sendo importante identificar estes tipos de fatores para melhor avaliação psiquiátrica no sentido de se conseguir um bom resultado com a cirurgia. Verificaram que a proporção da população feminina em relação à masculina é baixa em comparação a outros estudos; encontraram maiores níveis de queixas somáticas, e uma importante taxa de enfermidade psiquiátrica, ou seja, "mal-estares psicológicos", como depressão, ansiedade, hostilidade e mal-estar geral, fato que evidencia a necessidade de avaliações psiquiátrica e clínica e aplicação de questionário nos protocolos da obesidade mórbida, antes e depois da cirurgia.

No estudo de Monteiro *et al.* (2003), ficou evidente que, a partir de três inquéritos comparáveis realizados no último quarto do século vinte em duas maiores regiões brasileiras, nordeste e sudeste, há uma mudança substancial na tendência secular da obesidade e nos níveis de escolaridade da população. Enquanto no primeiro período (1975 – 1989), o risco de obesidade foi ascendente em todos os níveis de escolaridade, tendendo a ascensão ser máxima para homens e mulheres com maior escolaridade, no segundo período (1989 -1997), o aumento da obesidade foi máximo para indivíduos sem escolaridade, registrando estabilidade ou mesmo diminuição da enfermidade nos estratos de média ou alta escolaridade. Como resultado da tendência recente, diminui a relação positiva entre escolaridade e risco de obesidade em homens e acentua-se a relação inversa que já vinha se observando na população feminina. As principais implicações dos achados deste estudo são apreciadas do ponto de vista da saúde pública, merecendo maior atenção das políticas públicas e programas destinados à prevenção e controle da enfermidade nos estratos sociais menos favorecidos da população. É importante investigar os mecanismos principais que têm levado à progressão acelerada da obesidade nos estratos sociais citados anteriormente, podendo, com isto, contribuir para aumentar a efetividade das políticas dos programas de controle à obesidade no país.

Santos (2003), na dissertação: "Identidade pessoal de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica: uma metamorfose emancipatória" buscou compreender como as transformações radicais no corpo relacionam-se com a corporeidade e a constituição da saúde/doença do indivíduo, bem como interferem na construção da identidade ao transformar profundamente o corpo, quando a cirurgia bariátrica se faz necessária.

Na vida da pessoa obesa mórbida, a mobilidade é comprometida. A limitação tem início nas atividades diárias como, por exemplo, dificuldade ao fazer higiene íntima por conseguir alcançar certas partes do corpo; dificuldade em vestir-se; calçar-se; alcançar os pés para amarrar os sapatos, entre outras.

O estilo de vida da cultura ocidental no século XXI implica um leque de facilidades que tornam a vida excessivamente cômoda e sedentária, pois a alimentação tornou-se mais calórica, o gasto energético foi diminuído com a praticidade da realização de tarefas, o lazer foi modificado pela comodidade, passividade e rapidez. Estes fatos configuram-se como dificultadores para o emagrecimento, no caso, de obesos mórbidos.

Além disso, a obesidade mórbida acarreta uma série de situações e constrangimentos diante da mobilidade limitada, como a limitação ambiental dentro do próprio no lar, com as dimensões da cama, das cadeiras, das portas da casa e do sanitário, que precisam ser adequados ao tamanho e à resistência do paciente.

O contato social passa a ser abolido também pelo constrangimento em relação à adequação de ambientes físicos, bem como pela observação das outras pessoas.

Zilberstein, Galvão Neto e Ramos (2002) evidenciam que existe falta de respeito generalizada aos obesos/obesos mórbidos relatada em estudos, nos quais os pacientes informaram terem sido tratados de forma desrespeitosa até por profissionais da área de saúde, que deveriam ser os primeiros a ajudá-los a lidar com as dificuldades de sua condição.

Para Lemos (2006), a obesidade mórbida é uma condição clínica grave associada à alta morbidade e mortalidade, devido à associação de várias complicações clínicas. O seu impacto na sociedade, as repercussões na qualidade e a diminuição do tempo de vida das pessoas obesas mórbidas são razões mais que suficientes para justificar os atuais critérios de intervenção que visam amenizar o problema. A cirurgia bariátrica é um procedimento cirúrgico que deve ser aplicado naqueles pacientes que fracassaram nas medidas médico-dietéticas de redução de peso. Porém, não se trata de uma cirurgia com fins estéticos, mas a ser utilizada segundo alguns critérios. Para o sucesso do tratamento de obesos mórbidos, é imprescindível que os pacientes sejam acompanhados antes, durante e depois da cirurgia por uma equipe multidisciplinar. O autor conclui que apesar de todos os riscos e complicações que podem ocorrer durante e após o procedimento, se tomados os devidos cuidados, a cirurgia bariátrica é essencial para transformar a vida das pessoas. Porém, é preferível a prevenção.

De acordo com Fernandes (2007, p 11), é importante que haja um elo entre a alimentação, a obesidade e a espiritualidade que esteja associado a todos os alimentos ingeridos, levando-se em conta "o cuidado, o carinho dispensado ao elemento que venha a ser mais tarde nosso alimento". Quanto às várias formas de cuidados relativos à obesidade, ressalta que "crescer significa responsabilizar-se por tudo o que acontece e acontecerá em nossas vidas futuras" (FERNANDES, 2007, p 13). Faz-se importante reconhecer a obesidade e suas consequências, até porque o obeso raramente conhece a verdade sobre a obesidade, a qual o escraviza de forma tão avassaladora, a ponto de minar toda a sua auto-estima, controlando-o por meio dos sintomas que o levam à vergonha e criando a ilusão de que o regime ou a dieta são as saídas

essenciais. Para a cura, é necessário que o obeso seja confrontado emocionalmente, a ponto de descobrir as razões e os motivos pessoais da obesidade, devido às dificuldades em olhar-se a si mesmo e enxergar através do seu espelho interno. Tudo o que o obeso precisa fazer essencialmente, ao se propor a emagrecer, é colocar-se diante de si mesmo, com integridade e transparência, para que isto fomente um estado de disponibilidade própria, que traga a consciência de quem é ele e de como se encontra neste exato momento de vida. Avaliando-se profundamente, vê-se que a obesidade mata o homem porque mina o auto controle, por isso a auto-consciência do obeso é o fator mais importante, visto que a obesidade é uma doença dele e não de outras pessoas. O autor Fernandes utiliza a teoria cognitivo-comportamental e a espiritualidade tentando conscientizar a população obesa da necessidade de mudanças de hábitos. A saúde em geral está afetada pelas grandes mudanças no estilo de vida do homem nos últimos 50 anos. É necessário buscar hábitos de vida e alimentação mais saudáveis para se viver com melhor qualidade de vida e de saúde. Enfatiza-se que alimentar-se bem e lutar para que haja evolução espiritual em cada ser humano é fundamental para que o tripé espírito-mente-corpo funcione como um só.

Melo Filho (1992) relata que a obesidade/obesidade mórbida, ou grandes obesos, indica a impossibilidade de remoção ou a imposição de limites bem estreitos de redução ponderal, ao contrário das obesidades do tipo reacionais, ou seja, aquelas que se instalam a partir de crises existenciais ou acidentais recentes, como gravidez, luto, perda, separação.

Ao se falar de obesidade, há uma diferença entre o comer por fome e o comer por desejo. A fome física ou fome biológica é a necessidade de reabastecimento; ela é desagradável, não prazerosa, mas sustenta a vida.

Já a fome emocional, ou apetite, procura prazer. Ela não tem ligação com a sustentação da vida, implica em qualidade e não obedece a reservas calóricas. A comida é procurada como um tranquilizante, pois comer sem parar, mesmo já havendo satisfação, faz engordar. Um dos papéis da gordura é ser a proteção, o isolamento; a idéia de retirá-la traz ansiedade, caos e pânico.

O excesso de peso ameaça a vida, pois o risco de mortalidade é de 15% em pessoas que têm 20% a mais de peso para a idade; sobe para 250% em indivíduos que sofrem de obesidade em grandes proporções (BENEDETTI, 2001). Além disso, à medida que ocorre um aumento do IMC da pessoa, aumenta também o risco de comorbidez.

Ao lidar com distúrbios da alimentação, é imperativo separar o sintoma da doença. O sintoma pode ser a obesidade, a perda de peso e/ou a presença de vômitos. O paciente geralmente quer corrigir o "problema de peso". Porém, nem sempre é um problema, apesar de a atitude coletiva atual nos fazer acreditar que o sucesso ou o fracasso na vida e no amor dependem de se estar gordo ou magro. Algumas pessoas são por natureza mais pesadas que outras; seus grandes corpos irradiam energia e são veículos adequados para suas dimensões psíquicas. Se por doença ou dieta elas emagrecem, ficam diminuídas. Outras carregam um peso extra para contrabalançar uma natureza altamente intuitiva e imaginativa que tende a escapar de seu lar físico; por isso, essa natureza exige o peso extra até conseguir criar raízes em sua própria terra. As perdas e ganhos de peso podem variar dentro de uma faixa muito ampla sem nenhuma mudança calórica se, por exemplo, uma pessoa estiver dedicada a uma criação artística ou envolvida em cuidados a alguém próximo, que apresenta risco de morte. A doença não é o peso, mas sim a ferida psicológica que se manifesta por meio de suas reações corporais. O analista pode dizer se o corpo que está sentado à sua frente é um amontoado de carne inconsciente ou um corpo consciente e, observando suas flutuações de peso, pode ficar de sobreaviso para a atividade da sombra. O processo com distúrbios alimentares é reconhecer os

instintos feridos, alimentá-los e discipliná-los até devolver-lhe a saúde, e fazer o ego estabelecer uma relação firme e amorosa entre eles. Então o corpo, gradual e naturalmente, torna-se o continente adequado, seja grande, pequeno e flutuante, para essa determinada psique. Isto não pode ocorrer se o analista estiver consciente ou inconscientemente medindo o progresso da paciente por meio de seu peso. Na maioria dos casos, o paciente passou anos ganhando peso ou perdendo dezenas de quilos antes de apelar para análise ou psicoterapia, como último recurso. O ambiente no lar o impele a um rígido estilo de vida, controlado pelo relógio, por exames e por metas profissionais. Tentou seguir uma dieta, reforçando esses padrões rígidos pela obediência total a quadros calóricos e exercícios habituais. As verdadeiras necessidades de sua sombra e de seu ego famintos foram ignoradas. A psique, por fim, rebelou-se e os instintos rejeitados irromperam sob a forma de comportamento alimentar compulsivo. Se, por outro lado, psique e soma forem reconhecidas como um sistema inter-relacionado, os sonhos indicarão com muita clareza, quando o ego está forte o bastante para lidar com a sombra. Pelo simples fato de permanecer consciente das proporções físicas da cadeira em frente, o analista já promove a tensão necessária. Se essa tensão se perder, o conflito inconsciente manifesto no corpo será esquecido; analista e paciente provavelmente estarão voando em intuitivos sonhos dourados, sem perceber a sombra abandonada, soterrada demais para aparecer sequer nos sonhos. (WOODMAN, p 54, 2000).

Nas situações em que a raiva e o desespero reprimidos levam a uma compulsão para comer ou não comer, cuja intensidade é “demoníaca”, a paciente parece “possuída”. O ego aterrorizado apela para o analista como uma tábua de salvação. Se ele não consegue identificar a “perda da alma” presente na fome e nos altos e baixos eufóricos, ou se tiver medo da morte, o corpo rígido que está na outra cadeira pode ser descartado como um histérico que cria o seu próprio clamor, propenso à inflação negativa que, ainda por cima, se vale de truques para chamar atenção do analista. A rigidez do corpo pode ser causada pela presença de emoções fortes que inundam o ego. Pode estar sendo travada uma batalha de vida ou de morte que precisa ser tratada nesse nível, caso se busque a cura. A paciente pode estar perto de um estado psicótico. As emoções obsessivas precisam do escudo do consciente do analista para refletir o que está sendo constelado. Esse reflexo pode exorcizar a possessão e liberar as emoções petrificadas.

Geralmente, a paciente obesa, anoréxica ou bulímica, atua como um pára-raios numa família excessivamente unida. Consequentemente, ao seu ego faltam limites físicos e psíquicos. Além disso, ela não tem uma relação fisicamente próxima com a mãe e, portanto, com seu próprio corpo; ela pode não se ver nos próprios sonhos, e tem medo de que alguém invada seu espaço precário. Geralmente, carregou e carrega imagens projetadas, idealizadas de um ou de ambos os pais, mas estas se voltaram interiormente contra ela, e o que antes era uma platéia cheia de admiração torna-se um juiz introjetado e aniquilador. Temerosa de perder também o amor do analista, a paciente se recusa a expressar seu verdadeiro eu, em vez disso, ela revela a imagem idealizada e projetada com a qual sempre viveu. Agindo como um espelho, o analista reflete essa imagem, sugerindo obliquamente os lados compensadores da sombra, para que a paciente consiga acreditar que não será rejeitada ao revelar quem de fato é. Gradualmente sua mão direita começa a perceber o que a esquerda está fazendo. O analista é um veículo do arquétipo da Grande Mãe, aquela que re-adota sem o conflito original, a mãe compreensiva, direcionadora, amorosa, e não-julgadora. Nesta fase, a paciente pode ser levada a lidar com seus distúrbios alimentares por meio da tentativa de incorporar em si mesma a Mãe Boa: alimentar-se bem, amar seu corpo, gostar de si mesma, como mulher, de um modo que sua mãe não foi capaz de fazer. (Woodman, p 58, 2000)

Antigas atitudes e rígidos padrões de comportamento podem ser substituídos pela confiança e pelo relaxamento da musculatura do próprio corpo e com base na realidade.

A ligação aos instintos é crucial: questionar-se sobre seu corpo e o significado da comida. Durante esse estágio, aceitar o papel de mãe diante da filha que cresce, sendo firme e amorosa, incentivadora e prática, principalmente nos detalhes do dia-a-dia. Essencialmente, esse é o processo em qualquer análise na qual a paciente não tenha ligação com o corpo e esteja sem uma forte estrutura de ego. A diferença no caso de distúrbios alimentares está na intensidade do conflito. Os riscos podem ser altos e imediatos.

Outro fator destrutivo no tratamento dos distúrbios alimentares é o corpo que está na outra cadeira, ou seja, o analista que numa hora se senta diante de 120 kg de energia bloqueada e na seguinte diante de 40 kg de pele e osso precisa saber exatamente quais as reações inconscientes que estão sendo evocadas pelo seu próprio corpo. Ele deve ter cuidado com a reação da própria sombra aos 120 kg, o obeso (a), que está na cadeira em frente. A paciente e o corpo já são inimigos, de modo que uma projeção inconsciente do analista pode afastar ainda mais esses irmãos hostis. A gordura é um fato e o corpo deve ser visto e tratado, senão o paciente se sentirá rejeitado como o é perante a sociedade e consigo mesmo. Se o analista realmente acredita que psique e soma são um só, ao aceitar o paciente, aceita seu corpo.

A obesa assumirá a responsabilidade de sua própria vida quando o peso for reduzido e trazer à tona o problema do relacionamento com um homem. Quando ela se volta para o analista buscando a confirmação de que é aceitável, mesmo que não seja perfeito, sai de sua redoma. Terá de reconhecer também sua própria gaiola, a qual projeta sobre outras pessoas. Rituais conscientes são úteis para deixar que a antiga imagem do corpo – gorda – desapareça, dando espaço à nova consciência do corpo, como templo da alma feminina, que abre caminho à sexualidade madura - à sexualidade integrada à espiritualidade.

A obesa, a anoréxica e a bulímica não se crêem humanas porque humanidade há muito foi rejeitada. A vida para elas consiste no desempenho de papéis e uma das suas únicas fontes de conforto e compensação é a crença de que “A vida é um palco e homens e mulheres, simples atores”, um papel falso que rejeitam com desdém, mas ao mesmo tempo desejam ardentemente. Elas costumam afirmar que aquilo que vale para os outros não vale para elas, pois as pessoas raramente as olham nos olhos ou comentam direta ou francamente a sua aparência.

As obesas com distúrbios alimentares, como anoréxica e a bulímica, que estão lutando com seu próprio sofrimento, mal conseguem suportar a visão de uma mulher obesa. Conseguir não só suportá-la, mas também amá-la pela jornada psíquica e espiritual que pode evocar, é talvez a contratransferência de um amor que pode auxiliar no processo de cura e tem dentro de si a energia.

Arinales Loli (2000, p 76) faz referência à psicossomática nos dizeres do psicanalista McDougall com relação às pacientes obesas que apresentam alexitimia, ou seja, afetação ou pensamento operatório, no qual não há distinção de um afeto de outro ou, a tendência de dispersá-los em alguma forma de ação, aliviando, dessa maneira, uma excitação afetiva insuportável. Cita que em sua experiência com pacientes obesos, foi constatada a dificuldade ou até a incapacidade de refletir sobre os acontecimentos mobilizadores de emoção. Ao se referirem à atividade onírica de suas pacientes psicossomáticas, os autores Marty e Muzam (1994, p 173) destacam uma inabilidade em sonhar ou, ao menos, relatar seus sonhos. Quando os pacientes os relatam, a narrativa obedece também às regras do pensamento operatório, apenas detalhando uma ação ou uma sucessão de atos precisos, sempre intimamente ligados a uma realidade atual. Com a observação desses autores, Arinales Loli enfatiza a importância de sua visão teórica da complexidade de material clínico desprovido de afeto e de associações, dificultando ou até impossibilitando, um aprofundamento e uma avaliação da importância

psíquica dos sonhos. Em sua experiência clínica, relata que, em nenhum momento, apareceram sonhos, afirmando que a vida onírica das pacientes obesas é extremamente pobre.

MacDougall (1996) relata que a obesidade em si é uma expressão do corpo, de algo que não pode ser expresso pela via da fantasia, nem pelo pensamento, nem pela linguagem. Argumenta que, dessa forma, as pacientes obesas não só se esquivavam de entender a obesidade e os próprios sentimentos, mas, de maneira geral, não podiam falar de questões que se referiam ao próprio corpo; foram proibidas de pensar e falar do seu corpo; limitadas na possibilidade de expressar suas emoções, não puderam fazê-lo como num virar de página, de um momento para outro. Estas pacientes obesas mostraram que o trabalho psicoterápico deve ser paulatino, de barreira em barreira, e que as intervenções terapêuticas devem ser feitas com cautela, para que a paciente não abandone a psicoterapia. Procurou em sua experiência instigar a capacidade associativa delas e uma conduta terapêutica que mobilizasse um mínimo de defesa e resistência, utilizando as próprias palavras da paciente de forma interrogativa. Percebeu a necessidade de uma postura mais ativa ante os momentos de silêncio delas, visto que isso demonstrava como vivenciado de modo angustiante.

Concluiu que uma evolução favorável das pacientes obesas talvez não se relacione, principalmente, com o grau de perda de peso, mas sim com os resultados que decorrerão de alterações de sobrecargas e das exigentes aspirações que elas se impõem, reconsiderando-se, assim, os hábitos e estilo de vida a que se reservam. Com elas, observou que caminhar no sentido do auto conhecimento revela-se como arma na árdua luta contra a obesidade.

Roth (1993), em sua autobiografia, enfatiza que, tanto para os homens quanto para as mulheres, a preocupação com a comida faz com que se distraiam dos problemas subjacentes da confiança e da intimidade. Preferem emagrecer a serem íntimos de outra pessoa, a prestar atenção a seus corpos, a amar e serem amados. É mais seguro: sabe-se de onde virá a dor, tem-se o controle. Comer, para a autora, é uma metáfora para a maneira como se vive, e, também, para a maneira como se ama. As fantasias exageradas, a criação de dramas, a necessidade de estar no controle e desejar o que é proibido são comportamentos que impedem a alegria na alimentação e nos relacionamentos. Algumas diretrizes permitem libertar o obeso do comportamento compulsivo: aprender a ficar no presente, começar a se valorizar, dar voz à criança faminta que existe dentro de cada um dos obesos, confiar em suas fomes físicas e emocionais, ensiná-los a receber prazer e capacitá-los a serem íntimos de outra pessoa (ROTH, 1993). Afirma que os regimes não funcionam porque comida e peso são os sintomas e não os problemas. Estão relacionados com negligências, falta de confiança, falta de amor, abuso sexual, abuso físico, raiva não manifestada, mágoa, ser objeto de discriminação, proteção contra possibilidade de voltar a ser magoado. As pessoas abusam de si mesmas com a comida porque não sabem que merecem algo melhor e porque sofreram abusos. Tornaram-se adultos infelizes, sentindo repugnância de si mesmos, não por terem vivenciado algum trauma, mas por o terem reprimido. Estão explicadas as mensagens que as obesas recebem quando crianças, como elas as traduzem em mensagens de auto-ódio e como passam essa dor para os outros, inclusive seus próprios filhos. A autora destaca a importância de se aceitar a responsabilidade pela mudança no presente, em vez de sentir-se vitimado pela dor do passado; como os hábitos foram formados por padrões iniciais de amor e como é necessário trabalhar tratando a alimentação com amor para se sentir satisfação no relacionamento com ambos (ROTH, 1993).

Em *Quando o alimento é amor: explorando as relações entre comer e intimidade*, Roth vai ao âmago do por quê as pessoas se voltarem para a comida, sobre a intimidade vista através do filtro da compulsão alimentar e sobre os medos e as alegrias de se retirar esse filtro. Ela inspira

a obesa a lembrar e a reconhecer as partes de sua vida que não memorizou, pôs de lado ou esqueceu. Essas partes têm um profundo efeito na maneira como a obesa come e ama, bem como a impedem de viver com criatividade e paixão, auto-respeito e crença em sua própria capacidade de ser feliz e com liberdade de escolha em sua vida (ROTH, 1992).

Para Halpern, os métodos subjetivos - o paciente se sente obeso - e os objetivos - o médico julga o paciente obeso ou não - são os mais práticos, pois levam em conta as "queixas do paciente" e a "avaliação do facultativo" (1986, p 192). Há necessidade de uma visão holística, biopsicossocial e ambiental na abordagem do obeso. São sugeridas as opções de trabalho multidisciplinar.

O obeso é percebido como comilão deficiente, infiel, sedentário, que se trata sem controle, portador de problemas psicológicos, destacando-se mais o sexo feminino.

O discurso e as práticas médicas evidenciam o preconceito, o julgamento moral, a rotulação, a hierarquia de atendimentos, a desqualificação e a banalização da obesidade. O discurso dos endocrinologistas, muito semelhante ao vinculado pela mídia, interpreta as ideologias socialmente circulantes a respeito da obesidade. A informação sobre tratamento e causas da obesidade não é atualizada; suas condutas são pontuadas pelas características personalógicas próprias, pelas informações científicas, nem sempre atualizadas, e pela informação midiática. Não se percebe movimento de mudança, não há política de prevenção da obesidade, caracterizada como epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo a autora Jackson (1999, p 151), "ser gordo é uma realização que implica sucesso na obtenção dos meios para a sobrevivência, tende a ser valorizada, em tempos difíceis". A pura disponibilidade de comida significa que ela se torna um substituto imediato para outras formas de satisfação, ou seja, um substituto da atenção que deveria ser dedicada às necessidades emocionais e aos conflitos. Para o comilão compulsivo é como se, quando existe a raiva, a tristeza ou anseios que não são facilmente satisfeitos, a mãe boa demais oferece sua resposta indolor. Termina por aprender a não esperar e exigir gratificações instantâneas, crédito instantâneo, solução instantânea para os problemas, mas, na mesma medida em que tudo isso é possível, há o risco de uma regressão, tornando-o preguiçoso e infantilizado. São as mulheres basicamente as que se sentem atormentadas pelo desejo de serem magras, o que as leva a fazer compulsivamente regimes intermináveis, ou a oscilar entre se empanturrar e morrer de fome, criando assim os distúrbios de alimentação. A atual epidemia de regimes e os distúrbios de alimentação constituem uma ampla demonstração de insegurança nas mulheres. Coletivamente, podem ser entendidos como uma mudança na direção de novos desenvolvimentos da consciência feminina. No plano individual, é mobilizada uma sensação de insatisfação que, quando corretamente abordada, atua como propulsora para a auto-descoberta.

Como muitos sintomas perturbadores, os problemas alimentares manifestam a necessidade que a psique tem de ser vista, homenageada e amada.

Luconi (2005) em seu Artigo "Obesidade e histeria: uma relação dionisíaca" enfatiza a obesidade como um sintoma que vem causando grande preocupação na atualidade, e através da reflexão psicológica busca compreender seu significado, partindo do princípio de que se trata de um fenômeno histórico que representa a cultura dionisíaca no mundo contemporâneo. A integração dos fatores que envolvem a questão da obesidade talvez seja um dos maiores desafios do trabalho com esta doença, justificando a baixa adesão ao tratamento. Trabalhar com obesos e obesos mórbidos pode ser tão difícil quanto emagrecer, porque a maioria das pacientes quer uma solução rápida e acabam recorrendo às alternativas que prejudicam ainda mais a saúde, a qual fica negligenciada em função da cultura narcisista que impõem ao corpo,

uma beleza vazia e sem alma. Além disso, a obesidade/obesidade mórbida é considerada de característica recidivante porque os fatores psíquicos e de manutenção da obesidade são de grande poder e, quando não são incluídos no tratamento, levam ao seu fracasso. Por isso a necessidade e a importância de se compreender o significado da obesidade no sentido psicológico, porque é nessa compreensão que reside a possibilidade de tratamento e de cura (WOODMAN, 1980, p 68). Essa autora, em seu livro "A Coruja era Filha do Padeiro" (1980), citado anteriormente, ao tratar a obesidade, diz que o processo de individuação pode ser observado no corpo. A obesidade é um sintoma neurótico da cultura ocidental, que se caracteriza pela repressão do feminino que somatizado se manifesta de forma demasiadamente palpável no corpo da pessoa obesa.

Ao se usar a metáfora de Dionísio, sabe-se, é acima de tudo, o deus da loucura, para conectar-se ao corpo, deve-se considerá-lo como um deus muito complexo e de muitas facetas. Segundo o mito orfíco, Dionísio nasceu da união de Zeus, o deus da luz, criador de imagens, com sua filha Perséfone, a rainha do mundo subterrâneo, que personifica as escuras forças do invisível reino dos mortos, e esta união representa Dionísio na sua complexidade de opostos. Através desta imagética dionisíaca pode-se relacionar a histeria com a obesidade, como um sintoma arquetípico que representa esta dissociação corpo-mente, ao longo da história da humanidade. É um desafio compreendê-lo, pois da visão da psicologia analítica emerge atitude unilateral da consciência, tendência cultural de se identificar demais a razão em detrimento das emoções. A loucura, portanto, é o irracional e representa tudo aquilo que é rejeitado e reprimido no mundo de hoje. Trata-se da sombra, do feminino reprimido, que vem ao longo dos séculos se manifestando de formas diferentes e intrigando os profissionais de saúde. Com o Renascimento, a loucura, que na Idade Média era considerada bruxaria e coisa do diabo, passou a fazer parte das discussões acadêmicas e filosóficas, sendo considerada uma patologia, denominada histeria, cuja sintomatologia era variável e capaz de causar alterações corporais, sem nenhuma justificativa física para sua origem. Para Woodman (1980, p 118), a "loucura" dionisíaca inerente ao ato compulsivo de comer pode ser a moderna expressão daquilo que se conhecia antigamente como "possessão" e numa época recente como "histeria". Pensa-se obesidade como um sintoma histórico contemporâneo, que pode significar a compreensão do mistério da relação mente-corpo, pois, é um sintoma da dissociação, é compulsivo e se caracteriza pelo excesso e pela falta de limites. A obesidade vem, assim como a histeria nos últimos séculos, desafiar o conhecimento científico mente-corpo. O corpo reprimido precisa ser resgatado. A banalização da histeria vem patologizando cada vez mais o corpo. E a obesidade, considerando suas comorbidades, parece ser um agravamento do sintoma histórico, através dos tempos, devido à falta de tratamento adequado. Se Dionísio é o corpo, então ele precisa ser resgatado e, através dele, que poder-se-á compreender a obesidade tanto no aspecto somático quanto no psíquico.

Com referência à monografia "O Corpo Obeso e a Percepção de Si" de Zottis, C.; Liliana. M. J. (2005), com fundamentação teórica fenomenológica hermenêutica, a autora relata que os mecanismos de defesa do ego, negação do corpo e isolamento são comportamentos frequentes e associados à baixa auto-estima nos corpos obesos. Estes mecanismos relativamente inconscientes envolvem um grau de auto - decepção e de distorção da realidade, podendo constituir respostas mal adaptadas ao estresse; a alteração da imagem corporal associada à baixa auto-estima nos corpos obesos são comportamentos que têm como significado a insatisfação pessoal. Evidenciou-se que a sociedade, ao impor padrões estéticos de "beleza magra", ao mesmo tempo em que exclui o corpo obeso do seu meio, suscita estes sentimentos de desprezo e de desvalorização.

Segundo Souto (2002), em seu artigo "Práticas discriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares", "a alimentação é uma necessidade humana

vital, na qual a comida e o ato de se alimentar representam elementos de interação humana familiar e social, com conotações simbólicas. O comportamento alimentar é um fenômeno complexo, que vai além do ato de comer. O ato de comer transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento, possuindo motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e às vivências emotivas e conflituosas que independem da fome. Os transtornos alimentares são fenômenos pluridimensionais resultantes da interação de fatores pessoais, familiares, socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com o alimento, peso, corpo e obesidade/obesidade mórbida”. Enfatiza que o panorama sociocultural ocidental, de extrema valorização da magreza, com a pressão para o emagrecimento interagindo com os outros fatores biológicos, psicológicos e familiares, gera uma preocupação com o corpo e um pavor patológico de engordar. Associa o aumento de peso a sentimentos negativos. O emagrecimento, então, representa uma conquista para as mulheres e o medo de engordar é tão forte quanto o de morrer devido à obesidade mórbida. O excesso de peso/obesidade mórbida torna-se um problema, o emagrecimento é o objetivo e a solução ditada é a dieta. Essa motivação é monopolizada pela indústria do emagrecimento, constatando-se, assim, que a modificação do comportamento alimentar é necessária àquelas que correm risco de morte pela obesidade mórbida. Na busca do ideal de beleza de um corpo perfeito, surge atualmente uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade mórbida. O medo de engordar ou permanecer com obesidade mórbida é visto como algo coletivo, que povoa o imaginário feminino, propagado pela mídia e pelas relações familiares e sociais sendo essenciais a subjetividade envolvida e a influência do contexto próximo. A reeducação alimentar é a proposta nutricional mais adequada, com o trabalho integrado com outros profissionais de saúde.

A visão da fonoaudiologia em relação ao obeso mórbido é de muita preocupação com os riscos à saúde, principalmente ressaltando a parte das modificações sofridas pelas pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica. Destaque-se que é importante analisar a ocorrência de alterações relevantes nos parâmetros vocais destas pessoas, uma vez que utilizam a voz como meio de trabalho, ou mesmo, a importância da voz na relação com as pessoas. Também é bastante comum associar uma bela voz a indivíduos obesos como, no Brasil, o grupo “Fat Family”, Ed Motta e Tim Maia. E também relata que, quando os indivíduos estão em processo de emagrecimento, são notáveis as mudanças que acometem seu organismo, inclusive no trato vocal. Em obesos mórbidos há um acúmulo de gordura, que modifica as cordas vocais. Quando eles emagrecem, há acentuada diminuição de partes do corpo acarretando consideráveis modificações na aparência e ocorrem, também, diferenças facilmente observáveis na voz, sobretudo quando há emagrecimento superior a 50%, tornando-se de fato significativas as mudanças acústicas e perceptivas.

Baldin *e tal.* (2007) relatam que o problema da obesidade ficou evidenciado como parte de uma complexa situação que envolve os estados físico e emocional das pessoas, cuja resolução, por vezes, expõe as dificuldades e as limitações psíquicas dos pacientes. Em determinados casos, as pacientes obesas mórbidas expressaram expectativas além do emagrecimento, como a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais e mudanças de traços definidos de suas personalidades. Algumas pacientes apresentam alterações psicológicas após realização da cirurgia, principalmente aquelas mais jovens que consumiam álcool, e além de piora no relacionamento conjugal. Ressaltam que fatores que mais levam as obesas mórbidas a procurarem cirurgia bariátrica são os estéticos, mas também em busca de mais saúde, reforçados pelo preconceito de que pacientes obesas são mais frágeis e estigmatizadas socialmente. O excesso alimentar pode estar associado a estímulos reforçadores negativos ou aversivos tardios, que nem sempre são relatados pelo indivíduo, a fatores herdados,

ambientais e comportamentais, como produto de um aprendizado. O uso do alimento, muitas vezes, associa-se também à fonte de ganhos psíquicos secundários, portanto é importante acompanhamento psicoterápico posterior à cirurgia. Concluem que, mesmo a psicologia reconhecendo os benefícios que o emagrecimento pode trazer, as pacientes obesas mórbidas percebem com menos entusiasmo a questão do emagrecimento rápido e acentuado e que é possível haver uma adequada percepção da complexidade do tratamento da obesidade mórbida, assim como o grau necessário de maturidade da personalidade das pacientes.

Souza (2002), baseando-se no referencial teórico da psicologia analítica, mostra que o conceito de símbolo une mente e corpo. A psique é somática tanto quanto o soma é psíquico, sendo que ambos são símbolos da personalidade. Mostra também as ocorrências se evidenciando em totalidade no ser humano e que a expressão doença psicossomática não mais se justifica, pois todas as doenças, em diferentes graus, se manifestam no corpo, na psique, no social e no oncológico.

Na revisão de literatura de Segal *et al.* (2002) foi questionado sobre a não investigação sistemática das questões psicossociais e psiquiátricas do problema da obesidade, afirmando que a obesidade está comprovadamente associada à maior mortalidade geral e à morbidez com outras doenças. Para estes autores, é importante dar mais atenção a esses fatores psiquiátricos e psicológicos, principalmente quando se trata de pacientes obesos mórbidos, que apresentem os transtornos da compulsão alimentar e, com mais cuidado, os obesos mórbidos com transtorno de compulsão alimentar periódica. Relatam que este grupo tende a ter mais sintomas de depressão e ansiedade durante e após o tratamento, em comparação aos não obesos sem transtorno de compulsão alimentar periódica. Os estudos sistemáticos dos aspectos psiquiátricos e psicobiológicos entre obesos têm oferecido relações importantes como associações epidemiológicas em grupos específicos, diretrizes terapêuticas mais cuidadosas e achados neuroquímicos e genético. O aumento da prevalência da obesidade que se apresenta consistente no Brasil, como mostram as questões relativas à co-morbidez psiquiátrica e ao impacto em termos de custos sociais e individuais, deverá ser mais investigado e não permanecer na omissão, como vem acontecendo nos dias atuais.

De acordo com Silva (2007, p 80), na visão de Groddeck (2000), “não existe doença orgânica ou psíquica, pois o corpo e a alma adoecem juntos”. A obesidade pode representar a cristalização do impossível, de fazer sarar os doloridos da alma. Assim sendo, resigna-se à entrega, por vezes desesperada, à comilança. Woodman (2002, p 13), diz que “de um jeito ou de outro somos viciados porque nossa cultura patriarcal enfatiza a perfeição. Por isso, uma das dificuldades nos trabalhos com adictos em comida consiste em ajudá-los a superar a sensação de desespero quando perdem a euforia associada a esses vícios”.

Loli (2000) e Woodman (2002) consideram que o ato de comer revela a busca de afeto maternal e também que comer desregradamente tem o poder magnético, na medida em que parece prometer a presença da Mãe Amorosa, ou seja, de uma mãe que não chega, cuja falta se transforma em volume. Os desejos estéticos e sexuais estão latentes nas pessoas obesas, porém, as limitações físicas, a sofrível qualidade de vida, o risco de morte prematura consistem suas maiores inquietações, bem como a de seus parentes, sendo mais enfatizada esta parte na relação destas duas autoras. Nesta perspectiva, Martins (2002) compartilha o mesmo pensamento pois, para ele, o fato de a família estar sendo atendida, algumas vezes, não significa que ela seja a origem da doença; há recursos a serem explorados para ajudar na procura de saídas mais saudáveis para a obesidade feminina, mas não se pode perder de vista que, quase sempre, há vieses afetivos e/ou sexuais, a exemplo do medo de representar o sexo oposto como mero objeto sexual. Geralmente, obesos têm dificuldades de encontrar a parceira sexual; quando isso acontece, há redução da atividade erótica aos

limites que o peso e o abdômen corporal impõem. A cirurgia bariátrica é o primeiro passo para a própria reconquista, entretanto o obeso pós-cirúrgico precisa fazer a conquista da saúde, da longevidade e da vida social, o que inclui a disposição de contar com a ajuda de profissionais de saúde. Fazer a cirurgia bariátrica consiste, em tese, no último recurso para permitir que o médico e o cirurgião realizem o que a própria pessoa não consegue impor a si mesma: autocontrole. Mas, o cérebro não registra a redução do estômago e também não dispõe desse recipiente para as descargas e a compensação das frustrações, das impotências e das castrações. Por isso é necessário ressaltar, novamente, a importância do acompanhamento psicológico nos períodos pré e pós-cirurgia para que o paciente compreenda e aceite seus sentimentos e maneje com mais assertividade suas emoções. À medida que os sentimentos inconscientes guiam a maioria de seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, em muitos casos, deverão ser o foco fundamental de ação terapêutica. Assim sendo, o papel do analista é ajudar o paciente a se tornar conhecedor desses padrões inconscientes expressados em sua conduta.

Na compreensão de Woodman (2002), o desprezo à gordura é, de fato, a âncora na vida do obeso, desde que ele assume e pode variar em proporções diretas a aceitação ou a rejeição com que contempla sua humanidade. Desse modo, o luto pelo corpo perdido talvez precise ser enfrentado para que não torne a ocorrer um repentino aumento de peso. Elaborar a perda da então adaptada carga e introjetar a aceitação de uma nova silhueta que, aos poucos, vai sendo delineada são aspectos importantes e necessários à elaboração do processo de emagrecimento, dentro do acompanhamento psicoterapêutico.

Perez (2005) coloca que parece haver uma relação entre a lógica cultural do consumismo e aumento de prevalência de obesidade associada à compulsão alimentar. Existe uma pressão social para se consumir de tudo. Além disso, a sociedade propõe a indução ao consumo e a superação das expectativas quanto ao objeto consumido, antecipando novos desejos, oferecendo cada vez mais rapidamente e prometendo, em um mundo de frustrações, o prazer contínuo. É nesta lógica que funciona o compulsivo alimentar.

Se a obesidade traz uma concretude para o sujeito, a comida pode preencher os vazios abstratos afetivos e de falta. Pode-se relacionar a comida com o objeto transacional de Winnicott, ou seja, o objeto de defesa contra sentimentos originalmente ligados à separação da mãe.

Comer exageradamente pode advir de uma frustração sexual e da tentativa de camuflar as dificuldades sexuais, tendo a obesidade como aliada. O tecido adiposo pode até cobrir a genitália para evitar o exercício de sexualidade. Para a psicanálise, a obesidade pode vir como defesa contra a sexualidade.

O obeso é reprovado pela mídia, pela moda e pela propaganda. Na sociedade atual, em que a cultura do narcisismo é bem marcante, como já foi dito acima, o maior problema é responder ao código social e não exatamente ser gordo ou feio. Sendo assim, para não ser marginalizado, o indivíduo faz todo o possível para manter a forma. Em alguns casos, com certa obsessão.

A negligência de fatores psíquicos no tratamento da obesidade pode apresentar conseqüências proporcionalmente mórbidas, uma vez que tal sintoma precisa ser simbolizado e não simplesmente removido. Com o surgimento da cirurgia bariátrica emerge, portanto, a preocupação com o destino do sintoma, ao passo que o ato de comer compulsivo, nesta via, é uma restrição ou a eliminação na busca de resolução de questões psíquicas inconscientes.

O obeso tem uma imagem corporal distorcida, quanto mais antigas forem a obesidade/obesidade mórbida. Sua relação com o corpo é a relação que tem com a vida, pois o corpo é

o retrato da impotência, do vazio, da culpa e do medo de destruição: o corpo é rejeitado e o vazio é preenchido com comida.

Muito importante nesta pesquisa é discorrer sobre as várias formas de focalizar, procurar entender, analisar e estar em contato direto com os denominados obesos mórbidos, que não conseguiram, durante muitos anos de suas vidas, lidar e entender as causas que os levaram à obesidade mórbida. Como esta doença tem preocupado famílias, sociedade e, atualmente, políticas governamentais, tornou-se um fator determinante de saúde pública no Brasil e no mundo.

Além dos enfoques dados a esta doença, foi necessário também discorrer sobre a teoria da psicossomática junguiana, mais especificamente, sobre o tema da obesidade/obesidade mórbida, para evidenciar o entendimento e a reflexão concisa e apurada de suas causas.

Sintetizando, torna-se importante fazer uma análise da abordagem junguiana, proposta nesta pesquisa, para clarificar com mais ênfase psicológica todo o sentido deste tema.

4. A PSICOSSOMÁTICA JUNGUIANA

Atualmente, é indiscutível a visão de corpo e mente como uma totalidade e, por conseguinte, a influência de uma instância sobre a outra. Siegel (1996) ressalta o efeito devastador de mensagens negativas transmitidas ao doente, principalmente quando fornecidas por figuras de autoridade, como os médicos e os meios de comunicação, tidos como confiáveis. Destaca o fato de que as palavras do médico podem matar ou curar, na medida em que condenam ou dão esperança ao indivíduo.

Em toda a sua obra, sobreleva a importância de se adotar uma postura positiva diante da doença para a viabilização do alcance da cura e destaca o poder destrutivo de uma postura negativa. Sobreleva também a possibilidade de haver esperança e a perspectiva positiva no que diz respeito à possibilidade de vida na luta contra a morte.

A psicologia junguiana assevera, quando se refere à existência de um curador interno que habita em cada um de nós, que este precisa ser mobilizado para que ocorra o processo de cura, pois, quando alguém adoece, o arquétipo terapeuta-paciente constela-se.

O doente procura o terapeuta exterior mas, ao mesmo tempo, se constela nele o terapeuta intrapsíquico, que é o “fator de cura”. Este é o médico interno do paciente, cuja ação é tão importante quanto a do profissional que atua externamente.

De acordo com a visão de Ramos (1994), a teoria analítica de Carl Gustav Jung fornece subsídios teóricos para a compreensão da doença como um fenômeno que envolve a psique e o corpo. Assim, toda doença é um símbolo que tem significado para o indivíduo portador. Os sintomas psíquicos, bem como os somáticos, podem ser relacionados a complexos patológicos. Entender esse significado traz a possibilidade de elaboração do complexo que está por trás do sintoma e, conseqüentemente, a ampliação da consciência, o que contribui para o desenvolvimento da personalidade, possibilitando transformações, tanto na maneira de se ver e de ver o mundo, como na maneira de ser no mundo.

É a elaboração dos símbolos que o *Self* manda para a consciência, por meio de sonhos, imagens ou enfermidades, que equilibra o eixo Ego-*Self*. No caso de manifestações por doenças, o equilíbrio interno atua positivamente quanto à retomada da saúde.

É importante ressaltar que o complexo nem sempre se relaciona a um conteúdo negativo, mas por vezes diz respeito a um conteúdo positivo que está na sombra do indivíduo, em seu inconsciente, e que, por alguma razão, não foi adequadamente elaborado e integrado.

Esse conteúdo pode tornar-se o centro de um complexo que atua patologicamente na psique, prejudicando o desenvolvimento da personalidade, precisando, então, ser incorporado à consciência.

O sintoma orgânico pode corresponder a uma cisão na representação de um complexo arquetípico, onde a parte abstrato/psíquica ficou reprimida. Ao ficar desconectado do ego, esse sintoma se repetirá compulsivamente, como tentativa de se integrar na consciência, a fim de que o processo de individuação possa prosseguir (RAMOS, 1994, p.59)

A conscientização da polaridade desse complexo ocorre por meio da transdução do símbolo de sua polaridade patológica para sua polaridade psíquica, abstrata. A conscientização do símbolo e sua integração levam a uma melhora da saúde geral do indivíduo doente.

Transdução, segundo Rossi (1997), diz respeito à conversão de matéria, de energia e de informação de uma constituição física para outra. Com relação ao binômio mente-corpo, existem evidências de que o sistema límbico-hipotalâmico se constitua no maior transdutor de informações.

É possível fazer um paralelo entre os princípios do xamanismo, com fulcro em Achtemberg (1996), e a visão da doença como símbolo na concepção da psicologia junguiana. Nessa concepção, a cura dá-se quando ocorre a integração de um complexo autônomo que se manifestou simbolicamente por meio da doença. No xamanismo, a doença era vista como algo espiritual, isto é, também como uma desarmonia interna do indivíduo, uma questão pessoal, algo que levava o indivíduo a enfraquecer, tornando-o sujeito de enfermidades.

Segundo Mello (1999), a Psicossomática reconhece, hodiernamente, a interdependência fundamental entre mente e corpo, em todos os estágios de doença e de saúde.

Não existem doenças com causas puramente psicológicas ou puramente orgânicas. Assim, todas as doenças são psicossomáticas, pois envolvem a interrelação “mente-corpo”.

A abordagem atual holística da Psicossomática é coerente com a teoria e com o método psicoterápico proposto por Jung, embora a Psicologia Analítica não tenha contribuído diretamente para a Psicossomática.

Como propõe Ramos (1994), é possível entender o fenômeno psicossomático à luz do modelo analítico. De acordo com Hannah (2003), Jung começou a trabalhar com o teste de Associação de Palavras, criado, em 1904, pelo médico alemão Wilhem Wundt, Jung foi o primeiro a usá-lo, no início de sua carreira, o que lhe forneceu as bases para a compreensão do fenômeno “mente-corpo” e para a investigação das perturbações surgidas nas reações às palavras indutoras, constatando a conexão das respostas dadas a alterações fisiológicas, medidas por um polígrafo, estabelecendo-se, assim, uma relação indiscutível entre psique e corpo.

Com essas experiências, postulou o conceito de “complexo”, como “um núcleo de intensa carga afetiva que agrupa em torno de si conteúdos psíquicos também carregados de afetividade” (vol. 8, p 166, Jung).

Os complexos funcionam como uma entidade inconsciente e autônoma e, por isso, são capazes de contrariar as intenções do indivíduo. Tanto na neurose, quanto na psicose, os sintomas de natureza somática podem originarem-se dos complexos.

McDougall (1989, p 25) observa que os pacientes orgânicos “resistem em buscar os fatores psíquicos que nutrem sua vulnerabilidade psicossomática”. É como se esses pacientes lutassem, como fazem os pacientes neuróticos e psicóticos, para proteger suas condições somáticas.

“Nesses pacientes, um complexo não é reconhecido no plano abstrato e, portanto, não pode ser expresso na fantasia, na imaginação ou no sonho, mas esse conflito pode levar às soluções alucinatórias, psicóticas ou pode assumir uma expressão orgânica. Assim, o sintoma orgânico conteria mensagens psíquicas que não teriam representações abstratas. A conexão verbal dos estados afetivos estaria desconectada em geral dos seus sintomas do corpo. Aqui está presente uma forma arcaica de simbolismo em que o corpo fala. Um sintoma seria uma representação simbólica de uma desconexão ou perturbação no eixo ego/self, que pode ser muitas vezes corporal ou psíquica, alternada ou simultaneamente. Neste sentido, o símbolo estaria informando os acontecimentos orgânicos. É a expressão do fenômeno psique-corpo, feita através das alterações fisiológicas e das imagens referentes, sincronicamente. Um complexo tem sempre uma expressão simbólica corpórea, através da qual pode-se ter a chave para a compreensão da doença. Neste caso, o símbolo aponta disfunção, um desvio que precisa ser corrigido, quando a relação ego/self fica alterada. Através da amplificação, método proposto por Jung (vol. 8 p 167), pode-se fazer essa transição para o plano consciente (transdução) entre conteúdos inconscientes, sintomas orgânicos ou emocionais.” (JUNG,

Para Groddeck (1997, p 95), a doença não existe como entidade, mas somente como expressão da totalidade do homem, como expressão do “isso” (id). Curar seria “interpretar corretamente o que essa totalidade está tentando expressar através dos sintomas e ensiná-los um modo menos doloroso de auto-expressão”.

Dentro deste conceito de símbolo e de doença, temos “a sincronicidade, que nada mais é do que a existência de dois ou mais fenômenos ocorrendo ao mesmo tempo, sem relação de causa e efeito entre si, mas com relação de significado. Este tipo de fenômeno mostra que o não- psíquico pode se comportar como o psíquico e este como o somático, sem que haja relação casual entre eles. Com este conceito, pode-se perceber melhor que uma imagem não causa uma determinada sensação e que esta não leva à formação daquela, mas que ambas estão presentes simultaneamente no organismo, conscientemente ou não. Na medida em que psique e corpo formam um par de opostos, sua relação não pode ser percebida somente como de causa e efeito. Portanto, toda e qualquer doença, como a obesidade mórbida, tem uma expressão no corpo e na psique simultaneamente”. (JUNG, 1999, p 47).

A visão junguiana de Jackson (1999, p 122) ajuda a esclarecer o significado da alimentação, o “comer compulsivamente”, auxiliando na compreensão e no discernimento do novo significado do TCAP, proporcionando a este estudo um embasamento teórico de abordagem junguiana. A despeito da ausência da ameaça de escassez de recursos externos em alguns países, o alimento ainda é foco de atenção, porém de formas diferenciadas em virtude das projeções de significados que recebe. Esses significados projetados originam-se da necessidade de nutrir o corpo por meio do alimento apropriado, mas também se associam à busca da satisfação de necessidades afetivas, de realização sexual ou de dissimulação de dores e de raiva. Dessa forma, o alimento passa a ser um depositário de angústias, seja o desejo de uma saúde perfeita, seja de seus medos diretos. O alimento também pode ser depositário de nossos medos secretos e de nossas fantasias de uma saúde perfeita.

Investigando os fundamentos psíquicos da comida, compreende-se como o processo literal da alimentação é afetado pelas associações simbólicas, pelos atributos metafóricos e pela interação constante entre consciente e inconsciente.

Mc Dougall (1989) argumenta que a obesidade, com a presença do chamado TCAP, antes denominado compulsão alimentar (CA), nada mais é do que uma espécie de comunicação não verbal, uma vez que utiliza o corpo para se expressar; portanto, é algo não dito (pp 20 a 30). Nesse sentido, o TCAP seria uma tentativa psicossomática de superar a dor mental por meio do recurso a substâncias externas que tranquilizem o indivíduo e suprimam o conflito psíquico. No entanto, há um inconveniente nisso, pois a solução é passageira e deve ser repetida indefinidamente.

Para este estudo, é mistér sublinhar a importância da alimentação e de seus significados. Alimentar-se representa um movimento em direção à tomada de consciência. A composição do cardápio alimentar (aquilo que o sujeito leva à boca) pode revelar as projeções coletivas e individuais, os aspectos da natureza do sujeito, os quais ele alimenta e cultiva.

Pode-se perceber como a psique compreende a influência sobre nós daquilo que se come, ou seja, as projeções sobre os alimentos. O processo de digestão pode ser entendido, psicologicamente, como algo integrante da identidade do indivíduo. Porém, não é possível assimilá-lo como algo por inteiro, pois o processo não é de todo consciente: ele também ocorre no inconsciente, fora da zona de visão, fora da visão do ego.

Torna-se necessário focar a atenção em alguns conceitos primordiais da teoria analítica, principalmente no de complexo e no de arquétipos, a fim de se entender melhor a ligação do complexo materno com a alimentação e, a partir daí, a compulsão alimentar.

Para Jung (2000), enquanto o inconsciente pessoal consiste, em sua maior parte, de complexos, o conteúdo do inconsciente coletivo é constituído, essencialmente, de arquétipos.

Sobre o arquétipo materno, explica o autor:

(...) seus atributos são o “maternal”, simplesmente a mágica autoridade do feminino; a sabedoria e a elevação espiritual além da razão; o bondoso, o que cuida, o que sustenta, o que proporciona as condições de crescimento, a fertilidade e alimento; lugar da transformação mágica, do renascimento; do instinto e o impulso favoráveis; o secreto, o oculto, o obscuro, o abissal, o mundo dos mortos, o devorador, o sedutor e venenoso, o apavorante e fatal (ID. IBIDEM, p 92)

Para Jackson (1999, p 19) “‘O Grande Redondo’, o ciclo sem começo nem fim da existência, tem, repetidas vezes, apresentado à imaginação humana com o formato da Grande Mãe, produzindo, alimentando e devorando as incontáveis formas de vida”.

Dessa forma, vem da Grande Mãe o alimento e, também, o perigo de não recebê-lo ou recebê-lo sob a condição de que se servirá de alimento a ela. Ressalte-se, aqui, a importância da relação primal e o modo como ela é vivenciada pelo indivíduo, destacando-se o fato de que essa influência perdurará por toda a vida.

Pode-se, doravante, debater o complexo, mais especificamente o momento em que se torna destruidor para o indivíduo. Um complexo destruidor é um conjunto autônomo de impulsos agrupados em torno de certos tipos de idéias e emoções carregadas de energia, é expresso em identidade, compulsão e, primitivamente, inflação e projeção, enquanto ele se mantiver no inconsciente (WHITMONT, 2000, p 53).

O estado de identificação do ego é idêntico ao impulso, mas há possibilidade de escolher entre as motivações do ego e os impulsos. Quando há esse estado de identidade, existe compulsão e, nesse aspecto, o comer compulsivo pode estar relacionado ao complexo destruidor.

É a carga emocional envolvida em uma projeção que mostrará quando se está diante da constelação de um complexo ou não. Se algo enerva em demasia e causa repúdio, é muito provável que se esteja diante da constelação de um complexo negativo. Em contraste, no caso de constelação de um complexo positivo, sente-se, profundamente, atração pelo objeto em questão. Merece destaque o fato de que não há estado isento de projeção, já que disso depende a ampliação da consciência.

Desse modo, torna-se importante o esclarecimento detalhado do significado do complexo destruidor, o qual se revela por meio da projeção, que é o primeiro estado da consciência, razão pela qual os complexos aparecem como impulsos interiores e também como medos e expectativas relacionados ao comportamento externo de pessoas e de objetos. Nesse caso, considera-se a comida como possível objeto receptor de projeções.

Quando um complexo é ativado, além das reações de afeto, há respostas fisiológicas que podem ser mensuradas. Para Jung, o complexo possui dois aspectos: a casca e o núcleo. Segundo esse teórico, a casca remete a experiências pessoais, são os condicionamentos ocorridos durante a informação em relação ao padrão instintivo do complexo, que provém do inconsciente pessoal.

Por outro lado, é do núcleo do complexo que vem a carga energética, pois é ele o padrão humano universal, ou seja, o arquétipo do inconsciente coletivo. Embora se saiba que o complexo paterno, assim como os outros, influencia profundamente a psique feminina, no caso do TCAP, porém, o mais importante é o complexo materno, em virtude de estar relacionado aos distúrbios alimentares. (Jung, 1999).

O complexo materno tem como base o arquétipo materno: é uma rede de associações vinculadas ao entrelaçamento das imagens da mãe arquetípica com imagens da mãe pessoal.

Como já se pôde observar, a relação primal é muito importante e, quando negativa, o ego fica assustado, porque tem de nascer prematuramente pelo instinto de auto-preservação, sentindo-se então inseguro em virtude da ausência de segurança que deveria vir da mãe. Precisa, defender-se por meio da agressão e dos mecanismos de defesa.

Nesse caso, a mulher não entende o princípio feminino e nem manifestações de carinho conseguem fazer com que ela se aceite. Para ela, o destino será um abismo sem fundo. Dessa forma, a confiança na vida inexistente quando o complexo materno não fornece à pessoa recursos suficientes para que ela caminhe em direção à ampliação da consciência, ao invés de ficar paralisada em função do controle de um complexo destruidor.

No caso da mulher compulsiva, a fome que sente de vida, de sexualidade e de espiritualidade acaba convergindo para o desejo do alimento proibido. A fome espiritual não se separa da fome física, e a comida torna-se, então, objeto de projeção de muitas carências para além da fome física. Conscientemente, essa mulher compreende que não controla seu ato compulsivo, mas, inconscientemente, não é capaz de agir a seu favor.

A mulher deve distinguir-se tanto do instinto, como do espírito. Do contrário, tentará possuir um ou outro e terminará por ser possuída. Tendo experimentado o *self* por meio do reconhecimento e da aceitação dos opostos, ela pode ficar conscientemente à vontade em sua própria condição de mulher e permitir que a vida venha a ela por meio do seu próprio ser. (WOODMAN, 2002, pp 125-127).

Resta, assim, a essas mulheres enfrentar uma árdua tarefa para que possam vir a confiar na vida e a conquistar a liberdade de escolha, livres do domínio de complexos destruidores, como o materno e o da compulsão por alimento.

Neste estudo, pretende-se compreender os efeitos da psicoterapia grupal breve em pacientes obesas mórbidas pós-cirurgia bariátrica e como elas estão confiando em si mesmas para assumir a liberdade de escolher uma nova vida, com saúde e qualidade.

5. PSICOTERAPIA BREVE

De acordo com Gilliéron (1983), a psicoterapia breve tem como característica essencial a realização em espaço de tempo curto e previamente determinado, com duração que oscila, de modo geral, entre 10 e 30 sessões, além de ser focal, isto é, ter por objetivo uma atuação mais centralizada.

Esse tipo de psicoterapia tem um alcance muito diferente da psicoterapia tradicional, em relação à profundidade da análise específica das situações de crise, com uma atenção direta e, situando-as, ao mesmo tempo, num universo mais amplo da vida de seu portador.

Destarte, constitui-se num procedimento útil que pode despertar um interesse mais profundo posteriormente. Acredita-se que é uma ajuda importante no enfrentamento mais efetivo de situações que surgem repentina e imprevisivelmente na vida de um indivíduo, como, por exemplo, uma doença grave, que muitas vezes exige um reposicionamento em face de vários aspectos da vida. As primeiras psicoterapias breves tiveram a psicanálise como base teórica. Posteriormente, surgiram diversas linhas de trabalho idealizadas por vários profissionais, que diferem em termos de objetivos, duração e indicações.

A curta duração do processo atende a duas questões importantes: a necessidade urgente de conscientização de alguns aspectos que repousam no inconsciente do indivíduo que a ela se submete e o custo financeiro muito menor, que a torna mais acessível que a psicoterapia tradicional.

É também uma forma de atendimento psicológico que pode ser individual ou em grupo, permitindo atender a um número de pessoas muito maior do que a psicoterapia tradicional. Trata-se, ainda, de forma de atendimento psicológico mais viável em serviços de saúde pública. Em função dessas vantagens, a psicoterapia breve, de orientação junguiana, tem sido realizada nos últimos anos em hospitais, em ambulatórios públicos e em consultórios particulares, a fim de lidar com problemas mais circunscritos.

Segundo Von Franz (1999), Jung assinalava o efeito redutor da terapia em grupo ao prejudicar a transferência, sem cuidar dos desejos ou das maneiras de viver, considerada por ele veículo fundamental à ocorrência do Processo de Individuação. No entanto, considerando que a terapia breve, focada numa questão bem delimitada como uma enfermidade grave, quando em grupo, oferece uma série de vantagens aos participantes, tais como um espaço de troca de informações, de experiências e de descoberta de soluções para problemas comuns, em que um membro do grupo pode aprender com aquilo que foi vivenciado pelo outro.

Além disso, segundo Carvalho (1994), esse tipo de atendimento proporciona aos indivíduos que compõem o grupo o que, talvez, seja o mais importante: que não se sintam sozinhos e percebam que outras pessoas vivem problemas semelhantes aos seus, podendo compartilhar emoções e sentimentos.

O objetivo desse tipo de intervenção psicológica é ajudar as pessoas a avaliar as possibilidades de viver suas vidas com a melhor qualidade possível.

A Terapia Breve de orientação junguiana, segundo Chander (1999), tem uma perspectiva finalista, que faz os indivíduos sobrepujarem a situação momentânea e sua história, apreendendo os fatos com crescente ampliação da consciência e o sentido de si mesmos.

Consoante afirma Ramos (1994), a psicologia junguiana aborda a doença como o símbolo de um desequilíbrio provocado por um complexo que representa uma quantidade de energia suficiente para impedir o fluxo adequado e necessário do desenvolvimento da personalidade. A doença surge, então, como uma oportunidade de elaboração de um

complexo, que poderá restaurar o equilíbrio intrapsíquico necessário à retomada do Processo de Individuação, objetivo principal da psicologia junguiana.

Este estudo psicológico será realizado, com recurso da psicoterapia grupal breve, com temas propostos, usando os conceitos e pressupostos da psicologia junguiana. O grupo visa ao desenvolvimento e à interação entre as participantes, com estímulo para discussões que permitam a reflexão pessoal e grupal sobre o TCAP, bem como o significado do comer compulsivamente. O foco é mantido sobre o processo de transformação por meio do auto-conhecimento, abordando fatores subjetivos e objetivos que influenciam suas dificuldades com relação ao TCAP, na pós-cirurgia bariátrica.

No trabalho em grupo, procura-se incentivar a comunicação entre as participantes para que percebam que não estão sós em suas dificuldades relativas ao TCAP. Estimula-se a fala subjetiva, quando se refere às expectativas e ao planejamento de suas vidas.

A fala subjetiva traz imaginação, emoção, intuição, sentimento, o sentido do “eu” e do ser. Nessa linha de pensamento, o comportamento não verbal é outro aspecto essencial dessa comunicação. A comunicação interpessoal visa à introdução da fala subjetiva e simbólica e à observação de comportamento não verbal.

6. MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa empírica utilizando-se abordagem qualitativa e quantitativa. O grupo foi composto por seis mulheres obesas mórbidas, pós-cirurgia bariátrica, com TCAP.

A pesquisa empírica é um empreendimento abrangente e multidimensional que não se preocupa com generalizações, com princípios e com leis. O foco concentra-se no problema específico, procurando a compreensão do que se estuda.

6.1 Objetivo

Observar o efeito psicológico da psicoterapia grupal breve em pacientes obesas mórbidas, com transtorno da compulsão alimentar periódica, pós-cirurgia bariátrica.

6.2 Sujeitos

Participaram deste estudo seis pacientes com obesidade mórbida que foram submetidas à cirurgia bariátrica, e faziam parte anteriormente de um grupo de psicoterapia pós-cirurgia. Foram encaminhadas a esta pesquisadora pelos cirurgiões gastroenterologistas, da Disciplina de Gastroenterologia – PROGRAMA CAD – do Ambulatório Maria da Glória onde está inserido o Programa da Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Estas pacientes, segundo a apreciação médica dos cirurgiões acima citados, necessitavam tratamento psicológico pós-cirurgia bariátrica pelo fato de ser perceptível o TCAP pós cirúrgico, previamente diagnosticado.

Ao serem convidadas pela pesquisadora a participar do grupo de pesquisa, concordaram em interromper a psicoterapia para integrar o novo grupo de pesquisa. Estavam, na época, em período de um a quatro meses de tratamento psicológico pós-cirúrgico. Este grupo, que é aberto a todas as que fizeram cirurgia bariátrica, teve início em meados do ano de 2008 com as outras pacientes que também fizeram cirurgia bariátrica, e que estavam em fase de manutenção de peso. Observou-se durante as anamneses, que as seis pacientes escolhidas relataram durante as consultas médicas, bem como nas sessões de psicoterapia no grupo aberto, estarem angustiadas por ainda não terem conseguido acabar, ou melhor, diminuir a sensação do TCAP. Para a pesquisa, foi usada como critério a exclusão de pacientes que não apresentavam o TCAP. O grupo pequeno em sujeitos explica-se devido ao baixo número de cirurgias realizadas na Instituição pesquisada, bem como o dos que aderiram ao retorno do atendimento psicológico grupal. Nas tabelas a seguir estão os dados sobre o início no grupo aberto; início no grupo de pesquisa; a tabela de seus pesos, antes e depois da cirurgia bariátrica; quando iniciaram os atendimentos no grupo de pesquisa; o tipo de cirurgia bariátrica realizada; complicações ou não na cirurgia, enfim todos os dados importantes para a identificação da amostra dos sujeitos e, em Anexo 1, sua história clínica.

TABELA A - DADOS PESSOAIS DAS PACIENTES

PACIENTES	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO
A	50 anos	casada	Nível Superior	Do lar
B	42 anos	casada	Superior Completo	Cirurgiã dentista
C	53 anos	separada	Primeiro Grau	Vendedora autônoma
D	25 anos	solteira	Segundo Grau	Babá
E	55 Anos	Casada	Segundo Grau	Do lar
F	40 Anos	Casada	Segundo Grau	Salgadeira

TABELA B - DADOS SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA E DATAS DE INÍCIO NAS SESSÕES GRUPAIS

PACIENTES	DATA DA CIRURGIA	TIPO DE CIRURGIA REALIZADA	COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA	DATA DE ENTRADA NO GRUPO ABERTO	Nº DE SESSÕES NO GRUPO ABERTO	DATA DE ENTRADA NOGRUPO DE PESQUISA
A	08/06/08	Fobbi-Capella	Pós-cirurgia apresentou tosse, febre e dispnéia	20/08/08	4	22/12/08
B	22/06/08	Fobbi-Capella	Nenhuma	24/08/08	1	22/12/08
C	20/09/08	Fobbi-Capella	Nenhuma	25 /10/08	2	22/12/08
D	08/08/08	Fobbi-Capella	Hemorragia e picos altos de hipertensão arterial	10/10/08	4	22/12/08
E	23/10/08	Fobbi-Capella	Nenhuma	10/10/08	6	22/12/08
F	04/12/08	Fobbi-Capella	Nenhuma	15/08/08	5	22/12/08

6.3 Procedimentos de coletas de dados

6.3.1 Prontuários

Os prontuários dos sujeitos do grupo foram consultados, com o objetivo de inventariar dados da história clínica de todas as especialidades as quais já consultaram, antes e após a cirurgia bariátrica. Dessa forma, foram coletados os dados necessários à pesquisa e ao acompanhamento da evolução das histórias clínicas. Foram coletados o peso e índice de massa corpórea antes da CB e antes e depois das sessões de psicoterapia.

6.3.2 Instrumentos

a) Entrevista Breve Semi-Estruturada (*MINI - INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW*)

A *MINI* é uma entrevista diagnóstica breve (de 15 a 30 minutos) compatível com os critérios do DSM-IV R/IV e do CID – 10, destinada à prática clínica, à pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital *PITIÉ –SALPÊTRIÈ* de Paris e da Universidade da Flórida, estando disponível em 30 idiomas, inclusive em português. Pode ser utilizada por clínicos em estudos epidemiológicos.

Foi aplicada com o objetivo de detectar o diagnóstico de transtornos mentais no referido grupo de mulheres. Esta entrevista breve (*MINI*) descreveu se havia o transtorno mental na amostra. Compõe-se de vários módulos e várias questões, com algumas respostas apenas para o participante responder SIM ou NÃO (*ANEXO*). Validada pela Dra. Patrícia Amorim, a entrevista tem a confiabilidade estimada pelo coeficiente Kappa na Faculdade Pitié-Salpêtrière da Universidade de Paris, França, bem como no Núcleo de Atenção Psicossocial (*NAPS*), Novo Mundo, Goiânia.

b) Escala da Compulsão Alimentar Periódica – *ECAP (BINGE EATING SCALE - BINGE)*

É utilizada para avaliar a gravidade da compulsão alimentar periódica em indivíduos obesos (*GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S.; RARDIN, D., 1982*). Consiste de um questionário auto-aplicável, amplamente usado nos países da língua inglesa e que se mostra

adequado para descrever indivíduos obesos, de acordo com a gravidade do TCAP. Constitui-se de 16 itens e de 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada em cada item aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. É considerada adequada para uso clínico, no contexto de ambulatório, em pacientes obesos que procuram tratamento para emagrecer e na avaliação do comportamento alimentar dessas pessoas, que, amiúde, procuram profissionais de saúde sem treinamento específico no campo de TCAP.

6.3.3 Encontros grupais

a) Avaliação psicológica dos sujeitos

Inicialmente, foram realizadas três sessões com o grupo, para orientações sobre a pesquisa e, depois, as avaliações. A primeira delas foi de esclarecimento; as pacientes foram convidadas a participar do estudo. Àquelas que aceitaram, foi entregue um documento em que constam o Termo de Esclarecimento e o Livre Consentimento para a participação (Anexo 2).

Foram orientadas a lê-lo e a assiná-lo; também foram instruídas a respeito do sigilo absoluto com relação a todos os procedimentos e às sessões de psicoterapia grupal breve, tanto da pesquisadora, como profissional, como da parte das participantes, tendo sido então nominadas.

A ética pessoal e a profissional foram respeitadas, de acordo com o Código de Ética regido pelo Conselho Regional e Federal de Psicologia e pela Comissão de Ética da Instituição.

As pacientes foram orientadas sobre os testes que seriam realizados e, igualmente, sobre a gravação de todas as sessões de psicoterapia breve grupal. A sessão inicial teve duração média de sessenta minutos e foi realizada semanalmente.

Na segunda sessão, as pacientes realizaram o teste da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Para tanto, foram orientadas a assinalar a resposta que melhor lhes conviesse. Antes do início do teste, houve um momento propício dedicado à resolução de dúvidas. A sessão teve duração média de sessenta minutos.

Na terceira sessão, foi aplicada a Entrevista Breve (*MINI*). Preliminarmente as pacientes foram orientadas sobre como responder às questões, sendo este momento dedicado a tirar as dúvidas. A sessão teve duração média de sessenta minutos.

Nessas sessões iniciais, foi dado um espaço para que todas tirassem suas dúvidas relativas aos testes. Caso seja solicitada a devolução dos resultados, foi esclarecido que ocorrerá posteriormente à análise dos dados, em uma sessão final.

b) Procedimentos Terapêuticos

Foram realizadas doze sessões de psicoterapia grupal breve, gravadas e transcritas, cuja proposta era a de temas pré-determinados. Quando necessário, um tema, em especial, foi estendido à sessão seguinte. Conforme já descrito no capítulo quatro, a técnica usada foi a focal nos temas pré-determinados.

Os temas propostos nas sessões foram os seguintes:

- 1). alimentação - seus conflitos atuais e comportamento;
- 2). a relação atual com o corpo;
- 3). a reeducação alimentar;

- 4). sentimentos com relação a comer sozinha ou acompanhada (com a família e/ou outras pessoas);
- 5). relacionamentos sociais e a imagem corporal atual;
- 6). relacionamentos pessoais (cônjuge) e a aceitação da nova imagem corporal;
- 7). ansiedade e angústia com relação à alimentação;
- 8). estado de humor e alimentação;
- 9). ser mulher e as novas roupas;
- 10). sentimentos com relação à sabotagem da família e à alimentação;
- 11). alimentação: saúde, prazer e qualidade de vida atual;
- 12). expectativa em relação a proposta de uma nova vida.

c) Reavaliação dos sujeitos

Ao término das sessões de psicoterapia grupal breve, os sujeitos tiveram mais duas sessões: a primeira para reaplicação do MINI; a segunda para a reaplicação da Escala da Compulsão Periódica.

A reaplicação dos dois testes, após a psicoterapia breve, teve por finalidade pesquisar se houve modificações significativas que poderia ser atribuídas ao trabalho realizado.

Tratamento Estatístico

Para processar as respostas às questões abertas foi utilizado o programa SAPD.t versão 3.5 . As questões fechadas foram trabalhadas pelo programa SPSS 13.0. A apresentação dos resultados através de tabelas e gráficos foi realizada no programa Excell.

O trabalho com as questões abertas consistiu em identificar palavras-chave, suas respectivas freqüências e construir gráficos comparativos dessas palavras nas diferentes sessões.

Quanto aos dados quantitativos obtidos através da Escala ECAP foram utilizados testes Kolmogorov Smirnov para provar que os dados têm distribuição normal e o teste t de Student para comparação de médias. Os resultados da escala MINI são apresentados em forma de tabelas cruzadas e o coeficiente PHI (ϕ) foi calculado para medir a intensidade da relação.

7. RESULTADOS

Para avaliação dos resultados obtidos foram analisadas um primeiro lugar as sessões de psicoterapia de grupo, levando-se em conta os temas propostos para as mesma, acompanhando a evolução do grupo durante o atendimento psicoterápico.

Os testes ECAP e MINI foram analisados separadamente depois comparados os resultados verificando se ocorreram as mudanças. A seguir foi feita uma comparação dos testes ECAP e MINI realizados nos dois momentos do atendimento, procurando relacioná-los com os dados levantados através dos registros do processo psicoterapêutico, com a finalidade de obter uma compreensão mais ampla da evolução dos membros do grupo, para verificar se o trabalho realizado atingiu os objetivos propostos.

AS SESSÕES DE PSICOTERAPIA

a) - Participação do grupo

Na primeira sessão, as seis pacientes participantes do grupo compareceram, o que não se verificou nos encontros seguintes. Entretanto, mesmo não conseguindo frequentar regularmente a terapia, não houve abandono de nenhuma delas e, inclusive, B., F., e D., que trabalhavam, conseguiram dar continuidade ao processo, conciliando os horários de atividade profissional com os das sessões, porque perceberam a relevância do trabalho proposto. Neste sentido, quando uma delas faltava à sessão, as demais demonstravam preocupação quanto a eventuais prejuízos ao tratamento que uma ausência poderia causar.

b) - Temas mais frequentes

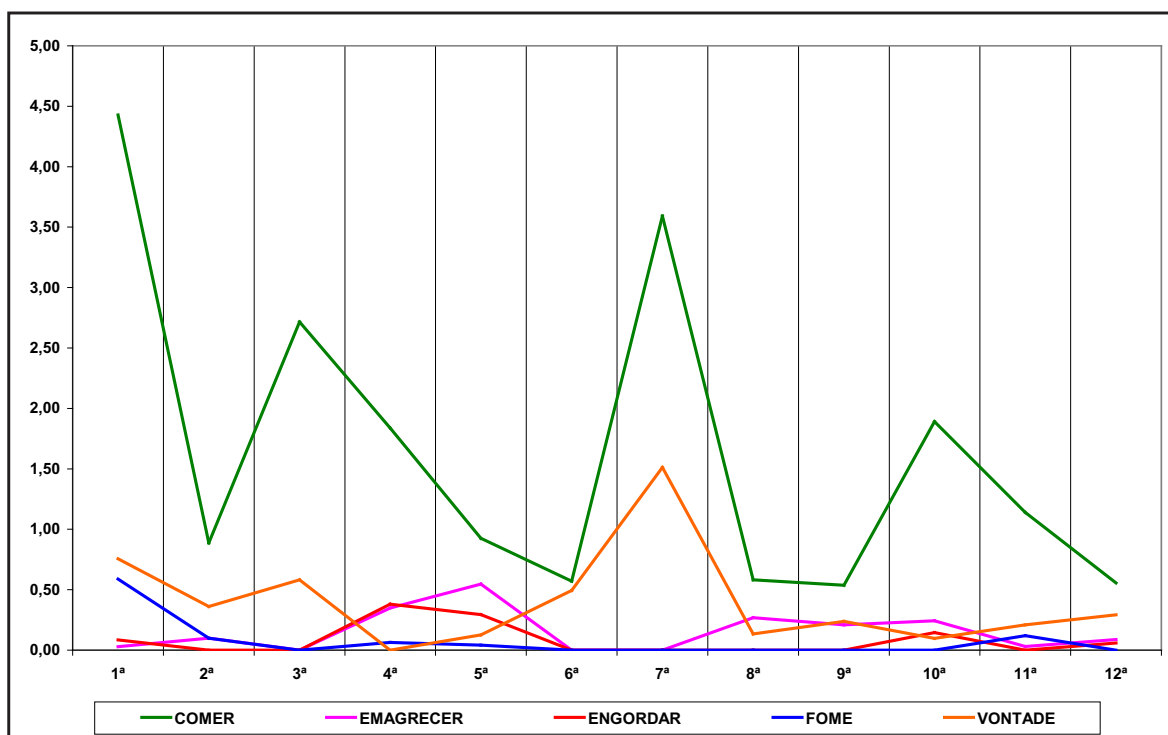


GRÁFICO - PALAVRAS MAIS FREQUENTES.

TABELA C - PALAVRAS MAIS FREQUENTES

	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		7ª		8ª		9ª		10ª		11ª		12ª	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EU	239	6,70	171	5,62	28	2,72	195	6,18	112	4,71	178	6,76	22	4,16	109	4,88	208	6,20	232	5,63	177	5,31	114	3,33
COMER	72	2,02	9	0,30	15	1,45	17	0,54	3	0,13			11	2,08			4	0,12	24	0,58	12	0,36	13	0,38
COMO	40	1,12	11	0,36	5	0,48	9	0,29	15	0,63	12	0,46	3	0,57	13	0,58	13	0,39	26	0,63	17	0,51	2	0,06
GENTE	33	0,92	15	0,49	7	0,68	8	0,25	24	1,01	29	1,10			5	0,22	26	0,77	11	0,27	13	0,39	48	1,40
MUITO	26	0,73	32	1,05	7	0,68	13		15	0,63	23	0,87	6	1,13	11	0,49	17	0,51	25	0,61	21	0,63	14	0,41
VOCE	26	0,73	13	0,43	3	0,29	43		31	1,30	4	0,15		0,00	27	1,21	31	0,92	26	0,63	17	0,51	36	1,05
VONTADE	24	0,67	4	0,13	6	0,58	2				7	0,27	8	1,51	1	0,04	1	0,03	3	0,07	7	0,21	8	0,23
ESTOU	22	0,62	22	0,72	3	0,29	23		17	0,71	6	0,23	5	0,95	19	0,85	28	0,83	39	0,95	24	0,72	24	0,70
COMIDA	21	0,59	6	0,20	4	0,39	8	0,25					4	0,76			1	0,03	6	0,15	4	0,12	3	0,09
CIRURGIA	17	0,48	11	0,36	10	0,97	3	0,10	19	0,80	5	0,19	1	0,19	5	0,22	7	0,21	9	0,22	11	0,33	6	0,18
COMIA	15	0,42			4	0,39	8	0,25	1	0,04	3	0,11	1	0,19					1	0,02	5	0,15	1	0,03
ELA	15	0,42	10	0,33	4	0,39	17	0,54	54	2,27	1	0,04	1	0,19	27	1,21	36	1,07	90	2,18	16	0,48	46	1,35
AGUA	14	0,39			8	0,78	8	0,25					7	1,32	1	0,04			4	0,10	22	0,66	1	0,03
MINHA	14	0,39	12	0,39			34		11	0,46	9	0,34	3	0,57	14	0,63	27	0,80	28	0,68	10	0,30	6	0,18
SINTO	14	0,39	13	0,43	2	0,19			1	0,04	4	0,15	4	0,76	1	0,04	14	0,42	4	0,10	7	0,21	6	0,18
DIETA	12	0,34	1	0,03	1	0,10	7	0,22	5	0,21	2	0,08							3	0,07	1	0,03		
PESSOAS	12	0,34	3	0,10	2	0,19	6	0,19	6	0,25	5	0,19			6	0,27	5	0,15	10	0,24	7	0,21	14	0,41
ESTÔMAGO	11	0,31			8	0,78	3	0,10	1	0,04			1	0,19		0,00			5	0,12	7	0,21		
FOME	11	0,31	2	0,07			1	0,03	1	0,04											3	0,09		
CHEIRO	10	0,28	1	0,03			1	0,03													1	0,03		
COMENDO	10	0,28	1	0,03			16	0,51	3	0,13									21	0,51				
ELE	8	0,22	6	0,20	1	0,10	8	0,25	4	0,17	73	2,77			8	0,36			39	0,95	11	0,33	38	1,11
ENGORDAR	3	0,08					10	0,32	7	0,29														
QUERO	3	0,08	7	0,23			7		3	0,13	6	0,23			2	0,09	7	0,21	1	0,02			2	0,06
SENTI	2	0,06	3	0,10			3		1	0,04							4	0,12	2	0,05	1	0,03	2	0,06
CORPO	1	0,03	21	0,69					3	0,13	2	0,08			2	0,09	3	0,09					4	0,12
EMAGRECER	1	0,03	1	0,03			6	0,19	4	0,17					5	0,22			2	0,05				
SENTINDO	1	0,03	5	0,16	1	0,10	1						2	0,38	1	0,04	6	0,18	4	0,10	4	0,12	1	0,03
TOMO	1	0,03	1	0,03	5	0,48	12		2	0,08			1	0,19	3	0,13			11	0,27	25	0,75	6	0,18

	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		7ª		8ª		9ª		10ª		11ª		12ª	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CAMINHADA			3	0,10											8	0,36			1	0,02	2	0,06		
COMECEI			1	0,03											1	0,04	4	0,12					2	0,06
ELAS			1	0,03			15	0,48			1	0,04			17	0,76	1	0,03	5	0,12	1	0,03		
EMAGRECE							1	0,03	3	0,13													1	0,03
EMAGRECENDO							2	0,06											1	0,02			1	0,03
EMAGRECEU			1	0,03			2	0,06	6	0,25					1	0,04	4	0,12	2	0,05			1	0,03
EMAGRECI			1	0,03													3	0,09	2	0,05	1	0,03		
EMAGRECIDO																			3	0,07				
ENGORDANDO							2	0,06											2	0,05			1	0,03
ENGORDAR																			4	0,10			1	0,03
ESPELHO			12	0,39											1	0,04	6	0,18						
FAMILIA			2	0,07					2	0,08											1	0,03		
GORDURA			6	0,20			2										2	0,06	1	0,02	5	0,15	2	0,06
MAE			1	0,03			7	0,22	1	0,04							3	0,09			1	0,03		0,00
MODIFICADA																	1	0,03						
MUDEI															4	0,18								
OBESA							4		2	0,08											1	0,03	2	0,06
OBESIDADE			1	0,03			1		1	0,04	1	0,04			1	0,04			1	0,02			1	0,03
PSICOLÓGICO			4	0,13	1	0,10	1		1	0,04					1	0,04								
REEDUCAÇÃO					4	0,39					2	0,08									1	0,03		
TOTAL		3568		3045		1031		3154		2378		2632		529		2233		3355		4124		3332		3419

O tema inicial tratado foi a alimentação e a relação dos conflitos vivenciados por elas mesmas, com a família e as outras pessoas de seu convívio social.

Comer e mudança de hábitos alimentares foram assuntos que surgiram como desdobramentos do tema alimentação.

A atual relação de aceitação mantida com o próprio corpo também foi matéria de discussão que despertou muito interesse no grupo.

Trata-se, também, da questão da reeducação alimentar, muito relevante para essas pacientes.

A vergonha e a inibição do ato de comer com a família e com outras pessoas também foram objetos de reflexão do grupo.

A importância da linguagem corporal nos relacionamentos sociais foi assunto que levou as participantes à reflexão sobre as mudanças ocorridas após CB.

Na sessão em que se tratou das relações conjugais, houve grande envolvimento do grupo com muitos depoimentos pessoais de situações conflituosas que vêm se modificando em função dos resultados da CB.

Ainda como desdobramentos do tema “alimentação” foram discutidos a ansiedade, a angústia e as oscilações de humor em relação à compulsão alimentar.

Houve, enfim, a abordagem da questão da escolha das novas roupas em face do novo corpo em constituição.

Com o envolvimento interessado de todas as participantes que trocavam idéias entre si ao longo das sessões, iniciou-se o trabalho terapêutico com o relato individual de como chegaram, primeiro, à obesidade e, depois, à obesidade mórbida, descrevendo as inúmeras e fracassadas tentativas de emagrecimento com as inevitáveis idas e vindas a consultórios de clínicas gerais endocrinologistas, além da prática de exercícios, em geral, mal orientada.

Quanto à situação de obesidade, revelaram que se sentiam desvalorizadas e inferiorizadas, tratadas sem consideração e atenção, chegando a sentir preconceito e nenhum sentimento humanitário. Manifestou-se, também, o medo do sofrimento e da morte, em função do risco da cirurgia ou dos problemas de saúde, como hipertensão arterial, asma e labirintite.

Em função da nova relação com o corpo e da necessidade da reeducação alimentar, observou-se que todas estavam empenhadas em se adaptar e manter as conquistas advindas da CB. Os meios para atingir tais metas foram a reflexão e a conscientização de que não se pode mais comer como antes. Concretamente, fazer substituição e ocupar o tempo com outras atividades, não ficando ociosas como antes, mostraram ser fatores eficazes para vencer a angústia e a ansiedade em relação à alimentação, pois a comida passou a ser percebida como algo prazeroso e não como uma solução para conflitos pessoais, deixa de ser uma “muleta”, tornando-se sustentação das necessidades físicas e prazer para o corpo e a mente.

Na sessão em que se tratou das mudanças de humor em função da alimentação, o grupo revelou que antes predominavam o mau humor, a ansiedade e a agitação, agora substituídos pela sensação de alegria e felicidade. Também nas relações sociais houve mudanças. Sentiam-se mais extrovertidas e animadas.

Do ponto de vista da personalidade das pacientes, observou-se como característica comum que todas são mulheres que cuidavam das outras pessoas, pai, avô, filhos, ou mãe, mais do que delas mesmas, relegando suas necessidades a segundo plano. Demonstrou-se, então, que foi necessário um grande risco para que se desse conta de que precisavam olhar para si mesmas e para suas vidas, procurando aquilo que desejavam e se empenhando na busca do prazer por meio da mudança de costumes, hábitos e valores e do estabelecimento de prioridades.

Os sentimentos verbalizados em relação a este traço de personalidade comum às integrantes do grupo revelavam a frustração por não terem recebido dos outros a mesma atenção que davam a eles. Esta era a razão da necessidade de rever atitudes e comportamentos, tendo em vista conseguir chegar ao peso ideal e mantê-lo, o que garantirá o sucesso de todo o processo da CB.

No que se refere às relações conjugais, a maioria do grupo revelou que houve melhora na qualidade de seu relacionamento com o cônjuge. Antes de CB, havia uma recusa de se aceitar como mulher, o que levava aos sentimentos de inferioridade e insegurança, impedindo o diálogo entre o casal e, deste modo, afastando um do outro. A nova relação das mulheres com seus corpos pós CB e o reconhecimento de seu grande empenho neste processo por parte dos maridos são fatores que estavam favorecendo sua reaproximação.

Tendo em vista as declarações e exemplos do grupo quanto à experiência vivida antes e depois da CB, depreendeu-se que, em todos os casos, houve uma profunda mudança de comportamento dessas mulheres quanto à valorização pessoal, às relações familiares, conjugais e sociais, bem como no ambiente de trabalho.

Todas afirmaram gostar mais de si mesmas e querem manter esta situação gratificante, inteiramente nova para elas. Para tanto, declararam-se dispostas à reeducação alimentar como meio indispensável para emagrecer até chegar ao peso ideal, ganhando saúde e qualidade de vida para desfrutar novos prazeres além da comida. (Anexo 3 - Transcrição completa das sessões)

c) - Análise do Processo de cada um dos sujeitos verificado através da psicoterapia de acordo com os temas propostos

Sujeito A

O sujeito A valorizou muito a oportunidade de ter acesso à intervenção oferecida pela pesquisa, com temas mais focalizados, mas quando foi dito que teria um número estipulado de sessões, revelou que gostaria que elas fossem em maior número, junto com a outra colega que enfatizou esse ponto. Revelou que há muitos anos desejava poder fazer um tratamento psicoterapêutico. Durante o processo não teve faltas. Sua participação no grupo foi muito ativa, trazendo seus conflitos, ouvindo atentamente a fala dos outros membros, tanto em relação às dificuldades pessoais quanto às das outras pessoas. Suas contribuições demonstram reflexão sobre o que era discutido em cada sessão. Procurou mudar algumas atitudes frente aos filhos, ao marido, às pessoas do seu convívio e, principalmente, às relativas a si própria. A paciente diz que sempre procurou tratamentos para obesidade, mas não fazia os acompanhamentos com

toda a equipe, e não tinha informação de que necessitava de todos estes acompanhamentos. Desde o início das sessões mostrou disponível para fazer mudanças em sua vida.

Levando-se em conta os temas acima já mencionados no capítulo 6.3.3 p 49, o sujeito A poderia ser analisado quanto às seguintes variáveis:

Alimentação: seus conflitos atuais e comportamento

O Sujeito A comentou as mudanças que estão ocorrendo em seu corpo como estar conseguindo alcançar o objetivo de ser magra. Disse estava gostando mais de si mesma, cuidando mais do seu corpo, mesmo com certa dificuldade de usar cremes necessários que fazem bem à sua saúde. Afirmou que seus valores necessitam ser repensados, reavaliados a respeito de beleza e saúde. Percebeu-se com o ego mais fortalecido, mais sociável, bem humorada e feliz por ter evoluído no sentido de conseguir as mudanças desejadas.

A reeducação alimentar

O Sujeito A reviu seus hábitos alimentares, desde horários e dieta atual, tem conseguido segui-los com algumas dificuldades pela vontade de comer que ainda perdura depois da CB.

Afirma que já conhece seu organismo e que necessita colocar com firmeza para ela mesma, que não poder comer alguns alimentos que lhe fazem mal. Constatou que, a quantidade de comida faz muita diferença, não tendo que comer tanto quanto comia antes. Disse ter focalizado sua atenção neste objetivo, para se ajudar e ajudar os outros.

Sentimentos com relação a comer só ou acompanhada (com a família ou com outras pessoas)

O Sujeito A afirmou que a convivência com os familiares no horário das refeições ocorre mais nos finais de semana e que durante a semana apenas com o marido, sem conflitos, nunca se sentiu discriminada, ou mesmo criticada pela família.

Comentou que ainda está sentindo a compulsão alimentar, percebe a ansiedade e luta contra ela, procurando se conscientizar de que é mais forte e que pode dominá-la.

Relacionamento social e a imagem corporal atual

O Sujeito A constatou estar integrada ao grupo e sentia-se valorizada e ouvida pelas outras participantes.

Comentou que descobriu um novo corpo. Afirma que está e com mais coragem e vontade de continuar lutando para conseguir emagrecer, não estando de todo satisfeita com seu corpo e também que terem uma boa saúde. Sentiu-se feliz com os elogios recebidos das pessoas de seu convívio social e pessoal.

Constatou o fato de sua vida ter sido muito voltada para os outros, sem consideração consigo mesma.

Reviu a percepção que tinha de sua imagem corporal e continua se preparando para introjetar a imagem de magra.

Afirmou estar bem satisfeita consigo mesma e que continuará lutando para compreender por que as causas da sua vontade de comer persistem depois da CB.

Relacionamentos pessoais (cônjuge) e aceitação da sua nova imagem corporal

O Sujeito A constatou sua própria rejeição, punindo-se por ser obesa e deixando de sentir-se realizada no seu relacionamento sexual com o marido. Reviu sua posição com relação a este desajuste sexual e procurou resolver seus conflitos com a psicoterapia em grupo.

Afirmou ter percebido ser ela mesma que consegue ter determinação para não deixar a vontade prevalecer sobre o querer parar de comer. Sentiu-se mais fortalecida e com auto estima elevada.

Ansiedade e angústia com relação à alimentação

O Sujeito A afirmou ter se preocupado em refletir sobre o que havia de errado com ela, para saber a causa da ansiedade e angústia sentida, que levou a sentir vontade de comer alimentos diferentes da sua dieta. Refletiu muito sobre o que estava fazendo com sua vida e procurou levar a família a repensar seus hábitos alimentares.

Estado de humor e alimentação

O Sujeito A afirmou que refletiu sobre o seu estado de humor e que se sentiu melhor depois da CB, ficando mais alegre, extrovertida e receptiva ao convívio social.

Ser mulher e suas novas roupas

O Sujeito A constatou que deixou de se cuidar, mas está reavaliando, repensando em si mesma como mulher. Percebe que se sente mais feliz cuidando de si e ao receber elogio das pessoas.

A obesidade mórbida mostrou ao Sujeito A que na sua vida não tinha espaço para ela mesma, não se preocupava com seu próprio prazer, deixou claro que precisava olhar mais para si mesma e ir em busca da descoberta de suas necessidades e anseios.

Sentimentos com relação à sabotagem da família e a alimentação

O Sujeito A constatou mais do que algumas pessoas do grupo, que na sua família existe apoio.

Alimentação: saúde, prazer e qualidade de vida

O Sujeito A afirmou que a vontade de comer diminuiu um pouco, mas ainda sente em algumas ocasiões. Está satisfeita por encarar a alimentação de outra maneira, naturalmente, como necessidade física, consumida com moderação.

Percebeu e que pertencia a um grupo que a acolhia, sentia-se protegida e coesa ao grupo, na troca de experiências ajudavam a si mesmas, cooperavam mais, sentindo-se mais fortalecida com o vínculo afetivo estabelecido com o grupo.

Comentou sobre a necessidade de retornar a fazer exercícios, mas se preocupou com a sua hemorragia vaginal e a necessidade de fazer a cirurgia de histerectomia.

Expectativa em relação a proposta de uma nova vida

O Sujeito A afirmou que está disponível para efetuar mudanças em sua vida.

Sujeito B

O Sujeito B durante o processo psicoterapêutico teve poucas faltas avisadas e justificadas. Sua participação no grupo foi sempre muito ativa, trouxe seus conflitos, ouvindo atentamente a fala dos outros membros, tanto em relação às suas dificuldades pessoais, quanto das outras pessoas, dando-lhes suporte. Suas contribuições demonstraram reflexão sobre o que era discutido em cada sessão, Mostrou-se bastante empenhada no trabalho proposto. Suas intervenções foram sempre pertinentes mostrando-se disponível para ouvir o outro e à vontade para falar de si. Mostrou ser segura e responsável, aparentou ter claro para si mesma, o que deseja da vida.

Alimentação: seus conflitos atuais e comportamentos.

O Sujeito B declarou estar contente de participar do grupo de pesquisa com temas mais específicos.

Afirmou que está mais ciente do seu estado emocional de ansiedade com relação à comida; não procurou saber as causas, deixou-se levar pela vontade de comer, sentiu-se dominada. Reviu seus horários de alimentação.

Constatou que usava a comida como válvula de escape, para alegrias e tristezas e desejos insatisfeitos, ansiedades e seus conflitos pessoais. Estava mais disponível para controlar melhor sua compulsão alimentar. Conscientizou-se da sua imagem corporal, que permanecia o “estar gorda” e que poderia modificá-la.

Afirmou ter se conscientizado de que era uma fase semelhante à de bebê aprendendo a alimentar-se, fez essa analogia para o grupo também se conscientizar dessa fase delicada.

Disse ter lido muito sobre obesidade mórbida, a técnica usada na CB e as orientações desta fase de adaptação pós cirurgia.

Constatou que a psicoterapia de grupo estava lhe ajudando muito a alcançar os objetivos de vida que há muito ansiava para si mesma.

Relação atual com o corpo

O Sujeito B afirmou que estava se sentindo mais feliz por estar leve e cabendo em lugares antes não ocupados por ela, percebeu seu emagrecimento e a maneira como estava sendo processado, viu os ossos aparecendo em seu corpo.

Reviu sua postura com o grupo e estava cuidando mais de si mesma, descobriu-se, se reavaliou, repensou seus hábitos de vida junto à sua família.

Comentou que sua relação com o corpo havia melhorado, procurou ser mais vaidosa.

A reeducação alimentar

O Sujeito B afirmou que suas mudanças dos hábitos alimentares, e de sua família, tornou-se uma agente de saúde para a prevenção da obesidade/obesidade mórbida.

Comentou que estava se sentindo mais leve e com disposição para suas atividades cotidianas, na profissão e na sua vida pessoal. Mais ativa e mais curiosa em saber sobre outras formas de alimentação mais saudáveis.

Afirmou estava participando do grupo de psicoterapia com o intuito de ajudar as outras pessoas, com o seu conhecimento de profissional de saúde e com a sua experiência pessoal de ex-obesa mórbida.

Constatou que teve consciência de descontava na comida suas angústias, alegrias e tristezas. A comida era seu refúgio e a isolava das pessoas. Mudou seus hábitos, buscou outras alternativas, para obter prazer em sua vida.

Sentimentos com relação a comer só ou acompanhada (com a família ou amigas)

O Sujeito B afirmou que estava mais consciente e amadurecida para enfrentar as críticas que poderiam surgir na própria família e com outras pessoas de seu convívio pessoal.

Comentou que argumentava mais com as outras pessoas que a criticava pela quantidade de comida. Sentia-se fortalecida e acreditava mais em si mesma, não permitia se deixar influenciar pelas outras pessoas.

Relacionamento social e imagem corporal

O Sujeito B mostrou-se mais extrovertida, aberta aos contatos sociais. Quando iniciou o processo psicoterapêutico, apresentava bom nível de consciência de suas necessidades de mudanças as quais procurava atender.

Comentou sobre sua satisfação de ter voltado a usar as roupas antigas e que teve o apoio da família. Dissera que pessoas negativas externas ao seu mundo social ou mesmo as que faziam parte dele não a apoiavam, ou incentivavam, ao contrário, tentavam suggestioná-la com negativismo. Conseguiu ser mais forte do que todos e procurou o que desejava em sua vida, emagrecer com saúde.

Afirmou que foi fortalecida pelo grupo, acreditava cada vez mais em si mesma e o processo psicoterapêutico a ajudou a compreender mais claramente seu íntimo.

Relacionamentos pessoais (cônjuge) e a aceitação de sua nova imagem corporal

O Sujeito B comentou a dificuldade que teve em ter relação sexual com seu marido, isto prejudicava a relação conjugal, pois ficava insatisfeita com a forma como se relacionavam. Seu relacionamento sexual ficava prejudicado também pela sua educação rígida, não mostrava flexibilidade e era prejudicada. Mudou sua postura frente ao marido, e a si mesma, permitiu-se sentir plena e realizada com a ajuda da psicoterapia em grupo, fundamental para seu auto- conhecimento

Ansiedade e angústia com relação à comida

O Sujeito B comentou continuar sentindo ansiedade e vontade de comer alimentos diferentes, mas demonstrou que estava consciente de que queria seguir a orientação da dieta.

Afirmou ter percebido que as mudanças que se propôs a seguir vêm de seu auto-conhecimento. Descobriu que estava lidando melhor com suas angústias e tristezas, sem descontar na comida sua carga negativa.

Estado de humor e alimentação

O Sujeito B discorreu sobre suas mudanças de humor, que estava muito melhor agora. Mostrou-se bem mais humorada, alegre e com disposição para ouvir as outras pessoas.

Ser mulher e suas novas roupas

O Sujeito B fez ressalva sobre o seu ser mulher daquela ocasião, sentiu-se o que é ser mulher atualmente. Aceitou muito bem os elogios que recebeu, a ajudaram a persistir em seus objetivos de vida.

Comentou sobre o que sentiu quando foi a uma loja para comprar roupa nova depois do emagrecimento, ficou emocionada e pois estava conseguindo vencer mais esta etapa em sua vida.

Afirmou que estava satisfeita em refazer os seus valores, tornou-se mais flexível consigo mesma, redescobriu-se como mulher nesta nova etapa de sua vida.

Sentimentos com relação à sabotagem da família e a alimentação

O Sujeito B afirmou que estava consciente pois queria continuar as suas mudanças, mesmo quando alguém de sua própria família pedisse que fizesse algo de comida que não devia comer ou mesmo provar algum pedaço.

Explicou que sabia a técnica usada nas cirurgias efetuadas e trazia esse conhecimento para o grupo, como sendo um agente de mudanças por prevenção da obesidade.

Alimentação: saúde, prazer e qualidade de vida

O Sujeito B disse que estava consciente das mudanças provocadas em sua vida, o que lhe deu muito prazer e saúde, como não necessitava usar todas as medicações que tomava anteriormente.

Refletiu e afirmou que sua saúde e sua qualidade de vida melhorou muito e que os benefícios da CB foram valiosos.

Admitiu que as pessoas da família já haviam testado-a com comida, mas manteve-se firme em seus propósitos de mudanças nos seus hábitos alimentares. Mostrou-se mais segura e independente com muita autonomia para resolver as questões que a vida lhe colocava.

Expectativa em relação a proposta de uma nova vida

O próprio Sujeito B relatou que depois da CB passou a pensar e viver o que lhe desse prazer. Disse que estava se esforçando para deixar de se preocupar com questões de outras pessoas próximas, com o seu marido, por exemplo, o qual possuía um modo de agir e pensar diferente do dela. Mudou de postura, tentando deixar que ele arcasse sozinho com as consequências do que decidia fazer em sua vida.

Sujeito C

O Sujeito C demonstrou interesse de participar da intervenção oferecida pela pesquisa. Durante o processo psicoterapêutico não teve nenhuma falta. Sua participação foi sempre ativa, trazendo seus conflitos, mas com algumas restrições à fala das integrantes do grupo, ao fazerem alguma intervenção com relação à sua pessoa, em que mostram a incoerência entre o falar e agir. Procurou mudar atitudes frente à família e à sua pessoa.

Alimentação: seus conflitos atuais e comportamentos

O Sujeito C estava consciente do que podia ou não comer, já sabia há anos todas as orientações fornecidas pela nutricionista e estava seguindo a orientação adequada para nunca mais engordar em sua vida.

Reviu sua situação de obesa mórbida com seus problemas de saúde e não desejava nunca mais ser obesa, pelos problemas sofridos, e pelos preconceitos enfrentados durante algum tempo de sua vida.

Comentava sobre sua descoberta que a psicoterapia em grupo tinha lhe proporcionado, mostrava que significados tinha a voracidade pela comida na sua vida.

Sentia-se mais fortalecida e satisfeita para receber elogios de pessoas do seu convívio social.

Relação atual com o corpo

O Sujeito C comentou que está feliz com o emagrecimento que estava ocorrendo com ela e tinha mais disposição, vida mais saudável, e ânimo para cuidar mais de si mesma.

Relatou sobre como mudou a sua postura para ser mais flexível, de cuidando mais de si mesma.

A reeducação alimentar

O Sujeito C relatou que estava seguindo a reeducação alimentar corretamente.

Comentou que não tinha se arrependido de ter feito a CB, como não tinha problema com o organizar e ter uma reeducação alimentar adequada à fase.

Sentimentos com relação a comer só ou acompanhada

O Sujeito C afirmou que evitava comer em restaurantes pois não suportava ver as pessoas se servirem colocando o prato muito cheio, isto para ela já era intolerável.

Afirmou ter tido um crescimento pessoal com a psicoterapia em grupo, o que tinha ajudado muito, mas estava consciente de que precisava continuar participando dela.

Relatou que teve que usar o recurso de comer só, pois se sentia discriminada, inferior às outras pessoas da família. Mudou sua posição acreditando mais em si mesma, valorizando-se mais.

Relacionamento social e a imagem corporal atual

O Sujeito C comentou que as pessoas com quem se relacionava socialmente a elogiava muito. Sentiu-se alegre, feliz e fortalecida com esta atitude de receptividade das pessoas.

Comentou como foi gratificante falar de seus problemas no grupo, em que se sentia acolhida e querida por todas, sem discriminação, afirmava ser diferente na sua vida lá fora.

Afirmou que estava mais saudável com a melhora das condições físicas e emocionais.

Relacionamentos pessoais (cônjuge) e a aceitação de sua nova imagem corporal

O Sujeito C afirmou que estava prestando atenção ao corpo, a si mesma, para se descobrir mais, passou a se conhecer melhor.

Comentou não ter marido, companheiro ou namorado. A sua Igreja não permitia ter uma relação sem casamento e isto não desejava, é separada.

Ansiedade e angústia com relação à alimentação

O Sujeito C salientou que sua vontade de comer alimentos diferentes, ou melhor, compulsão alimentar periódica, estava mais controlada e o querer mudar seus hábitos alimentares estava sendo mais forte.

Afirmou que conversava consigo mesma sobre sua vontade de comer, procurava refletir e se questionar. Com esse exercício mental esforçava-se a análise de seus comportamentos. Disse que procurava atividades lúdicas prazerosas para preencher seu tempo e também seu sustento.

Estado de humor e alimentação

O Sujeito C constatou que seu humor melhorou muito, até sentiu diferença no timbre e no tom da voz, sendo reforçada por pessoas da família nesta percepção.

Mostrou ao grupo uma faceta de seu comportamento, de não aceitação de ser contrariada em seus argumentos, em seu modo de pensar e agir, não se mostrava suficientemente flexível para essas mudanças de aceitação de opinião. Desejava manter-se dona da verdade, incoerente com seu papel, muitas vezes assumido no grupo de agente de mudanças. Ainda não se questionou sobre essa flexibilidade de opinião, faltando se conscientizar de sua onipotência dentro da família e mesmo no grupo.

Ser mulher e suas novas roupas

O Sujeito C admitiu ter procurado modificar todas as suas roupas aceitando muito bem a sua nova imagem de mulher, com o apoio da família.

Comentou a não total aceitação do seu corpo, porque não estava ainda como foi desejado, sem pelancas.

Afirma que estava descobrindo sua sensualidade como mulher há muito não experimentada. Ressaltou a querer fazer uma reavaliação de seus valores e costumes para se integrar nesta nova imagem.

Reafirmou da necessidade de continuar a psicoterapia em grupo para ajudá-la nestes questionamentos e na mudança de valores introjetados de outras pessoas, com perda de sua própria identidade. Percebeu a necessidade ter seus próprios valores.

Sentimentos com relação à sabotagem da família e a alimentação

O Sujeito C afirmou seguir mantendo suas mudanças nos hábitos alimentares mesmo sem a ajuda da família. Manteve-se firme a coerência em sua conduta de não se deixar influenciar por eles.

Comentou que não se deixou abater pela falta de apoio da família, mas procurou se valorizar em relação a ela.

Constatou que, assim como algumas pessoas do grupo terapêutico, teve uma postura na vida de se dedicar mais ao outro do que a si mesma. Via nas outras pessoas do grupo uma maneira de ser muito semelhante à sua, de olhar muito pouco para si mesma, ajudou-a a tomar consciência de sua própria situação. Além disso, podendo contar seus conflitos e dificuldades e ser ouvida fizeram com que se sentisse acolhida pelo grupo que tentou ajudá-la em suas dificuldades, o que a fez sentir-se recebendo atenção e solidariedade das pessoas. Teve no grupo um espaço para olhar para si mesma e para ser olhada também. Situação nova e gratificante para uma pessoa que estava sempre olhando para fora de si.

Expectativa em relação a proposta de uma nova vida

O Sujeito C disse que conseguiu perceber sua necessidade de mudanças de valores em relação a ela mesma e com as outras pessoas.

Sujeito D

O Sujeito D teve poucas faltas, todas avisadas e justificadas na sessão seguinte. Sua participação no grupo foi sempre muito ativa, trazendo seus conflitos, ouvindo atentamente a fala das pessoas, tanto em relação às dificuldades das outras pessoas, quanto às pessoas. Suas intervenções foram sempre pertinentes. Relata estar contente por participar deste grupo de pesquisa.

Alimentação: seus conflitos atuais e comportamentos

O Sujeito D comentou ter ficado muito satisfeita de ter mudado seus hábitos alimentares. Repudiando a comida com medo de engordar novamente e trabalhava esse medo na psicoterapia de grupo.

Comentou que não aceitou mais ser sabotada pelo marido ao lhe pedir para fazer comida para seus amigos.

Afirmou ter descoberto outros prazeres em sua vida e na vida lá fora e buscava uma qualidade de vida bem melhor da anterior.

Constatou sua capacidade de provocar mudanças, não retornando às situações antigas, obesa e sofrida, de culpa e inferioridade.

Relação atual com o corpo

O Sujeito D constatou sentir-se feliz por estar conseguindo alcançar seus objetivos de vida. Tornou-se mais sociável e gostava mais de sua imagem. Percebeu que ela mesma tornou-se capaz de provocar mudanças em sua vida, era sua própria agente de mudanças e não as outras pessoas,

A reeducação alimentar

O Sujeito D comentou ter seguido todas as orientações que lhe foram fornecidas pela nutricionista, sentiu-se muito leve e satisfeita.

Sentimentos com relação a comer só ou acompanhada (com a família ou com outras pessoas)

O Sujeito D disse que não se sentia discriminada pela família pela sua forma de comer, sentia bem com a preocupação deles com sua comida. Mostrou coerente com a sua proposta de mudanças de hábitos alimentares.

Relacionamento social e a imagem corporal atual

O Sujeito D afirmou que as pessoas de seu convívio social a elogiava e ela sentiu-se muito bem, fortalecendo sua auto-estima e sentiu-se valorizada.

Relacionamento pessoal (cônjuge) e a aceitação da sua nova imagem corporal

O Sujeito D disse que sentia-se insegura pela obesidade e que isso prejudicava seu relacionamento com seu marido, modificou sua postura frente a essa insegurança aceitando-se mais.

Ansiedade e angústia com relação à alimentação

O Sujeito D disse que não sentiu vontade de comer mais, melhorou a compulsão alimentar. Afirmou que estava bem consciente de seguir a dieta, não desejando engordar mais.

Estado de humor e alimentação

O Sujeito D ressaltou que se sentia muito feliz e satisfeita porque estava emagrecendo, bem disponível para mudanças.

Ser mulher e suas novas roupas

O Sujeito D disse que se sentia muito bem com os elogios recebidos das pessoas e estava consciente de querer sua saúde.

Sentimentos com relação à sabotagem da família e alimentação

O Sujeito D comentou sobre pessoas de família que lhe queriam prejudicá-la, mas tinha consciência da sua determinação para conseguir o que desejava: emagrecer e ter saúde.

Alimentação: saúde, prazer e qualidade de vida

O Sujeito D relatou que estava satisfeita e feliz com a qualidade de vida atual, vivia mais saudável, mais feliz.

Reviu sua situação com o marido, suas insatisfações sexuais e sentimentos de inferioridade e inutilidade.

Constatou que em sua vida não havia espaço para ela mesma e que não se preocupava com seu próprio prazer.

Refletiu sobre as descobertas feitas em sua vida e se propunha a mudar muitas atitudes com relação aos outros, principalmente seus familiares, e a si própria, e começou a fazer isto.

Ficou muito satisfeita quando conseguiu ser diferente com seu marido, sendo menos servil.

Expectativa em relação a proposta de uma nova vida

O Sujeito D declarou que estava muito satisfeita com as mudanças que fez em sua vida, conseguiu o que desejava há muito tempo: ter saúde, qualidade de vida e hábitos alimentares saudáveis, e tudo associado à psicoterapia, tudo isso levou a se conscientizar da necessidade de continuar todos os acompanhamentos oferecidos pela equipe de saúde.

Sujeito E

O Sujeito E, a mais jovem do grupo, era uma moça segura e responsável, aparentando ter claro para si, o que deseja da vida. Mostrou-se bastante empenhada no trabalho proposto e não teve nenhuma falta. Suas intervenções foram sempre pertinentes mostrando-se disponível para ouvir o outro e à vontade para trazer suas dificuldades depois de algumas sessões no grupo. Muitas vezes, ficou calada, ouvindo e observando o grupo, mais por timidez, ou ficando ansiosa ao falar no grupo. Mais tarde, conseguiu vencer e falava bem à vontade, ganhando o carinho dos demais, que antes se preocupavam com seu silêncio.

Alimentação: seus conflitos atuais e comportamentos

O Sujeito E enfatizou a importância de estar sendo acompanhada no grupo. Disse que acreditou no grupo, que a ajudou muito em seu crescimento pessoal.

Comentou sobre ter se conscientizado de que o quanto comia não era necessário, sentia-se leve e disposta ao ter aprendido a se reeducar em termos de adquirir hábitos alimentares saudáveis.

Procurou se fortalecer no grupo, o Sujeito E seguiu corretamente todas as orientações recebidas, para não engordar nunca mais, “jogando a gordura no ralo” e sendo amiga de si mesma.

Relação atual com o corpo

O Sujeito E comentou que estava cuidando mais de si mesma, sendo mais vaidosa e com essa atitude de carinho e cuidados consigo mesma, ficou mais animada, estava feliz por ter conseguido fazer o que sempre almejou em sua vida, emagrecer e ficar com a saúde, e bonita para si mesma e para outros.

Afirmou ter se conscientizado de seu corpo, aceitando-o. Descobriu seu corpo, usando roupas de que sempre gostou, cuidava de sua aparência, tendo mais flexibilidade nos movimentos de braços e pernas.

A reeducação alimentar

O Sujeito E reclamou de ter de seguir a dieta e comer nos horários estipulados. Substituiu comida por água e o grupo questionou sua reeducação alimentar, pois tomando água compulsivamente, como substituição à comida, atitude de rebeldia, podia lhe trazer problemas de saúde.

Afirmou que se sentia protegida pela sobrinha, a família a criticou de forma negativa. Comentou não ter tido apoio de familiares, como mãe e irmã.

Sentimentos com relação a comer só ou acompanhada (com a família)

O Sujeito E disse que fazia refeições, sozinha, não tinha ninguém como companhia neste momento. Era criticada pela mãe e irmã.

Relacionamento social e a imagem corporal atual

O Sujeito E comentou que seus vizinhos percebiam o seu emagrecimento, ficou satisfeita com essa demonstração de solidariedade humana. Afirmou que se sentiu alegre e feliz com os elogios recebidos, elevou sua auto estima.

Relacionamentos pessoais (cônjuge) e a aceitação da sua nova imagem corporal

O Sujeito E afirmou que não era casada e não tinha companheiro, e nem namorado. Constatou que estava dando mais atenção ao seu corpo, descobriu-se mais.

Ansiedade e angústia com relação à alimentação

O Sujeito E disse que sua vontade de comer diminuiu muito, conseguia controlar muito bem a compulsão alimentar periódica e descobriu novos prazeres em sua vida. Manifestava o desejo de ir sempre aprendendo novos hábitos alimentares mais saudáveis.

Estado de humor e alimentação

O Sujeito E afirmou que seu humor modificou para melhor e com esta mudança sentiu-se mais segura para conviver no meio social.

Ser mulher e suas novas roupas

O Sujeito E comentou que estava recebendo elogios de pessoas do seu convívio social e fora dele e que se sentiu muito bem emocionalmente com isto acontecendo com ela.

Comentou que suas roupas estavam muito bem e usava as reformadas.

Sentimentos com relação à sabotagem da família e a alimentação

O Sujeito E comentou que seguia muito bem a dieta estabelecida, e estava fortificada para suportar a sabotagem dos familiares.

O grupo reforçou seu comportamento de continuar lutando pelo que desejava, tentou fazer o papel de sua mãe que não a ajudava emocionalmente.

Comentou sobre a mãe era alcoólatra e nem cuidava dela mesma, ela tinha que ser cuidadora dela mesma e da mãe. Afirmou que não ouvia o que a mãe falava dela, pois não desejava sofrer mais sendo desvalorizada e conseguiu lidar bem com esses conflitos.

Alimentação: saúde, prazer e qualidade de vida

O Sujeito E comentou que havia aprendido a ser moderada com a comida, e que se sentiu bem em agir assim com este novo hábito alimentar.

Percebeu e mostrou ao grupo que era muito bom ser aceita, que gostava e necessitava do grupo para ajudá-la a superar essa nova etapa de sua vida.

Expectativa em relação a proposta de uma nova vida

O Sujeito E disse que tinha se esforçado para deixar de se preocupar com as questões de pessoas da família, como sua mãe e sua irmã, as quais possuíam um modo de pensar e agir muito diferente dela. Teve no grupo um espaço para olhar para si mesma e para ser olhada também, foi em busca da descoberta de suas necessidades e anseios e melhorou cada vez mais sua qualidade de vida.

Sujeito F

O Sujeito F reclamou haver poucas sessões do grupo psicoterápico durante os primeiros encontros. Desejava que fossem mais. Sua participação no grupo sempre foi muito ativa, trazendo seus conflitos, ouvindo atentamente a fala dos outros membros do grupo, tanto em relação às dificuldades pessoais quanto às das outras pessoas. Suas contribuições demonstraram sua reflexão sobre o que era discutido em cada sessão. Procurou mudar algumas atitudes perante o marido e os filhos, e as outras pessoas do seu convívio social e principalmente as relativas a si própria.

Alimentação: seus conflitos atuais e comportamentos

O Sujeito F disse que estava muito bem com a dieta prescrita. Sentia a vontade de comer comida sólida, mas sabia que com o tempo iria fazer isso, estava consciente disso.

Afirmou que estava motivada a continuar as mudanças em sua vida, agora mais ainda.

Relação atual com o corpo

O Sujeito F comentou sobre o seu emagrecimento, estava satisfeita com este processo, que era gradual. Continuava a cuidar de si mesma, agora que conseguiu fazer algo por ela mesma, sozinha, lutando contra os desestímulos e preconceitos das pessoas. Encontrava-se com a auto estima elevada, recebeu elogios, percebeu a diferença de peso em seu próprio corpo.

A reeducação alimentar

O Sujeito F comentou sobre sua vontade de mastigar comida, mas tinha consciência e força de vontade suficiente para conseguir seguir as mudanças que desejava.

Disse que aprendeu a gostar de si mesma, a se valorizar perante a si mesma e à outras pessoas. Mesmo fazendo sua comida, conseguia manter firmeza em sua determinação para continuar suas mudanças.

Sentimentos com relação a comer só ou acompanhada (com a família ou com outras pessoas)

O Sujeito F afirmou que não tinha conflitos a esse respeito pois nunca passou por discriminação deste tipo, nem com sua família, nem com as outras pessoas.

Relacionamento social e a imagem corporal

O Sujeito F comentou sobre os elogios recebidos, o que reforçou mais ainda sua auto-estima e com isto o seu desejo de continuar as modificações já realizadas.

Afirmou que as pessoas falavam mal do procedimento cirúrgico realizado e chegou a se irritar com elas, pois esperava dessas pessoas apoio, e não críticas negativas.

Constatou que havia sido acolhida pelo grupo e respeitada e poder falar de seus problemas no grupo tinha ajudado-a muito.

Relacionamento pessoais (cônjuge) e a aceitação da sua nova imagem corporal

O Sujeito F afirmou que se sentia segura com seu marido, não havia rejeição à sua pessoa por parte dele.

Reviu sua conduta frente ao marido, ampliou seus valores a respeito da relação homem/mulher, não se sentia submissa e inferior, mudou sua conduta, sendo mais ousada e animada

para procurá-lo, sem medo de rejeição. Tinha consciência de que a psicoterapia em grupo havia ajudado-a, e continuou ajudando-a, a vencer suas dificuldades devagar, tendo mais tempo para si mesma, e amadureceu mais. Buscava ser feliz e transparente em seu relacionamento.

Comentou ser valioso saber o que deseja e do que gosta continuando suas buscas de satisfação de suas necessidades.

Estado de humor e alimentação

O Sujeito F disse que notou seu humor melhorou e sentia-se feliz com esta modificação realizada por ela.

Reviu seus comportamentos com as pessoas da família e de seu convívio social.

Ser mulher e suas novas roupas

O Sujeito F comentou que estava muito feliz consigo mesma. Havia feito uma relação mente-corpo, analisou a si mesma e as companheiras do grupo.

Comentou que havia feito reformas nas roupas antigas e sentia-se feliz e animada, usava sua criatividade.

Sentimentos com relação à sabotagem da família e a alimentação

O Sujeito F comentou que havia sido vigiada, em termos de apoio da família, com carinho e respeito. Sabia analisar o seu comportamento e de outra pessoa quando tentaram fazer a sabotagem, continuou a ser firme em seu propósito de ser magra e saudável.

Afirmou que tinha sido querida pelas amigas (os) que sempre a apoiaram nesta etapa de sua vida.

Alimentação: saúde, prazer e qualidade de vida

O Sujeito F refletiu sobre todas as descobertas que havia feito em relação a si mesma, e isto estava ajudando a mudar para ter uma vida com qualidade, saúde e prazer.

Constatou que, assim como suas companheiras de grupo terapêutico, teve uma postura na vida de que se dedicava mais para o outro do que para si mesma. Via nas outras pessoas do grupo uma maneira de ser muito semelhante a si mesma ajudou-a a tomar consciência de sua própria situação. Além disso, poder contar seus conflitos e dificuldades e ser ouvida fizeram com que se sentisse acolhida pelo grupo, e era objeto de atenção e solidariedade das pessoas. Teve, no grupo, um espaço para olhar para si mesma e para ser olhada também. Situação nova e gratificante para uma pessoa que estava sempre olhando para fora de si.

Expectativa em relação a proposta de uma nova vida

O Sujeito F refletiu sobre as descobertas feitas quanto à sua pessoa, passou a viver com o que lhe desse prazer. Disse que estava se esforçando para deixar de se preocupar com questões de pessoas próximas, como sua família. Mudou sua postura, tentou deixar que eles arcassem sozinhos com as consequências do que decidissem fazer.

Os relatos das pacientes, nas últimas sessões, deixaram claro que os conteúdos trabalhados de acordo com os temas propostos as levaram a refletir e a rever seu posicionando diante da vida, dando-lhes consciência da necessidade de mudar a sua atitude frente ao mundo. Estas constatações as levaram a se engajar num processo de mudança, que já havia sido proposto por elas, vindo reforçar mais ainda esta escolha, da qual trouxeram exemplos para as sessões.

TABELA D - PESO DAS PACIENTES

PACIENTES	PESO ANTES DA CIRURGIA BARIÁTRICA	PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA	PESO NO INÍCIO DO GRUPO ABERTO	PESO NO INÍCIO DO GRUPO DE PESQUISA 22/12/09	PESO DEPOIS DAS 12 SESSÕES DE PSICOTERAPIA EM GRUPO 24/03/09
A	101 Kg	89,8Kg(6 dias)	90 Kg	85 Kg	72,70 Kg
B	136 Kg	126,5 (15 dias)	115,5 Kg	94,5 Kg	92 Kg
C	132,5 Kg	123,1 Kg(4 dias)	100 Kg	88 Kg	73 Kg
D	132 Kg	118 Kg (58dias)	100 Kg	99 Kg	89 Kg
E	141 Kg	126, 5 Kg(27 dias)	126,5 Kg	126,5 Kg	112 Kg
F	122 Kg	100 Kg (20 dias)	99 Kg	92,5 Kg	94,5 Kg

Observação: Essa tabela confirma a percepção das pacientes quanto à sua perda de peso durante o processo psicoterapêutico.

TABELA E - IMC DAS PACIENTES

PACIENTES	ANTES DA CB	DEPOIS DA CB	INÍCIO DA PESQUISA 22/12/08	FINAL DA PESQUISA 24/03/09
A	40,00	37,14	29,59	
B	49,46	45	35,89	
C	54,22	46,4	40,3	32,5
D	53,2	43,29	39,3	
E	51,27	45,5	42,43	41,7
F	43,8	39	35,89	34,94

Observação: Essa tabela confirma a percepção das pacientes quanto o índice de massa corpórea durante o processo psicoterapêutico.

COMPARAÇÃO DOS TESTES ECAP E MINI NO GRUPO

TESTE ECAP ANTES E DEPOIS DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Na comparação dos resultados do grupo, obtidos no ECAP, aplicados antes e depois das sessões de psicoterapia, verificou-se que os Sujeitos não apresentaram uma significativa diferença estatisticamente, mas houve uma tendência à diminuição da compulsão alimentar periódica. Isto leva a pensar que a amostra do trabalho é pequena, e, desta forma não apresenta escores altos, com diferenças significativas muito alteradas e, também, apesar das sessões de psicoterapia terem ocorrido entre as aplicações dos dois ECAP, o espaço de tempo entre elas (três meses) foi pequeno para que ocorressem grandes mudanças na vida dos Sujeitos, que pudessem ser verificadas através dos resultados do ECAP. O teste fornece a tabela com os escores e desvio padrão, mostrando que há uma tendência à diminuição da compulsão alimentar periódica durante o processo psicoterapêutico. Na comparação dos resultados do grupo obtidos pelo ECAP, todos os Sujeitos apresentaram pequenas diferenças.

Entretanto, embora as mudanças ocorridas tenham sido em sua maioria sutis, tanto os escores que aumentaram, como os que diminuíram foram coerentes com a análise do processo terapêutico. Sendo assim, considera-se que o ECAP foi sensível para captar mudanças importantes, ocorridas durante o trabalho.

O aumento da consciência de si, do meio e das condições de vida de que dispunham, fez com que os Sujeitos reavaliassem a si mesmos, física e psicologicamente, seus relacionamentos e seu meio ambiente, levando-os a dar respostas que correspondiam mais à realidade em que viviam proporcionando-lhes uma vida mais satisfatória.

TABELA F - RESULTADOS DO ECAP ANTES E DEPOIS DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA

ECAP	Média	N	Desvio Padrão	Erro Padrão	t	p
Antes	25,67	6	5,65	2,30	0,89	0,21
Depois	23,50	6	4,68	1,91		

O Teste Mini Antes e Depois das Sessões de Psicoterapia

Com relação ao teste MINI, é fornecida uma tabela para avaliação quantitativa e qualitativa. Foi aplicado antes e depois das sessões de psicoterapia, percebem-se sutis diferenças em alguns itens, que não mostraram quantitativamente ser relevantes, mas analisados junto com os discursos das participantes do processo psicoterapêutico, e com análise do ECAP, estas diferenças mostram-se expressivas. O grupo não apresentou grandes diferenças por ser uma pequena amostra e pouco tempo de sessões de psicoterapia (três meses). As diferenças que apareceram em PHI, como as que não apareceram, não foram significativas, ou melhor, mostraram que neste grupo não existem pacientes com distúrbios psíquicos graves, ou que deveriam ser tratados na psiquiatria, com medicamentos específicos a estes quadros clínicos. Mostra ser um grupo mais homogêneo em termos de não apresentarem distúrbios graves psiquiátricos. Não apresentaram sintomas psiquiátricos questionados no teste, como mostra a tabela abaixo, antes e depois das sessões de psicoterapia.

Sendo assim, consideram-se os dois testes sensíveis, junto com a análise das sessões de psicoterapia, para captar mudanças importantes, ocorridas durante o trabalho.

TABELA G - RESULTADOS DO MINI ANTES E DEPOIS DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Depois	Antes			ϕ
	Não	Sim	Total	
Depressivo maior atual	Não	4	4	0,632
	Sim	1	1	
	Total	5	1	
Depressivo maior passado	Não	2	1	0,707
	Sim		3	
	Total	2	4	
Distímia Atual	Não	3	1	0,250
	Sim	1	1	
	Total	4	2	
Risco de Suicídio Atual	Não	5		1,000
	Sim		1	
	Total	5	1	
Episódio Hipomaniaco Atual ou Passado	Não			...
	Sim	1	5	
	Total	1	5	
Crises de ansiedade	Não	6		...
	Sim			
	Total			
Fobia Social Atual	Não	6		...
	Sim			
	Total	6		
Transtorno Obsessivo-Compulsivo Atual	Não	4	1	-0,200
	Sim	1		
	Total	5	1	
Anorexia Nervosa Atual	Não	5	1	...
	Sim			
	Total	5	1	
Bulimia Nervosa Atual	Não		4	...
	Sim		2	
	Total		6	
Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual	Não	2	1	-0,447
	Sim	3		
	Total	5	1	

8. CONCLUSÃO

Como subsídio para a concepção e realização deste trabalho, utilizou-se a teoria junguiana (que fornece um modelo para a compreensão das doenças) e o estudo realizado por Ramos (1994). O modelo é coerente com a concepção holística da Psicossomática atual que, segundo Mello (1999), reconhece a interdependência entre mente e corpo, tanto na saúde, como na doença, considerando todas as doenças psicossomáticas, pois todas se constituem numa interrelação mente-corpo.

Um dos objetivos do trabalho psicoterapêutico foi o de auxiliar as participantes a compreender o significado do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e o que causou a obesidade mórbida. Ao procurar a CB, as pacientes passaram a mudar suas formas de agir e encarar a vida, buscando a melhoria na saúde.

O conceito de doença como símbolo (Ramos, 1994) foi um dos principais pressupostos teóricos que nortearam o trabalho e o que mais se evidenciou no processo vivido por cada uma das participantes do grupo. Os Sujeitos estavam sempre voltados para as necessidades de seus familiares e esquecidos dos cuidados de si mesmos. Eles não refletiam sobre seus hábitos cotidianos, seus próprios desejos e focalizavam o prazer apenas na comida. Com isso, a obesidade mórbida se instalou, tornando-se uma ameaça, pois trazia o risco de doenças e a possibilidade de morte. Isso levou as pacientes a questionar a respeito do que realmente fazia sentido na vida.

Para Woodman (1980), o processo da individuação pode ser observado no corpo durante o tratamento da obesidade. Esta é um sintoma neurótico da cultura ocidental que se caracteriza pela repressão do feminino que, somatizado, manifesta-se de forma demasiadamente palpável no corpo da pessoa obesa. A presença da obesidade mórbida e o tratamento com a CB são considerados uma fase de transição, isto é, um caminho interessante para conceitualizar respostas humanas a mudanças.

A colocação da doença como transição pareceu bastante interessante à medida que levantou uma questão importante a seu respeito: a visão da doença como símbolo. A vivência de transição, de acordo com a autora, implica numa reestruturação do indivíduo que o levará à descoberta de novos significados em sua vida, levando-o a uma nova vida pós - transacional. Tal ponto de vista se assemelha ao conceito de Processo de Individuação da teoria junguiana, já citado, no qual a elaboração de símbolos e complexos promoveria mudanças internas profundas (que também pode ser considerado como transição à medida que se forma no período de ampliação do nível de consciência de si mesmo). Portanto, os resultados obtidos nesta pesquisa coincidiram com a teoria de Woodman (1999) e com seus trabalhos com obesas mórbidas.

As pacientes do grupo de psicoterapia, para ter uma vida saudável, fizeram mudanças em suas vidas a fim de evitar o retorno da obesidade mórbida. Buscando “curar-se do TCAP”, elas demonstraram que os discursos realizados durante as sessões são coerentes com as teorias apresentadas, pois desejavam que o fator de cura “interno” se manifestasse sobre o complexo destruidor, como se pode verificar nos relatos das participantes após algumas sessões de psicoterapia.

Neste trabalho, constatou-se a importância da formação de vínculos, tanto com a psicoterapeuta, como com os outros membros do grupo. Isso as tornou mais fortes, pois o grupo passou a se conhecer melhor. Ao estabelecer a confiança no outro, o espaço se tornou mais terapêutico e seguro e cada paciente pôde trazer para os encontros questões íntimas que as afligiam, a fim de elaborá-las.

A troca de vivências e a compreensão que a obesidade mórbida é um problema comum trouxe às pacientes um sentimento importante: que elas não estão sozinhas durante o TCAP. O fato de elas terem sido estimuladas a falar sobre suas expectativas foi visto como uma oportunidade importante oferecida por este trabalho.

A psicoterapia breve, realizada em curto espaço de tempo, focal, com temas propostos e com atuação mais centralizada (segundo Giliéron – 1983 -), mostrou-se coerente com seus pressupostos por ter provocado um interesse bastante profundo. O fato pode, inclusive, ser comprovado pela fala da paciente: “poderia haver mais sessões durante o tratamento”. O relato demonstra a importância do processo psicoterapêutico para sua vida.

Durante a pesquisa, encontraram-se trabalhos que se munem da intervenção psicológica. Contudo, poucos realizam a psicoterapia em grupo de abordagem junguiana com um grupo de mulheres com obesidade mórbida (pós-cirurgia bariátrica). Muitos, inclusive, não possuem os objetivos propostos por esta pesquisa: a mobilidade das pacientes obesas mórbidas que não fizeram a CB e que, segundo Santos (2003), apresentam um “mal estar psicológico” que pode ser resolvido no processo psicoterapêutico. O trabalho que mais focalizou as obesas mórbidas, pós-cirurgia bariátrica, foi o de Benedetti (2002), enfatizando o emagrecimento depois da CB. Além disso, tornou-se importante para o desenvolvimento da pesquisa devido às semelhanças entre as abordagens adotadas.

Durante a elaboração da dissertação constatou-se que, com tratamento médico e psicológico adequados, pacientes de obesidade mórbida podem superar o TCAP após uma CB recente. O fato pôde ser confirmado nas últimas sessões quando uma paciente declarou ao grupo que não sentia mais vontade de comer a toda hora (como fazia antes de ingressar no grupo). Portanto, é possível pensar no conceito de doença como símbolo, cujo significado foi profundamente compreendido e assimilado em afirmações de autores como Ramos (2004) e Achemtberg (1996).

A dimensão corporal é a via de expressão do feminino, qualidade psíquica que se manifesta pelo conhecimento intuitivo, sensorial e afetivo. A relação que o grupo estabelecia com o corpo antes do emagrecimento era difícil, o que se pode comprovar em expressões como “casas estranhas”, “não era meu” e “queria tirar essa parte fora”. São corpos rebeldes que a mente não controla. O corpo da obesa mórbida é fonte de dor, sofrimento e desprazer; sente-se “feia e desfigurada”, sem flexibilidade, pouco ágil e pesada, enquanto a mente tem um potencial que pode ser expresso em qualquer idade ou aparência.

Na psicoterapia de grupo, as pacientes perceberam que sua história era compartilhada pelas demais e suas vidas eram muito parecidas. Sentiram-se apoiadas, acolhidas e fortalecidas. A responsabilidade por suas vidas, antes depositada integralmente no outro, passou a ser vislumbrada por umas e assumida, em diferentes medidas, por outras. O movimento dolorido, insuportável em alguns momentos, foi desaparecendo aos poucos e passou a desmistificar antigas crenças. Percebeu-se que as mudanças eram sempre lentas.

Segundo os objetivos deste trabalho (demonstrar como a interferência psicoterapêutica, pós-cirurgia bariátrica, auxilia na manutenção dos ganhos cirúrgicos, na perda de peso e na conscientização da compulsão alimentar), pode-se dizer, pela análise dos resultados obtidos, que os benefícios foram constatados. O trabalho foi considerado proveitoso para todo o grupo e não houve evasão das participantes. As mudanças ocorridas podem ser observadas na análise do processo psicoterapêutico e na comparação dos testes ECAP e MINI, realizados antes e depois do processo.

A análise dos resultados confirmou que a preocupação em entender os efeitos da psicoterapia breve em pacientes obesas mórbidas com TCAP - pós-cirurgia bariátrica -, e como

elas confiam em si mesmas para escolher uma nova qualidade de vida era procedente e merece atenção do profissional de saúde. Contudo, apesar do avanço em relação ao conhecimento e tratamento de obesidade mórbida, muitos aspectos não estão esclarecidos, gerando informações incorretas, alarmantes, discriminatórias e provocando tristezas, desânimo, ansiedade e angústias nas pacientes. O acesso das participantes às informações adequadas a respeito da obesidade mórbida, do TCAP, dos procedimentos cirúrgicos (como CB), da técnica utilizada nas cirurgias e das orientações da pós-cirurgia, com toda a equipe da CAD dando-lhes apoio e estimulando-as a continuar a cuidar de si mesmas, trouxe alívio ao dissipar o medo da discriminação. Ao não se sentirem mais inferiorizadas pelas pessoas, elas obtiveram uma versão mais real de sua situação.

Outra contribuição importante do estudo foi a compreensão total do termo obesidade mórbida com TCAP e o que essa condição pode significar em relação à execução de um projeto de vida. A conscientização das pacientes quanto aos cuidados e riscos pós-cirúrgicos e de não seguirem as orientações nutricionais da nova técnica de CB (pela qual foram operadas), contribuiu para a diminuição do estresse provocado por algo desconhecido. Isso também foi possível graças à própria decisão de fazerem e de continuarem com a CB. O fato de aceitar e compreender o TCAP como um transtorno sem importância para o qual existe uma solução simples e rápida foi de grande valia durante o processo.

A vontade quase incontrolável de comer muito, em pouco tempo, tornou-se ameaçadora ao planejamento e procedimento cirúrgico das pacientes, pois era uma situação que não deveria mais acontecer. Ao refletir sobre isso, elas constataram que não tinham controle sobre si mesmas. Tal confronto não é fácil e, para fazê-lo, é preciso coragem para aceitar que estão sujeitas ao imponderável, isto é, de repente os planos podem ser modificados por algo que ainda permanece depois da CB sem a sua “permissão”. Nessa situação, é necessário que elas pensem acerca do que está acontecendo, conhecendo-se mais e criando coragem para rever os próprios valores, a fim de tentar compreender o que estão vivendo.

Situações críticas como o TCAP, obesidade mórbida (ou qualquer outra doença grave) ou situações drásticas que surjam em seus caminhos podem ser uma mensagem. Tentar decifrá-la é uma escolha árdua e muitas vezes dolorosa, mas talvez a única opção. Nem todas as pessoas estão dispostas a empreender essa “viagem” interior, aceitando tomar consciência de quem realmente são. No entanto, essa é uma condição imprescindível para se fazer reajustes, abrir mão de velhas condições, valores, costumes e hábitos alimentares. Por tal razão, nem todas as pessoas aderem a um trabalho psicoterapêutico, principalmente depois de conseguirem fazer a CB. O trabalho apenas acontece a partir das vivências que as pacientes trazem, ou seja, não são fornecidas metodologias mas sim temas propostos e suas histórias correlatas.

A psicoterapia junguiana cumpriu sua função ao acolher angústias, dúvidas, frustrações e tristezas. Além disso, forneceu esclarecimentos sobre CB, conscientizando cada paciente em relação a si própria e ao significado simbólico da doença. Elas perceberam que já estavam pondo em prática as mudanças planejadas antes e após a CB e deram continuação a esse trabalho.

Apesar da psicoterapia breve não possibilitar uma análise psíquica profunda por ser focal, com temas definidos, ela se mostrou adequada como intervenção, pois auxiliou as pacientes a compreenderem a obesidade mórbida com TCAP e a pós-cirurgia bariátrica, assinalando aspectos psíquicos que mereceriam ser aprofundados numa outra oportunidade.

A CB transformou-se em uma oportunidade de as pacientes se sentirem iguais às outras pessoas, gerando muitas expectativas. Após a CB e com o emagrecimento, elas se sentiram mais à vontade com a própria situação e passaram a viver da mesma maneira que seus

semelhantes, conquistando direitos e oportunidades que antes lhes eram negados. Todavia, em meio a essas afirmações, uma preocupação era ressaltada: a de se descreverem como pessoas mais capazes de autocontrole.

Corpo magro é sinônimo de indivíduo que tem controle sobre a ingestão de alimentos e sobre o próprio peso. Trata-se de uma questão interessante, uma vez que a CB é um procedimento cujo resultado contraria a vontade de comer do indivíduo quando ele não está preparado para fazer tal mudança. Isso o aproximaria da normalidade, pois o que está em jogo é a capacidade de autocontrole mediante o poder exercido por um fator externo.

Durante o tratamento, os parâmetros que as pacientes utilizaram para saber se estavam ou não no caminho certo foram, por um lado, a comparação com outras participantes do grupo e até mesmo com pessoas mais magras e, por outro, a validação oferecida pela equipe médica, pela nutricionista e pelas roupas antigas e reformadas que estavam vestindo.

Nas sessões de psicoterapia, os hábitos alimentares foram descritos como descontrolados antes da CB e controlados após a cirurgia. Mastigar, saborear os alimentos e primar pela qualidade de vida passaram a ser fatores importantes e índices de autocontrole. Ao não ter mais o TCAP, as pacientes se sentiram mais seguras para adentrar uma loja de roupas e não tiveram mais tanta vergonha de seu corpo. O fato de possuir um corpo “normal” foi motivo suficiente para que nenhuma das pacientes se arrependesse de ter passado pela cirurgia, mesmo se por baixo das roupas o corpo fosse flácido.

Todas as pacientes disseram ter uma imagem negativa de si mesmas antes de serem operadas. A repercussão dessa imagem, sobre a maneira de cada uma se colocar no mundo, foi descrita sob a forma de insegurança afetiva e profissional, isolamento social e atitudes de subserviência. Um corpo mais magro favoreceu o aumento da auto-estima e pareceu facilitar a aceitação social: a inserção de todas na sociedade e a sensação de bem-estar aumentaram consideravelmente.

As pacientes ficaram interessadas no trabalho proposto e se empenharam em aproveitá-lo ao máximo, quase não havendo faltas. O fato de algumas pacientes não sentirem mais o TCAP confirma a importância do poder interno de cura existente em cada indivíduo (pressuposto importante da teoria junguiana). Além disso, a psicoterapia, embora breve, possibilitou a elaboração de um complexo que existia por detrás da doença, restaurando o equilíbrio dos organismos e ajudando as participantes a se reeducarem quanto à alimentação. Houve a prática de exercícios físicos, melhorando a qualidade de vida e saúde.

A crença psicossomática de que psique e corpo se constituem um todo indissolúvel que se influenciam mutuamente reafirma a necessidade do trabalho multiprofissional no atendimento à saúde. Sugere-se, portanto, a continuação desta pesquisa. Segundo a literatura utilizada, após dois anos de cirurgia bariátrica são necessárias reuniões periódicas, além de acompanhamento de profissionais de saúde durante a manutenção de peso. O objetivo do tratamento é acompanhar as pacientes durante essa fase delicada de suas vidas, oferecendo-lhes o suporte necessário e informações adequadas. Seria oportuno realizar esse trabalho em diferentes locais, com maior número de participantes e de sessões psicoterápicas para confirmar os resultados obtidos nesta pesquisa. Embora a amostra do estudo tenha sido pequena, é preciso mais tempo para trabalhar o que foi suscitado durante a discussão dos temas propostos.

REFERÊNCIAS

- ACHTENRBEG, J. **Imaginação na cura** - Xamanismo e medicina moderna. São Paulo: Summus, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (DSM- 4). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994. Disponível em: <www.apa.org>. Acesso em: jan. 2008.
- ANGELIN, M. C. **Mulheres que comem demais**: significados da alimentação e a influência do complexo materno. 2002. Monografia - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.
- ANGELIS, R. C. **Fome oculta**: bases fisiológicas para reduzir seus riscos através da alimentação saudável. São Paulo: Atheneu, 2001.
- AVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma** - investigação psicossomática psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1996.
- BALDIN, N.; LEAL, W. C. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Relato de Caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 324-327, 2007. Disponível em: <www.googleacademico.br>. Acesso em: 19 jan. 2009.
- BATISTA, A. P. C.; MOREIRA, R. O. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 10, p.130-131, 2007. Disponível em: <www.google.academico.br>. Acesso em: 05 ago. 2007.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BALTHAZAR, M. H. M. **Psicoterapia breve de orientação Junguiana para portadores de hepatite C e assintomáticos**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.
- BENEDETTI, C. **Obesidade e emagrecimento**: um estudo com obesos mórbidos submetidos a gastroplastia. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.
- _____. **De obeso a magro**: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor, 2003.
- BORGES, Maria B.; JORGE, Miguel R. **Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar**. Psiquiatria na prática médica. São Paulo, 2000. Disponível em: <www.unifesp.br>; <www.bvs.br>. Acesso em: 17 jul. 2007.

- CASSIUS, J. **Socorro!** Estou preso no meu corpo. Um guia para compreender como os conflitos ajudam a engordar. Tradução de Robert Lang, São Paulo: Gente Editora, 1991.
- CHANDER, W. **Grupo de psicoterapia de curto prazo sob o enfoque da psicologia analítica.** 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.
- CHIMICATI, E. **Obesidade:** uma doença do afeto. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 2005.
- CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia dos transtornos alimentares e obesidade.** Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Manole, 2007.
- COUTINHO, W. F. **Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer.** 1999. 76 f. Dissertação (Doutorado em Medicina) - Programa de Pós-Graduação em Medicina, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: <www.usp.br/sibi/biblioteca/medline.htm>. Acesso em: 16 jan. 2009.
- CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 (Supl. III), p. 3-6, 2002. Disponível em: <www.google.academico.br>. Acesso em: 10 ago. 2007.
- CORDÁS, T. A.; CARDEAL, M. V.; SEGAL, A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002. Disponível em: <www.scielo.bvs.br>. Acesso em: 19 jan. 2009.
- DESLANDES, S. F.; ROMEU G.; MINAYO. M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 25. ed. revista e atualizada. Petrópolis, R.J: Vozes, 2007.
- DUNDI, V. M. **A imagem corporal da mulher obesa:** o estudo comparativo entre as imagens corporais de mulheres obesas. Monografia - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.
- ESPÍNDOLA, C.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 265-275, 2006. Disponível em: <www.scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?>. Acesso em: 25 set. 2007.
- FERNANDES, I. C. **Obesidade e suas múltiplas conseqüências.** Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2007.
- FERNÁNDEZ-ARANDA, F.; PINHEIRO, A. P.; THORNTON, L. M.; BERRETTINI, W. H.; CROW, S.; FICTER, M. M.; HALMI, K. A.; KAPLAN, A. S.; KEEL, P.; MITCHELL, J.; ROTONDO, A.; STROBER, M.; WOODSIDE, D. B.; KAYE, W. H.; BULIK, C. M. Impulse control disorders in women with eating disorders. **Psychiatry Research**, p. 11, 2007. Disponível em: <www.sciencedirect.com/locate/psychers Psy - 05633>. Acesso em: jan. 2009.

FERNANDO, G. R. **Pesquisa qualitativa e subjetividade:** os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2005.

FRANQUES, A. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo:Vetor, 2006

FREUD, S.; (1989a). **As Neuroses Atuais às Psicossomáticas.** Em Ferraz, F. C. & Valich, R. M. (Orgs). *Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica* (pp 23- 28). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GILLIÉRON, E. **As psicoterapias breves.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

GARRIDO, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2000. Disponível em: <<http://win.niddk.nih.gov/publications/gastric.htm> >. Acesso em: 19 jan. 2009.

GARRIDO, A. B. J. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. In: HALPERN, A.; GODOY, A. F. M.; SUPLICY, H. L.; MANCINI, M. C.; NANELLA, M. T. **Obesidade.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p 331-41.

_____. **Introdução às psicoterapias breves.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

GIOIA-MARTINS, D. F. **Obesidade:** estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospital público. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GIKOVATE, F. **Deixar de ser gordo.** São Paulo: MG Editores, 2005.

GRECIO, C. **A imagem da obesidade:** uma comparação entre o desenho da figura humana e a auto-imagem verbalizada em indivíduos. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1998.

GRODDECK, G. **O livro d'Isso.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1988.

_____. **O homem e seu isso.** Tradução de Natan Robert Zins. São Paulo: Perspectiva,1994.

GUISADO, J.; VAZ, F. V.; ALARCÓN, J.; BÉJAR, A.; CASADO, M. A. Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. **Endocrinología**, Universidad de Extremadura, Badajoz, v. 13, n. 1, p. 29-34, 2002.

GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S.; RARDIN, D. (1982). **Escala da Compulsão Alimentar Periódica - BES** (Binge Eating Scale). Tradução de Freitas, S.; Apolinário, José Coutinho 2001.

-
- HALPERN, A. Obesidade: considerações terapêuticas (Ininteligível): Medeiros- Neto, G. (Ed.) **Obesidade nova fronteira metabólica**. São Paulo: Aché, 1987. p. 160-181.
- HANNAH, B. **Jung**. Vida e Obra - uma memória biográfica. Porto Alegre: Artemed, 2003a.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Programa de orçamento familiar**. 2004. Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso em: 22 set. 2008.
- IBGE - Instituto de Geografia e Estatística. **Caderno de Atenção Básica de Saúde**, Brasília, D.F., 2004. Disponível em: <www.ministerio da saúde. gov.br>. Acesso em: 23 set. 2008.
- JACKSON, E. **Alimento e transformação: imagens e simbolismo da alimentação**. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Paulus, 1999. Coleção Amor e Psique.
- JOHNSEN, L. A. P.; GORIN, A.; STONE, A. A.; DANIEL, L. E. G. **Characteristics of Binge Among Women in the Community Seeking Treatment for Binge Eating or Weight Loss**. Eating Behaviors 3 (2003) 295- 305, Pergamon 1471- 0153/03, 2003, Elsevier Science Ltd. State University of New York at Stony Brook, Stony Brook, NY, USA. Disponível em: <http://www.elsevier.com>. Acesso em: 20 out. 2007
- JUNG, C. G. **A Importância da Psicologia para a época atual**. In: Jung, C.G. Civilização em Transição. (Obras completas vol. x/3). Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 2000b.
- _____. **Sincronicidade: um princípio de conexões acausais**. In (Obras completas vol. III). Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. **Arquétipos e inconsciente coletivo**. (Obras Completas) Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- _____. **Tipos Psicológicos**. In: (Obras Completas vol. VI). Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
- _____. **Fundamentos de psicologia analítica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1981.
- _____. **Psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.
- _____. **A prática da psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência**. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis: Vozes, 1981. (Obras Completas, v. 16).
- _____. **Freud e a Psicanálise**. O. C. Vol. IV. Petrópolis: Vozes, 1971.
- _____. **O eu e o Inconsciente**. Tradução: Dora Ferreira da Silva, Petrópolis, Vozes, 1978.
- _____. **Estudos Psiquiátricos**. O. C. Vol. I. Petrópolis: Vozes, 1875-1961.

- KAYANA, R. E. **A mobilidade de pacientes obesas na pós-cirurgia bariátrica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.
- KAUFMAN, A. **O obeso no prato**. Instituto de Psiquiatria. Hospital das Clínicas, FMUSP, São Paulo: Segmentoforma, 2005. Projeto de Atendimento ao Obeso.
- KALARCHIAN, M. A., PhD; MARCUS, D. M., PhD; WILSON, G. T., PhD; LABOUVIE, E. W., PhD; BROLIN, R. E., MD; LAMARCA, L. B., RD. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. **Obesity Surgery**, Behavioral Medicine Program, Western Psychiatric and Clinic, Pittsburg, USA, v. 12, p. 270, 2002. Disponível em: <www.lilacs.br>. Acesso em: 20 jul. 2008.
- KEPPE, M. A. R.; NEDER, M.; VASCONCELLOS, E. G. Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. **Transpsicanálise**. Janeiro/Abril 2000, vol. 13, nº 1, pg.17-28, publicado em 20/12/2005.
- LAPIDOTH, J. M.; GHADERI, A.; NORRING, C. A Comparison of Disorders Patients. Receiving Surgical vs. Non-surgical Weight-loss Treatments. **Obesity Surgery**, v. 18, p. 715-720, 2008. Disponível em: <www.scielo.bvs-psi.org/scielo.php?>. Acesso em: 22 ago. 2008.
- LEAL, C. W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Relato de Caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 324-327, 2007. Disponível em: <www.ufsc.br >. Acesso em: 19 jan. 2009.
- LEMOS, M. C. M. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. **Arquivo Ciências Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 155-163, set./dez. 2006. Disponível em: <www.google.academico.br>. Acesso em: 31 jan. 2009.
- LIBERMAN, M. **Obesidade e mitos**, o feminino em questão. São Paulo, Junguiana 12, Revista da SBPA, 1994.
- LOLI, M. S. A. A. **Obesidade como sintoma**: uma leitura psicanalítica. São Paulo: Vetor; Psico -Pedagógica, 2000.
- LUCIANO, L. **Obesidade e histeria**. Disponível em: <www.bvs.br>. Acesso em: 16 jan. 2009.
- MEDEIROS-NETO, G. O obeso absolvido. **Revista da Associação Médica do Brasil**, v. 40, n. 3, p. 141-142, 1994b.

- McDOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- MELLO, J. S. **Concepção psicossomática: uma visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- MELLO, J. S. (Col.). **Psicossomática Hoje**. Capítulo 26, KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. São ao todo 42 colaboradores. Artemed Editora S.A. , 1992. pg. 273-277, Porto Alegre, 1992.
- MENUTTI, L. S. E. **Fiz a cirurgia e agora: um estudo sobre pessoas submetidas à cirurgia de obesidade**. 2007. Monografia de especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde – Programa de estudos graduados em Psicologia Hospitalar e Psicossomática, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitex, 2006.
- MORAES, J. C. **A mulher obesa enfrentando a própria obesidade: um estudo clínico psicológico**. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.
- MOREIRA, R. O.; BATISTA, A. P. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, p. 130-131, 2007. Disponível em: <www.google.academico.br>. Acesso em: 16 jan. 2009.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (suppl.1), 2003. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 19 jan. 2009.
- NEDER, M. Obesidade mórbida e aspectos correlatos. **Revista de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 15, n. 1, jan./jun. 1998.
- NEUMAN, E. **A grande mãe: um estudo fenomenológico da constituição feminina do inconsciente**. Tradução: Fernando Pedroza de Matos; Maria Silvia Mourão Neto. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- NOVAES, J. **O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2006.
- NOVAES, J. V. **Sobre a tirania da beleza**. **Revista Polemica**, v. 18, 2006. Disponível em: <www.polemica.uerj.br/pol 18/oficinas/lipis-4.htm>. Acesso em: 22 jan. 2009.

- NOVAES, J. V. **Auto retrato falado: construções e desconstruções de si. Considerações sobre obesidade mórbida.** *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, v. 4, n. 2, nov. 2007. Disponível em: <www.fundamental/psychopathology.org/journal/07-11/2-1_res.htm>. Acesso em: 22 jan. 2009.
- NUNES, M. A. A. **Transtornos alimentares e obesidade.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- NUNES, A. A.; APOLINÁRIO, C. J.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. E. (Col.). **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: Artmed, 1998.
- ORSINI, C. M. B. **Obesidade mórbida, pulsão de vida e pulsão de morte.** *Revista de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, vol. 4, n°3, 2003.
- PAREJA, J. C. **Gordos nunca mais. Obesidade severa.** *Revista M+*, n. 11, set. 2004. Disponível em: <<http://www.obesidadesevera.com.br/pt/artigoematerias/materia.asp?id=4>>. Acesso em: 19 jan. 2009.
- PEREZ, R. S.; **O Corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall.** *Revista Psicologia Clínica*, vol.18 n° 1, Rio de Janeiro, 2006.
- PRETTE, Del A.; PRETTE, Del P. Z.; CORREIA, S. K. B. C. **Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório.** Disponível em: <www.scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script>. Acesso em: 19 jan. 2009.
- PETRIBU, K. **Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Osvaldo Cruz.** *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, v. 50, n. 5, 2006. Disponível em: <www.lilacs.br>. Acesso em: 12 jun. 2007.
- RAMOS, D. G. **A psique do corpo.** São Paulo: Summus, 1994.
- RASHEED, P. **Perception of body weight and self-reported eating and exercise behaviour among obese and non-obese women in saude Arabia.** *Public Health*, v. 112, p. 409-414, 1988. Disponível em: <www.stockton-press.co.uk/ph>. Acesso em: 14 set. 2007.
- REY, F. G. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade - Os processos de construção da informação.** Tradução: Marcel Aristides Ferrada. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- RIVA, G.; BACHETTA, M.; BARUFFI, M.; MOLINARI, E. **Virtual – Reality - Based multidimensional therapy for the treatments of body image disturbances in binge eating disorders: a preliminary controlled study.** *IEEE Transactions Information Technology in Biomedicine*, v. 6, n. 3, set. 2002.

-
- ROSSI, E. L. **A psicologia da cura mente-corpo** – novos conceitos de hipnose terapêutica. Campinas: Editorial Psy, 1997.
- ROTH, G. **Carência afetiva e alimentação** – uma questão delicada. Ed. Saraiva, 1º edição, 220 p, São Paulo, 1993.
- _____. **Quando o alimento é amor**: explorando as relações entre comer e intimidade. Ed. Plume. (Paperback), 1992.
- SCHWARTZ-SALANT, N.; STEIN, M.; (Organizadores). **TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA**. WOODAMAN, M.; Capítulo: Transferência e Contratransferência na análise voltada para os distúrbios alimentares. Ed. 10º, Editora Cultrix, São Paulo, 2000.
- UMBERTO, E. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- VARGAS, V. M. **O peso do desejo**: discursos das obesas mórbidas submetidas à cirurgia bariátrica. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <www.bireme.br>; <www.bvs.br>; <www.capes.gov.br>. Acesso em: 16 jan. 2009.
- VARGAS, N. S. **Símbolo e psicossomática**: o corpo simbólico. 2002. Artigo publicado na Revista Junguiana; vol (20): 29-34; 2002. Disponível no site: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>; <www.lilacs.br>. Acesso em: 28 jan. 2009.
- VENDEMIATTO, B. C. Magro, e agora? Histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica. **Revista Psic**, São Paulo, v. 6, n. 2, dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 19/01/2009.
- VIEIRA, A. C. R.; SICHIERI, R. Associação do status socioeconômico com obesidade. **Revista Physis**, v. 18, n. 3, p. 1-9, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 19 jan. 2009.
- VON FRANZ, M – L. (1975). **C. G. Jung: seu mito em nossa época**. São Paulo: Cultrix, 1992.
- _____. **Psicoterapia**. Tradução de Cláudia Gerpe Duarte. Paulus, São Paulo, 1999.
- _____. **Os Sonhos e a Morte: uma interpretação junguiana**. São Paulo, Cultrix, 1999.
- WABBA, L. L. **Relação médico-paciente**: subsídios da psicologia para educação médica. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

WHITMONT, E. **A busca do símbolo: conceitos básicos de psicologia analítica.** Tradução: Eliane Fittipaldi Pereira; Kátia Maria Orberg. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1990.

WOODMAN, M. **A coruja era filha do padeiro: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico.** São Paulo: Summus, 2002.

_____. **Obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido.** São Paulo: Cultrix, 2002.

_____. **O vício da perfeição: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico.** Tradução: Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 2002.

_____. **A virgem grávida: um processo de transformação psicológica.** Tradução: Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Paulus, 1999. (Coleção Amor e Psique).

XIMENES, E. Avaliação psicológica em cirurgia para tratamento de obesidade mórbida: a experiência de Pernambuco. **Revista de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, vol. 36, n° 1, 2004.

ZOTTIS, C.; LILIANA, M. J. **O corpo obeso e a percepção de si.** 2005. Monografia (Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <www.bireme.br>; <www.scielo.br>. Acesso em: 19 jan. 2009.

ANEXOS

Anexo 1 – Histórico Clínico das seis (6) pacientes do Grupo

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Iniciei a pesquisa após ser submetida ao crivo da Comissão de Ética da Instituição em que foi entregue a documentação, ou seja, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro.