

---

## **O SOFRIMENTO PSÍQUICO**

---

## **NA CONDIÇÃO OBESA**

---

## **E A INFLUÊNCIA**

---

## **DA CULTURA**

---

THYAGO DO VALE ROSA  
DENISE TELES FREIRE CAMPOS

*Resumo: à inserção da condição obesa no contexto sociocultural. Em nossa cultura a condição obesa é tida como uma espécie de “contra-indicação social”, sobretudo na forma da discriminação e legitimação do julgamento social. Cada vez mais as mulheres acreditam ter defeitos no próprio corpo, queixa que começa como uma insatisfação e pode caminhar para um distúrbio mais grave. Mesmo com o avanço das técnicas cirúrgicas gástricas, cada vez mais eficientes, há importantes mudanças do ponto de vista psicológico nesses pacientes. A cirurgia bariátrica implica mudanças na relação do sujeito com seu corpo e com os outros. As possíveis conseqüências insatisfatórias podem ser apreciadas de forma bem diferente pelos pacientes, pois se trata de uma construção sobre o seu bem-estar e não de uma constatação técnica de sucesso ou fracasso. Tarefa angustiante e difícil de conciliação com si mesmo; impossível se condicionada à mudança física, mas oportuna ao sujeito se ele constatar seus investimentos, seus desejos. Que se trate de uma via simbólica, limitada, mas não menos admissível para ele se questionar, se se confrontar com sua falta, portanto, com sua própria história.*

Palavras-chave: *sofrimento psíquico, condição obesa, cirurgia bariátrica, discriminação e julgamento social*

*Meu corpo não é meu corpo,  
é ilusão de outro ser.  
Sabe a arte de esconder-se  
e de tal modo sagaz  
que a mim de mim ele oculta.*  
(Carlos Drummond de Andrade)

**P**ara além do alarme internacional, o objetivo do presente trabalho é produzir uma reflexão sobre o sofrimento psíquico quanto à inserção da “condição obesa” no contexto sociocultural.

A definição da obesidade é algo muito recente. Há cerca de trinta anos o fenômeno se alastrou por todo o planeta e conseqüentemente ganhou atenção médica. Há pouco mais de dez anos passou a ser encarado como o ‘grande desafio nutricional’ do século XXI. Contudo, sabemos que o atual interesse pelo fenômeno se deve muito mais aos gastos elevados com a saúde nos países, especialmente à associação da obesidade com as chamadas “doenças do peso”, do que a uma atitude humanitária por parte das autoridades.

A sua prevalência tem aumentado e esses números a aproximam de uma verdadeira pandemia (WHO, 2002) – ou, talvez, seria o caso dizer, de uma “globesidade”, como indica Philip James, presidente da Força Tarefa Internacional para o Estudo e Combate de Obesidade (FTIO). Dessa forma faz-se necessário compreender quais fatores estão levando ao aumento do excesso de peso no mundo, bem como colocar em foco as vivências sociais e seu impacto nas estruturas psíquicas e no próprio corpo dos sujeitos.

A condição obesa impõe severos prejuízos às pessoas. Do ponto de vista relacional, há importantes aspectos comportamentais e sociais envolvidos na dificuldade em perder peso e mantê-lo (CASTRO, MAIA, CHAVES, 2005). A presença de fatores emocionais e culturais no tratamento afeta a motivação do paciente, e seu fracasso gera uma grande frustração. Assim as atuais práticas clínicas e os diferentes tipos de controle do peso podem contribuir para o sofrimento das pessoas obesas (RIBEIRO; ZORZETTO, 2004). Especialmente, quando da ineficiência dos regimes e dietas (por exemplo, o “efeito sanfona”) e pela não-participação dos familiares durante o tratamento. Não é por acaso que entre as pessoas obesas é comum uma intensa peregrinação aos mais variados especialistas

(gastroenterologistas, endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos etc.), e esse estado de coisas pode se constituir como um símbolo do fracasso e da inadequação dessas pessoas.

O papel da cultura também é ressaltado, sobretudo na forma da discriminação e da legitimação do julgamento social que há contra as pessoas obesas. Cada vez mais as mulheres acreditam ter “defeitos” no próprio corpo, queixa que começa como uma insatisfação e pode caminhar para um distúrbio mais grave. O risco maior é que essa impressão de inadequação ganha agora um respaldo sociocultural. Especialmente entre os jovens, a queixa de descontentamento com o físico é geral, como aponta Almeida et al. (2002). Nesse sentido, a cultura é um reforçador dessa insatisfação com o corpo, alimentada no último século pela exposição contínua aos padrões de beleza estampados em jornais, revistas e programas de televisão, ou mesmo em anúncios de medicamentos e cosméticos.

Dito isso, a atual situação aponta para a importância de se estudar os aspectos psicológicos referentes à obesidade, o seu impacto no tratamento e sua relação com os contextos sociais múltiplos – família, amigos, escola, comunidade etc – a fim de minimizar o impacto abusivo e nocivo do julgamento social e do tratamento dispensado às pessoas obesas.

### SOFRIMENTO PSÍQUICO E “CONDIÇÃO OBESA”

O atual fenômeno da obesidade, intensamente divulgado e estudado, parece indicar que o fato de estar acima do peso ideal, ou seja, “a condição obesa” da pessoa, produz um intenso impacto na subjetividade. Ou seja, o diagnóstico de obesidade (sobretudo, as pessoas com obesidade mórbida) pode gerar muito sofrimento e importantes impedimentos sociais. Evidentemente que a questão não repousa sobre o diagnóstico, mas como as pessoas e a sociedade em geral lidam com o que optamos por chamar aqui de “condição obesa”.

A obesidade mórbida é reconhecida como uma condição clínica segura para recomendação cirúrgica (SEGAL; FANDIÑO, 2002), principalmente por sua associação às diversas comorbidades (COUTINHO, 1998; HALPERN, 1998; HALPERN, MANCINI, 1999; 2000; 2002; PAIVA, SILVA, 1994) tais como as doenças

cardiovasculares, endócrinas, infertilidade, doenças gastrointestinais, osteoartrites, infecções e relacionada ao surgimento de tumores. Em razão da associação com outras enfermidades, as chamadas “doenças do peso” impõem severos prejuízos à saúde das pessoas. O Nurse’s Health Study (NHS), juntamente com a American Cancer Society’s Cancer Prevention Study (ACSCPS) (PERES, 2005), indicam que altos valores de IMC estão relacionados a uma taxa elevada de mortes por todas as causas, principalmente em relação às doenças cardiovasculares. De acordo com o estudo, isso também pode ser verificado na correlação negativa entre a expectativa de vida em adultos e a obesidade.

De maneira geral, a chamada obesidade de grandes proporções gera uma piora da qualidade de vida, com maior risco de morte e frequentemente está associada ao recorrente fracasso dos tratamentos mais conservadores baseados nas dietas, nos medicamentos, na própria psicoterapia e nos exercícios físicos.

Mesmo com o avanço das técnicas cirúrgicas gástricas, cada vez mais eficientes e com efeitos indesejáveis mais toleráveis (GARRIDO JR., 2000), há importantes mudanças do ponto de vista psicológico nesses pacientes. Essa condição impõe uma exigência ao sujeito, implica mudanças na relação com seu corpo e na relação dos outros com o paciente. As possíveis conseqüências insatisfatórias de uma cirurgia de redução de estômago podem ser apreciadas de forma bem diferente pelos pacientes, o que é um grande inconveniente, pois se trata de uma construção pelos sujeitos sobre o seu “bem-estar” e não uma “constatação técnica” de “sucesso” ou “fracasso”.

Reconhece-se a gravidade e a urgência de cuidados intensivos com os pacientes que apresentam obesidade grau III (obesidade mórbida). A cirurgia é uma importante proposta de tratamento, pode se constituir como a única forma de manter a pessoa viva, contudo, deve-se ter a cautela e atenção quanto às complicações clínicas e ao possível aumento da psicopatologia antes e no pós-operatório. Como apontam Fandiño et al. (2004), observa-se um aumento da psicopatologia em pacientes gravemente obesos que procuram tratamento para emagrecer, apresentando-se principalmente na forma dos transtornos de humor e dos transtornos do comportamento alimentar. E hoje se sabe que há um importante aumento dos transtornos depressivos nas pessoas obesas que re-

correram à cirurgia de redução do estômago (Fandiño et al., 2004). Esse fato parece estar associado aos comportamentos adictos, tais como o abuso do álcool e drogas (SARGENTIM, 2005), o que indica a necessidade de uma avaliação mais criteriosa e interdisciplinar em pacientes obesos que buscam a cirurgia de redução do estômago.

Nesse sentido, os estudos médicos têm um papel importante na definição e compreensão do estudo da obesidade. Apesar de a OMS dizer que o atual incremento do excesso de peso no planeta se deve fundamentalmente às mudanças socioambientais, tais como os hábitos alimentares e o aumento da inatividade física (que leva ao balanço energético positivo), a obesidade não pode ser explicada por uma única visão.

Como apontam Almeida e Ferreira (2005), a prevalência e interpretação da obesidade no mundo têm variado ao longo do tempo, em razão de valores culturais e científicos presentes em cada sociedade. Segundo os autores, a obesidade praticamente inexistiu nas sociedades antigas, sendo um fenômeno raro em razão da intensa atividade física e da escassez de alimentos que acompanharam os seres humanos durante muitos séculos. Mas, para seu surgimento, os autores argumentam que a própria seleção natural se encarregou disso, selecionando indivíduos com mecanismos orgânicos de estocagem de nutrientes e de energia mais adaptados que os outros. Aliado a isso, as profundas mudanças nos hábitos de vida, inauguradas com a Revolução Industrial, parecem ter contribuído para o incremento da obesidade no mundo.

Em geral a sua etiologia e história natural parecem indicar uma pluralidade de fenômenos envolvidos cada qual com seu peso específico (UEHARA; MARIOS, 2005). O sobrepeso e a obesidade podem se iniciar em qualquer idade, com importantes diferenças entre os sexos e a condição socioeconômica. Nas crianças com baixo peso, no nascimento, ou muito pequenas estão mais sujeitas a desenvolver o excesso de peso e suas conseqüentes comorbidades em comparação com as crianças que nasceram com o peso normal. A amamentação também parece um fator importante. Crianças que não foram amamentadas ou que foram amamentadas por um curto período de tempo apresentam um maior risco de sobrepeso e obesidade do que crianças que foram amamentadas. E, ainda, crianças que apresentam excesso de peso em

idades mais avançadas da infância, após os três anos de idade, por exemplo, tendem a manter essa condição, ao contrário das crianças que apresentam excesso de peso antes dos três anos de idade. Com relação à adolescência, a maioria dos casos tende a se manter na idade adulta. De forma geral, segundo os autores, o surgimento da obesidade na infância e adolescência é um grande preditor de obesidade na fase adulta.

As diferenças em relação ao sexo, de acordo com Uehara e Mariosa (2005), parecem sofrer forte influência dos fatores socioeconômicos. Por exemplo, a gravidez (como um evento existencial importante), os contraceptivos (apesar de não haver dados clínicos relevantes) e a menopausa (as mudanças hormonais) parecem estar associados ao surgimento da obesidade feminina na idade adulta. Em relação aos homens, o principal fator para o incremento do excesso de peso parece estar associado aos hábitos de vida, já que eram ativos na adolescência e se tornaram mais sedentários na fase adulta.

Um outro fator importante se refere à relação entre obesidade, trabalho e escolaridade (MONTEIRO, CONDE, CASTRO, 2003; UEHARA, MARIOSAS, 2005). Até 1989, a obesidade era proporcional ao nível de escolaridade, quanto maior o nível de escolaridade maior o risco de obesidade. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1997 a situação mudou muito no Brasil (Monteiro, CONDE, CASTRO, 2003). Seguindo uma tendência comum, principalmente nos países da América Latina, o aumento da obesidade apresentou uma relação inversamente proporcional ao nível de escolaridade. Ou seja, atualmente a população com baixa escolaridade e com uma condição socioeconômica menos favorável está mais sujeita ao excesso de peso que a população mais abastada economicamente e com maior escolaridade.

As mulheres que estão desempregadas, por exemplo, formam um grupo mais propenso ao excesso de peso (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005). O impacto da obesidade na população feminina e de baixa renda no Brasil é notório. Dos 6,8 milhões de obesos no Brasil levantados pelo PNSN, 70% eram de mulheres pobres. Ao contrário, mulheres que ocupam cargos de destaque no trabalho apresentam menor risco de obesidade. Já nos homens, de acordo

com Filho (2005), nos desempregados ou em situação socioeconômica menos favorável, o efeito é inverso, embora os dados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey Data* (NHANES III/ 1989-1994), publicado no *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (1996), mostrem que o estilo de vida e o tipo de dieta nutricional, baseada num balanço energético positivo, sejam os principais responsáveis para o surgimento do excesso de peso.

De modo geral, os estudos apontam para três características importantes do predomínio da obesidade: a correlação entre o estrato socioeconômico e a obesidade; as populações urbanas apresentam um maior risco de excesso de peso em relação à população rural; uma prevalência da obesidade em minorias étnicas, em razão dos chamados hábitos de vida modernos e do balanço energético positivo (ALMEIDA; FERREIRA, 2005).

## OBESIDADE E CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Ainda que seja quase evidente o impacto das mudanças dos hábitos de vida e do comportamento alimentar no incremento da obesidade no planeta, o aumento da prevalência de sintomas psicológicos, tais como os sintomas depressivos, ansiosos e do comportamento alimentar, não é algo evidente. Constitui mesmo uma grande polêmica. Esses sintomas parecem estar relacionados com o forte julgamento social enfrentado pelos obesos (FELIPPE et al. 2004), já que são alvos de preconceito e discriminação (SEGAL; FANDIÑO, 2002), sobretudo com a constatação da influência dos meios de comunicação de massa, que dão destaque ao assunto. A sua divulgação na mídia torna-se um problema porque a questão do excesso de peso passou a ser tratada como algo a ser combatido, uma espécie de “mal moderno”. Essa atitude quase engajada e intensa do controle do peso e da estética parece reforçar ainda mais o consumo de produtos alimentícios para o emagrecimento e para o controle do peso, bem como a valorização de um determinado padrão estético-cultural (Felippe et al., 2004).

De certa forma a dinâmica social e familiar, da história íntima, particular, dá contornos próprios e específicos à obesidade. Em nossa cultura, a obesidade é tida como uma espécie de “contra-indicação” social. A mídia, por exemplo, tem um papel impor-

tante na apresentação e discussão do assunto. Contudo ela parece ter uma posição ambivalente, pois ela pode estar contribuindo para fomentar uma mudança nos hábitos alimentares de crianças e jovens, quando da intensa propagação do “estilo de vida moderno” e dos alimentos *fast-food*, instaurando uma nova “cultura alimentar” (ALMEIDA, NASCIMENTO; QUAIOTI, 2002). E, ainda, a ênfase no estereótipo de um ‘corpo ideal’, na idéia de um corpo perfeito que se aproxima cada vez mais de um modelo esguio e esbelto, na maioria dos casos, reforça a discriminação e o sofrimento das pessoas que não se ajustam a esses padrões (FELLIPE *et al.*, 2004; SERRA, SANTOS, 2003).

Os meios de comunicação e a atual ordem social reforçam a idéia segunda a qual a obesidade se tornou algo vulgar. De certa forma, ser gordo hoje é algo grosseiro. Interessante lembrar que o radical da palavra grosso é *Grossu*, em latim, que significa de grande diâmetro, de volume importante, corpulento.

Socialmente, a obesidade é condição de discriminação, e nesse ponto estamos falando de uma discriminação explícita, aberta. É comum nas entrevistas com pacientes obesos (ROSA, 2007) o relato de ofensas e injúrias sobre sua condição física. Parece que a “condição obesa” dessas pessoas é utilizada para o ataque moral e pessoal. Essa atitude discriminatória é ainda mais “pesada”, sobretudo quando realizada pelos entes queridos. Alguns estudos indicam que a obesidade se tornou um elemento de exclusão social (GOULART, 2005). Isso pode ser evidenciado pelo aumento da obesidade em mulheres de nível socioeconômico mais baixo em áreas urbanas.

Assim, para o estudo da subjetividade de pessoas obesas, devemos levar em conta as vivências sociais e seu impacto na constituição do sujeito. Apesar de se tratar de um problema físico, de excesso de gordura corporal, não deixa de ser um fenômeno multivariado, com significativa participação de fatores psíquicos e sociais. Sua explicação, sua definição, não é algo simples, mesmo que seja multifacetado, pois a possibilidade de encontrar um sinal, uma causa plausível, nem sempre é possível.

De certa forma, podemos dizer que a expressão do corpo, a expressão das formas corporais, é a expressão de si mesmo. Nesse sentido, a obesidade não pode ser reduzida a um sintoma, seja de uma disfunção genética, seja de maus hábitos alimentares ou do



estilo de vida contemporâneo. Mas se constitui um sinal ainda maior, ‘sinal do mundo interno e privado da própria pessoa que faz do seu corpo um lugar privilegiado para expressão de seu ser’. Daí a dimensão subjetiva implicada no fenômeno da obesidade.

Em nossa sociedade, a relação da pessoa com seu corpo ganhou uma importância nunca antes vista. Muito mais que a expressão de uma identidade social, da expressão de um modo de vida, o corpo agora é a própria pessoa, é a expressão psíquica do sujeito. Nesse sentido, há uma mudança no estatuto do corpo, o corpo ganhou em importância, mas, também, tornou-se mais vulnerável, mais ameaçado, seja pela discriminação sofrida, seja pelo sofrimento advindo da relação dos sujeitos com seus corpos, sentidos como “inadequados”.

Com base nessas considerações, a obesidade se tornou uma verdadeira ‘*enfermidade social*’ (ALMEIDA, NASCIMENTO; QUAIOTI, 2002). Sem dúvida, as vivências sociais produzem um impacto na constituição do sujeito. Nesse sentido, a cirurgia aparece no contexto como um ganho, como uma mudança de vida. Um corte, uma ruptura radical, um salto para uma outra vida, como apresentado nas entrevistas com pacientes que se submeteram à cirurgia de redução do estômago (ROSA, 2007). Os sujeitos buscam mesmo construir uma nova história. Não se trata, como no caso da doença, de um sujeito doente que clama ao seu médico que lhe restitua o estado de saúde anterior, mas de um pedido, de um desejo de promover um novo “estado de coisas”, uma nova vida, em alguns casos, uma nova identidade.

Contudo, nada disso impede que uma tal mudança fracasse ou tenha resultados insuficientes, pois a modificação corporal tão esperada não garante uma “vida nova”. Eis uma tarefa árdua e difícil no tratamento de pessoas obesas, ou seja, ‘mobilizar os desejos que agem nos sujeitos e que esperam por serem elaborados enquanto fala’, enquanto representação. O novo expediente imposto pela mudança corporal revela o drama em que essas mulheres se encontram e, com efeito, o regime de que falam não é físico, mas o de suas vidas, na forma de reger suas vidas, na “maneira de viver” e construir suas próprias histórias.

Tarefa angustiante e sobre-humana, delegada ao outro (seja o médico, o psicólogo, ou seja, ao discurso perito) para que faça uma reconstrução de sua história pessoal, para que mude a vida e que,

nesse caso, seja da forma mais radical, que seja um verdadeiro “corte em sua história”. É bem verdade que se trata de uma tentativa, repetitiva de “conciliação” frustrada consigo mesmo, impossível se condicionada à mudança física, mas oportuna ao sujeito se ele constatar seus investimentos, seus desejos. Que se trate de uma via simbólica, limitada, mas não menos admissível para ele se questionar, se confrontar com sua falta, portanto, com sua própria história.

## Referências

ALMEIDA, B. de.; FERREIRA, S. R. G. Epidemiologia. In: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Manole, 2005. p. 185-194.

ALMEIDA, G. A. N. de et al. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 2, p. 283-292, 2002.

ALMEIDA, S. DE S., NASCIMENTO, P. C. B. D.; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 353-355, 2002.

ÁRIES, P.; DUBY, G. *História da vida privada: da primeira guerra a nossos dias*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

CASTRO, J. M. B. de; MAIA, M. M. de; CHAVES, E. M. et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, v. 1, n. 1, p. 59-67, 2005.

COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto alegre: Artmed, 1998. p. 197-202.

FANDIÑO, J. et al. Bariatric surgery: clinical, surgical and psychiatric aspects. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FELIPPE, F. M. L. et al. O peso social da obesidade. Comunicação e Saúde: *Revista Digital*, v. 1, n. 1, 2004.

FELIPPE, F. M. L. et al. Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. *Revista acadêmica do grupo comunicacional de São Bernardo: publicação digital*, v. 1, n. 2, 2004. Disponível em: <[http://www2.metodista.br/unesco/GSB/artigo\\_](http://www2.metodista.br/unesco/GSB/artigo_)>. Acesso em: dez. 2007. [obesidade\\_mídia.pdf](#).

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo: um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005.

FILHO, F. F. R. (2005). Avaliação clínica. In: Claudino, A. de M.; ZANELLA, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Manole, 2005. p. 227-234.

GARRIDO JR., A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica.*, v. 44, n. 1, p. 106-110, 2000.

GOULART, A. C. *Obesidade e fatores associados numa amostra de mulheres em área de exclusão social, na cidade de São Paulo: correlação com índices antropométricos*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP), 2005.

HALPERN, A. Obesidade: considerações terapêuticas. In: MEDEIROS-NETO, G. (Org.). *Obesidade: uma nova fronteira metabólica*. São Paulo: Ache, 1998. p. 160-165.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. Como diagnosticar e tratar a obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 56, p. 131-140, 1999.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. *Manual de obesidade para o clínico*. São Paulo: Roca, 2002.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 7, n. 2, p. 166-171, 2000.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. de. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 67-75, 2003.

PAIVA, L. M.; SILVA, A. M. A. P. N. *Medicina psicossomática: psicopatologia e terapêutica*. São Paulo: Artes Médicas, 1994.

PERES, R. B. Prejuízos à saúde impostos pela obesidade. In: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Manole, 2005. p. 211-218.

RIBEIRO, M.; ZORZETTO, R. O avesso de Narciso. *Revista Pesquisa Fapesp*, v. 103, 2004.

ROSA, T. do V. *Estudo do sofrimento psíquico em pessoas obesas que recorreram à cirurgia de redução do estômago*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2007.

SALVE, M. G. C. Obesidade e peso corporal: riscos e conseqüências. *Movimento e Percepção*, v. 6, n. 8, p. 29-48, 2006.

SARGENTIM, M. D. F. O vazio do homem da pós-modernidade: uma reflexão sobre as influências dos comportamentos adictos no paciente portador obesidade mórbida. *Psicologia Hospitalar*, v.3, n. 1, p. 19-39, 2005.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Bariatric surgery indications and contraindications. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, p. 68-72, 2002.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

UEHARA, M. H.; MARIOSAS, L. S. S. Etiologia e história natural. In: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Manole, 2005. p. 195-202.

WHO. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: *Thecnical Report Series*, 916. Geneva: WHO, 2002.

*Abstract: the aim of the present paper is to produce a reflexion about the psychic suffering to insertion of the obese condition in the sociocultural context. In our culture the obese condition is considered as a specie of “social contra indication”, mainly in the discriminationform and legitimation of the social judgment. More and more women believe about imperfection in their own body, complaint that starts as a unsatisfaction and can evolve to a more serious disturbance. In spite of the progress of the gastric surgery technics, even more efficient, there are important changes of the psychologic point of viewin these patients. The bariatric sugery implies changes in the relation with his/her body and with each others and the possible unsatisfactory consequences can be appreciated in a very different way, by patients, because refers to a construction about their well being and nor about a technic confirmation about success or failure. Anguishing and difficult of conciliation task with himself/herself; impossible if conditioned to the physics change but opportune to the subject if he verifies his investments, his desires that deal with a symbolic via, limited, but not less admissible to him to make questions, confront with his fault, therefore, with his own history.*

*Key words: psychic suffering, obese condition, bariatric surgery, discrimination and social judgment*

Este artigo é uma versão sintetizada da dissertação de mestrado e está inserido dentro do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Goiás e con-

tou com a orientação e colaboração da professora Dra. Denise Teles Freire Campos.

**THYAGO DO VALE ROSA**

Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás. Docente da Universidade Católica de Goiás.

**DENISE TELES FREIRE CAMPOS**

Doutora em Psicopatologia pela Université Aix-en-Provence – França. Docente do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Goiás.