

Demandas psicológicas de pacientes pós-bariátrica em hospital de referência do Recife**Psychological demands of post-bariatric patients in a referral hospital in Recife****Demandas psicológicas de pacientes postbariátricos em um hospital de referência de Recife**

DOI:

Originals received: xx/xx/yyyy

Acceptance for publication: xx/xx/yyyy

Mônica Cristina Batista de Melo

Doutora em Saúde Materno Infantil

Instituição de formação: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

Endereço: Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: monicamel@fps.edu.br

Niara Lacerda Silveira

Graduanda do 8º período do curso de Psicologia

Instituição de formação: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: niara.lacerda@hotmail.com

Mariana Braga Netto Lira Maranhão Lacerda

Graduanda do 7º período do curso de Psicologia

Instituição de formação: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: marianabragalira@gmail.com

RESUMO

Introdução: A obesidade constitui um grave problema de saúde pública, frequentemente tratada pela cirurgia bariátrica. Contudo, os impactos emocionais no pós-operatório permanecem pouco explorados. **Objetivo:** Analisar as demandas psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, considerando vivências de reganho de peso, ansiedade, depressão e compulsão alimentar. **Método:** Estudo qualitativo e descritivo realizado entre outubro de 2024 e setembro de 2025, participaram 11 pacientes adultos submetidos à

gastroplastia, de ambos os sexos, em atendimento psicológico no Laboratório de Avaliação Psicológica do Ambulatório de Psicologia de um hospital de referência de Recife/PE. Foram aplicados questionário, para o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, e duas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo e pela Técnica de interpretação do Teste de Apercepção Temática - TAT, desenvolvido por Henry Murray. **Resultados:** Emergiram quatro categorias principais: (1) experiência cirúrgica e preparação; (2) vivências emocionais no pós-operatório; (3) percepções sobre ansiedade e depressão; (4) compulsão alimentar e estratégias de enfrentamento. Os relatos evidenciaram ganhos em autoestima e inclusão social, mas também dificuldades emocionais, risco de reganho de peso e substituição de compulsões. **Conclusão:** A cirurgia bariátrica representa um marco de transformação na vida do sujeito, mas não garante estabilidade emocional e comportamental. Destaca-se a necessidade de acompanhamento psicológico contínuo para promover simbolização, ressignificação e sustentação dos resultados no longo prazo.

Palavras-chave: Obesidade. Compulsão alimentar. Ansiedade. Depressão. Psicanálise.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a serious public health problem, frequently treated through bariatric surgery. However, the emotional impacts in the postoperative period remain underexplored. **Objective:** To analyze the emotional demands of patients undergoing bariatric surgery, considering experiences of weight regain, anxiety, depression, and binge eating disorder. **Method:** A qualitative and descriptive study was conducted over a 12-month period with 11 adult patients of both sexes who had undergone gastroplasty and were receiving psychological care at the Psychological Assessment Laboratory of the Psychology Outpatient Clinic of a reference hospital in Recife, Brazil. Data collection included a sociodemographic and clinical questionnaire, as well as two semi-structured interviews, analyzed through Minayo's Thematic Content Analysis and the Thematic Apperception Test (TAT) interpretation technique, developed by Henry Murray. **Results:** Four main categories emerged: (1) surgical experience and preparation; (2) emotional experiences in the postoperative period; (3) perceptions of anxiety and depression; (4) binge eating and coping strategies. The reports highlighted improvements in self-esteem and social inclusion, but also emotional difficulties, risk of weight regain, and substitution of compulsive behaviors. **Conclusion:** Bariatric surgery represents a transformative milestone in patients' lives, but it does not guarantee emotional and behavioral stability. Continuous psychological support is essential to promote symbolization, re-signification, and the long-term maintenance of results.

Keywords: Obesity. Binge-eating disorder. Anxiety. Depression. Psychoanalysis.

RESUMEN

Introducción: La obesidad constituye un grave problema de salud pública, tratada con frecuencia mediante la cirugía bariátrica. Sin embargo, los impactos emocionales en el posoperatorio siguen siendo poco explorados. **Objetivo:** Analizar las demandas emocionales de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, considerando experiencias de recuperación de peso, ansiedad, depresión y trastorno por atracón. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo y descriptivo durante un período de 12 meses con 11 pacientes adultos de ambos sexos que se habían sometido a gastroplastia y recibían atención psicológica en el Laboratorio de Evaluación Psicológica del Ambulatorio de Psicología de un hospital de referencia en Recife, Brasil. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y clínico, además de dos entrevistas semiestructuradas, analizadas mediante el Análisis de Contenido Temático de Minayo y la técnica de interpretación del Test de Apercepción Temática (TAT), desarrollado por Henry Murray. **Resultados:** Surgieron cuatro categorías principales: (1) experiencia quirúrgica y preparación; (2) vivencias emocionales en el posoperatorio; (3) percepciones sobre ansiedad y depresión; (4) compulsión alimentaria y estrategias de afrontamiento. Los relatos evidenciaron mejoras en la autoestima y la inclusión social, pero también dificultades emocionales, riesgo de recuperación de peso y sustitución de compulsiones. **Conclusión:** La cirugía bariátrica representa un hito de transformación en la vida del paciente, pero no garantiza estabilidad emocional ni conductual. Se resalta la necesidad de un acompañamiento psicológico continuo para promover la simbolización, la resignificación y la sostenibilidad de los resultados a largo plazo.

Palabras claves: Obesidad. Trastorno de la compulsión alimentaria. Ansiedad. Depresión. Psicoanálisis.

1 INTRODUÇÃO

Até 2025, estima-se que a população mundial deve chegar em 700 milhões de pessoas com obesidade (Mapa da obesidade, 2018). Os números alertam para um dos principais problemas de saúde pública (Xavier et al., 2019), visto que a obesidade é uma doença crônica, de causas múltiplas e complexas, associada a uma séria implicação na morbimortalidade no sistema público de saúde (Mancini, 2020). Esse diagnóstico apresenta vastos impactos, devido ao excesso de gordura corporal e à sucessão de comorbidades, como doenças cardiovasculares e diabetes tipo II (Silva et al., 2020).

O controle dessa epidemia é observado através do Índice de Massa Corporal (IMC), prognosticador estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), calculado pela razão entre o peso em quilogramas e o quadrado

da altura (kg/m²). Para classificar a população, a OMS declara como obesidade, os valores a partir de 30 kg/m² (Mancini, 2020).

Apesar da definição de obesidade ser baseada pela computação de gordura do tecido adiposo, há fatores genéticos, emocionais, econômicos e culturais que se apoiam nesse resultado (Silva et al., 2020). Dessa forma, o cuidado exige mudanças, não só nos fatores dietéticos, bem como, na atenção aos comportamentos da relação do indivíduo com o seu corpo e mente (Mancini, 2020).

Segundo o exposto, faz-se necessário a incorporação de atividades físicas e práticas saudáveis no cotidiano desses pacientes, para que o combate à obesidade seja implementado. Entretanto, estudos revelam que a maior parte dos obesos não consegue alcançar êxito frente a essas orientações, compreendendo que fatores psicológicos também apresentam correlação positiva no processo de adaptação aos novos estilos de vida (Freitas, 2022).

É diante da complexidade dessa doença grave, que a cirurgia bariátrica, aliada a mudanças comportamentais, tornou-se um procedimento fundamental para a redução do peso e manutenção no longo prazo (Mancini, 2020). Essa cirurgia é utilizada quando outros modos para diminuição de peso já foram testados sem resultados positivos. Contudo, o sucesso não é avaliado apenas pelo peso e melhora das comorbidades, mas também pelas mudanças significativas nos estados emocionais, relações sociais e funcionalidades diárias (Freitas, 2022; Arruda; Padilha; Barros, 2022).

Para que esses desfechos venham a ser positivos, é preciso que os pacientes sejam acompanhados por uma equipe multiprofissional no pré e pós-operatório. A avaliação psicológica nesse contexto, visa observar o comprometimento/adesão com as etapas necessárias, tornando-se importante o acompanhamento psicológico nesse processo (Xavieret al., 2019; Silvaet al., 2020). Visto que, tanto o paciente precisa estar apto para submissão da cirurgia, quanto para dar continuidade às mudanças resultantes desse tratamento, como as mudanças na imagem corporal, organização da rotina, atividades físicas, reeducação alimentar, cuidados mentais e, em alguns casos, suplementação vitamínica (Delapria, 2019).

Dentre esses processos, um dos maiores desafios da cirurgia bariátrica são as consequências psicológicas e psiquiátricas no longo prazo, já que a obesidade é um sintoma da dinâmica biopsicológica do sujeito, muitas vezes desenvolvida desde o início da vida. No pós-cirúrgico, a maior parte desses pacientes passa por um período inicial de “lua de mel”, onde sentem-se vitoriosos por superar os primeiros meses e perder peso significativo. Porém, com o passar do tempo, percebem novas dificuldades (Magdaleno; Chaim, Turato 2009).

Depois de alguns meses, o sentimento prazeroso pode ser substituído por vazio ou medo de readquirir peso. Para a psicanálise, angústias subjacentes podem surgir e, caso não ocorra acompanhamento psicológico, a psicodinâmica pode encontrar novas vias, sendo expressas em outros sintomas, como comportamento alimentar com risco ao reganho de peso, depressão, ansiedade e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (Magdaleno; Chaim, Turato 2009).

Estudos apontam o consenso na observação da incidência de reganho de peso após meses da cirurgia bariátrica, tornando-se uma preocupação na clínica da obesidade. A sua ocorrência surge por motivos diversos, dentre eles, a instabilidade emocional, as dificuldades em seguir orientações e estabelecer mudanças de estilo de vida (Siqueira; Zanotti, 2017; Kortchmaret al., 2018; Nery; Câmera; Silveira, 2021).

No que diz respeito à depressão, esta dar-se por uma redução da expressividade afetiva (Dalgalarrodo, 2019). De acordo com o DSM 5-TR, os transtornos depressivos apresentam a presença de humor triste, vazio ou irritável, juntamente com alterações somáticas e cognitivas que prejudicam consideravelmente a funcionalidade do paciente (Association, 2023). A psicanálise associa a depressão ao desinteresse do sujeito pelo mundo exterior, devido uma dor ou trauma vivenciado. Um estado marcado no contemporâneo pelo sofrimento por altas expectativas de padrões de beleza, individualismo e consumo, havendo pouco espaço para aceitação das faltas inerentes ao indivíduo (Mendes; Viana; Bara, 2014).

A ansiedade, por sua vez, refere-se a um estado de humor desconfortável, com preocupações a respeito do futuro e incertezas (Dalgalarrodo, 2019). Esse

sintoma pode transformar-se num transtorno, quando a presença do medo, ansiedade e perturbações comportamentais se torna excessiva, conforme o DSM 5-TR (Association, 2023). Na visão psicanalítica, a intensidade varia para cada sujeito, a partir das vivências e frustrações ao longo da vida, podendo acometer ao paciente após a cirurgia bariátrica por motivações do passado ou do momento atual (Munhozet al., 2021).

Quanto ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, este caracteriza-se pela alimentação em maior quantidade quando comparado a outros indivíduos sob circunstâncias similares, durante um tempo determinado, como descrito no DSM 5-TR (Association, 2023). No que se refere ao assunto, a abordagem psicanalítica considera o agir compulsivo como atos-sintomas que diminuem o sofrimento psíquico, buscando uma compensação para essa dor, seguido de sentimento de culpa e perda do controle (Almeida; Zanatta; Rezende, 2012). Ademais, a compulsão alimentar pode ser substituída por outros objetos, como álcool, jogos e compras ou sexo (Farah; Castanho, 2018).

Dessa forma, os grandes impactos posteriores à cirurgia exigem que o paciente se esforce para lidar com a imagem do seu novo corpo e as emoções que venham a surgir, sendo importante a atuação da Psicologia para facilitar e fomentar a adesão do paciente ao tratamento, assim como a compreensão de si na sua nova versão corporal. A ação do psicólogo nessa etapa visa ouvir as demandas, estimular que o paciente revisite sua identidade, desejos e desconfortos, seja ativo e responsável na vivência do pós-operatório (Dias, 2015).

Essa experiência intersubjetiva envolve a liberação de pensamentos inconscientes, onde os comportamentos e as dificuldades emocionais podem ser ressignificados e compreendidos pelo paciente. A partir desse acompanhamento, uma autorreflexão oportuniza ao paciente a recriação de si mesmo, com potencial de um novo ser (Ogden, 1994).

A presente pesquisa objetivou analisar as demandas emocionais dos pacientes após cirurgia bariátrica, referentes à história de reganho de peso, depressão, ansiedade e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.

2 MÉTODO

O estudo, de abordagem qualitativa e descritiva, teve como objetivo compreender a vivência subjetiva de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio da análise interpretativa de seus relatos em dois tipos de entrevistas. A pesquisa foi desenvolvida entre outubro de 2024 e setembro de 2025.

A população foi composta por pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em atendimento psicológico após cirurgia bariátrica, no Laboratório de Avaliação Psicológica de um hospital de referência do Recife. O total de participantes foi definido pelo método de saturação de conteúdo, incluindo aqueles cujos dados passaram a apresentar repetição temática (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). Foram excluídos pacientes com menos de seis meses de pós-operatório.

A coleta de dados ocorreu em encontros presenciais, com duração aproximada de 30 minutos cada, conduzidos individualmente. Inicialmente, os participantes responderam a um questionário com informações sociodemográficas e clínicas. Em seguida, foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas, ambas gravadas em áudio.

A primeira entrevista foi composta por perguntas disparadoras sobre a trajetória do tratamento cirúrgico da obesidade, as experiências emocionais após a cirurgia e a vivência de sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e alterações no comportamento alimentar ao longo do processo de emagrecimento.

Na sequência, foi realizada a segunda entrevista, que utilizou uma estratégia projetiva. Os participantes foram convidados a selecionar, em seus aparelhos celulares, três imagens que representassem sintomas de: (1) ansiedade; (2) depressão; e (3) comportamento alimentar inadequado.

Com base nessas imagens, solicitou-se que elaborassem uma narrativa com início, meio e fim, de modo a expressar simbolicamente suas percepções e experiências. As imagens foram preservadas pelos pesquisadores e as narrativas gravadas, possibilitando, por meio da interpretação do material, a identificação de conteúdos inconscientes e de aspectos subjetivos relacionados

à vivência no pós-operatório, em consonância com os pressupostos do Teste de Apercepção Temática (TAT).

O material coletado (questionários e áudios) foi lido, transscrito, digitalizado e armazenado em local seguro, garantindo a confidencialidade dos dados. A análise da primeira entrevista foi realizada segundo a proposta da análise de conteúdo temática, desenvolvida em três etapas: leitura compreensiva do material, categorização das unidades de análise e construção de temas; exploração e organização dos conteúdos; e interpretação dos padrões emergentes (Deslandes; Gomes; Minayo, 2009). A análise das narrativas obtidas a partir das imagens foi baseada no método de interpretação do TAT, permitindo maior aprofundamento da compreensão das experiências relatadas (Murray, 1943).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CEP-IMIP), conforme parecer nº 7.412.474 e CAAE nº 85470124.4.0000.5201, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar a identidade dos participantes, foram utilizadas as siglas iniciais de seus nomes.

3 RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu entre os dias 17 de março e 18 de abril de 2025, totalizando 11 participantes submetidos à cirurgia bariátrica, sendo dez do sexo feminino e um do sexo masculino. Essa predominância feminina é amplamente documentada em investigações nacionais, como a de Barros et al. (2019), que identificaram maior presença de mulheres na fila de espera para o procedimento, fenômeno frequentemente associado a fatores socioculturais e à maior busca feminina por cuidados em saúde (Busetto et al., 2014).

A faixa etária variou entre 24 e 68 anos, sendo a maioria pertencente a faixa etária entre 47 e 68 anos. Essa amplitude etária indica que a obesidade demanda intervenção cirúrgica em diferentes momentos do ciclo da vida. Nóbrega et al. (2020) também observaram diversidade etária entre pacientes bariátricos, embora com maior concentração em faixas intermediárias, enquanto

Marsonet al. (2020) registraram casos desde a juventude até idades mais avançadas, corroborando a heterogeneidade observada no presente estudo.

Quanto ao estado civil, cinco participantes se declararam solteiras, quatro casadas ou em união estável, uma divorciada e uma viúva. Brandão et al. (2022) encontraram predominância de casados entre pacientes bariátricos, o que difere parcialmente dos dados aqui apresentados, onde solteiros e casados apresentaram quantitativos similares, porém, considerando a sutil diferença dos resultados, é possível pensar que fatores relacionais e de suporte social podem variar no contexto da obesidade, refletindo-se nos perfis amostrais.

Em relação à escolaridade, duas pessoas possuíam ensino fundamental incompleto, uma, ensino fundamental completo, seis ensino médio completo e duas ensino superior. Quanto à composição domiciliar, uma pessoa residia sozinha; cinco moravam com uma única pessoa (filho, cônjuge ou mãe) e outras cinco com dois ou mais familiares. Sobre a localização geográfica, apenas um indivíduo residia na cidade do Recife, seis na Região Metropolitana e quatro no Agreste Pernambucano.

Em relação à renda, uma participante relatou não possuir fonte de subsistência, uma, referiu o benefício do Bolsa Família, duas tinham renda inferior a um salário mínimo, duas recebiam um salário mínimo e cinco declararam renda superior a esse valor. No que se refere à religião, sete participantes se identificaram como católicos, dois como evangélicos, um como pertencente a outra religião e um relatou não possuir religião.

Embora as pesquisas não detalhem todos esses aspectos referentes ao perfil sociodemográfico, há consenso de que variáveis socioeconômicas influenciam tanto no acesso ao tratamento quanto na adesão às recomendações pós-operatórias (Barros et al., 2019; Nóbrega et al., 2020; Brandão et al., 2022).

Quanto ao histórico clínico, uma pessoa não referiu comorbidades antes da cirurgia. As demais relataram condições como hipertensão, diabetes, pré-diabetes, dores musculoesqueléticas, insônia, edemas, arritmia cardíaca e hérnia umbilical. Esse perfil converge com o descrito por Brandão et al. (2022), que destacam a alta prevalência de doenças metabólicas em pacientes bariátricos, e também com análises internacionais, segundo as quais a cirurgia

bariátrica representa intervenção eficaz não apenas na redução do peso, mas também no controle de comorbidades associadas (Busetto et al., 2014).

Em relação ao tempo decorrido da cirurgia, três participantes haviam sido operados há mais de um ano, duas há mais de dois anos, três há mais de três anos e outras três há mais de cinco anos. Sete procedimentos foram do tipo Bypass gástrico em Y de Roux (64%) e quatro do tipo Sleeve (36%). A distribuição é compatível com o panorama nacional, no qual o Bypass permanece como técnica predominante, embora o Sleeve tenha aumentado sua representatividade nos últimos anos (Marques; Silva, 2025).

Na evolução referente a eliminação do peso, dez participantes relataram perda entre 25% e 45% do peso inicial, enquanto um mencionou reganho. Resultados semelhantes foram descritos por Marques e Silva (2025), que evidenciaram manutenção da perda ponderal em longo prazo, ainda que o reganho seja possível em casos de baixa adesão às recomendações clínicas e nutricionais. A literatura reforça que, mesmo com o sucesso da cirurgia, o acompanhamento multiprofissional é determinante para evitar complicações e recaídas (Nóbrega et al., 2020).

Por fim, em relação ao uso de medicamentos, duas pessoas não utilizavam fármacos, quatro faziam uso exclusivo de suplementos nutricionais, outras quatro, suplementos e medicações como quetiapina e citomegranate; fluoxetina e simvastatina; bupropiona, venlafaxina e topiramato, sem suplementação. Esse panorama confirma a relevância da adesão farmacológica e suplementar descrita por Nóbrega et al. (2020), uma vez que tais condutas são essenciais para prevenir deficiências nutricionais e sustentar os benefícios clínicos do procedimento.

Quanto aos resultados das análises das entrevistas, no que se refere à análise temática de conteúdo (Minayo, 2009) da primeira entrevista, realizada com 11 participantes submetidos à cirurgia bariátrica, foi possível identificar quatro categorias temáticas: (1) experiência com o processo cirúrgico e preparação; (2) vivências emocionais no pós-operatório; (3) percepções sobre depressão e ansiedade; (4) compulsão alimentar e estratégias de enfrentamento.

Experiência com o processo cirúrgico e preparação: A trajetória até a realização da cirurgia foi marcada por longos períodos de espera, exigências médicas e necessidade de perda de peso prévia. A fala de uma participante ilustra essa vivência: “*passei 1 ano e 5 meses esperando pra ser chamada para fazer a cirurgia*” (EBL). Além disso, destacou-se o esforço exigido dos pacientes para a perda de peso prévia, como relatado por MJSF: “*tive que perder de 5 a 12 quilos*”. Para além das dificuldades enfrentadas nesse percurso, os relatos evidenciam a percepção da cirurgia como uma oportunidade de transformação pessoal e um verdadeiro “recomeço”, associado à retomada da saúde e da dignidade. Nesse sentido, participantes afirmam que a intervenção foi a “*melhor coisa da minha vida*” (LCAC), permitindo reconstruir sentidos e projetos de existência. Tais achados corroboram a literatura recente, como aponta Costa et al. (2024), ao destacar que a cirurgia bariátrica não se restringe a uma intervenção médica, mas configura-se como um marco simbólico na reconstrução da identidade e no fortalecimento da saúde mental de pessoas com obesidade.

Vivências emocionais no pós-operatório: As experiências emocionais relatadas pelos participantes variaram entre satisfação, alívio e bem-estar, mas também envolveram sentimentos de tristeza e dificuldades de adaptação no início do processo. Uma participante sintetiza essa vivência ao afirmar: “*O início foi muito difícil*” (MNFN). Esse período inicial, especialmente durante a fase de dieta líquida, foi descrito como desafiador, despertando desejo de mastigar e gerando frustração, conforme relatado: “*Só tinha vontade de comer (...) mastigava muito gelo*” (EBL). Apesar dessas dificuldades, prevaleceu a percepção de transformação positiva, marcada pela melhora da autoestima, da mobilidade e da qualidade de vida. Como expressou LCAC: “*Hoje em dia eu me sinto uma pessoa saudável*”. Esses achados evidenciam a complexidade emocional que acompanha o pós-operatório da cirurgia bariátrica, revelando tanto os desafios da adaptação quanto os ganhos associados à experiência. Resultados semelhantes foram identificados por De Souza Neta (2022), ao destacar que as emoções exercem papel central no processo de adaptação e influenciam diretamente o risco de reganho de peso.

Percepções sobre depressão e ansiedade: A depressão foi compreendida de maneiras distintas entre os participantes. Para alguns, não esteve presente em sua trajetória, como relatado por TMSA: “*Depressão (...) nunca passei não*”. Para outros, contudo, esteve marcada por isolamento, medo, desesperança e necessidade de tratamento medicamentoso, como exemplifica ARB: “*Minha depressão já veio depois, por conta do ganho de peso*”. A ansiedade, por sua vez, configurou-se como um tema transversal, aparecendo antes, durante e após a cirurgia. Ela se manifestou na expectativa pela realização do procedimento, expressa na fala de AASB: “*Noite sem dormir (...) será que vai dar certo, será que minha vez vai chegar*”, também esteve presente no medo do reganho de peso e em sintomas como insônia, irritabilidade e mudanças de humor. Em alguns casos, a ansiedade desencadeou comportamentos substitutivos, como relatou MJSF: “*Fiquei (...) viciada em compras*”. Esses resultados reforçam a compreensão de que a ansiedade é uma das manifestações psicológicas mais frequentes no contexto da cirurgia bariátrica, demandando acompanhamento sistemático para prevenir recaídas e complicações emocionais, como já apontado por Nascimento et al. (2025).

Compulsão alimentar e estratégias de enfrentamento: Sinais de compulsão alimentar foram percebidos de forma heterogênea entre os participantes. Alguns relataram não vivenciar o problema, enquanto outros o associaram diretamente à ansiedade ou a períodos de estresse. Nesse sentido, AJFS afirmou: “*A gente tenta lutar contra a compulsão, diariamente (...) tem dias que quando você tá no pico do estresse, eu não consigo controlar*”. Participantes como MFCB e ARB relataram episódios compulsivos no período pré-cirúrgico, ressaltando, contudo, maior controle após a cirurgia. A fala de MFCB ilustra essa experiência: “*Antes (...) a gente tem compulsão de comer, tudo que vem quer comer, quanto mais quantidade, mais a gente come*”. Entre as estratégias de enfrentamento, destacou-se a busca por apoio psicológico, considerada fundamental no manejo da compulsão. Conforme relatado por TMSA: “*Tem que ser na psicóloga merma pra ajudar e foi isso que me ajudou*”. Além disso, a prática de atividade física e o autopolicíamento alimentar emergiram como recursos importantes na adaptação pós-cirúrgica. Esses achados estão em consonância com

Nascimento et al. (2025), que identificaram a compulsão alimentar como uma dificuldade recorrente no acompanhamento de pacientes bariátricos, destacando a relevância do suporte multiprofissional no processo de prevenção e enfrentamento desse quadro.

Quanto aos resultados das análises da segunda entrevista utilizou-se o modelo proposto no processo de interpretação do Teste de Apercepção Temática (TAT). Esse teste projetivo, utiliza como recurso para acessar as dimensões subjetivas a identificação das necessidades, conflitos, ansiedades e dinâmica dos mecanismos de defesa por meio da análise do ‘herói’, entendido no teste como o protagonista nas narrativas (Murray, 1943).

No caso do presente estudo, a análise se concentrou nas experiência pós-cirurgia bariátrica onde os participantes expressaram percepções ligadas à ansiedade, depressão, reganho de peso e comportamento alimentar. Através das histórias contadas, conteúdos inconscientes relacionados ao processo de emagrecimento foram revelados a partir das imagens escolhidas, como é possível perceber no quadro abaixo.

Quadro 1. Categorias temáticas emergentes da Entrevista 2 e as necessidades identificadas

Categoria Temática	Exemplo de Imagem / Narrativa	Achado Principal	Necessidades Identificadas
Transformação corporal e identidade	Imagens de antes/depois; narrativas sobre “nova vida”	Transformação de elementos da identidade e reconstrução da autoimagem	Necessidade de vivenciar uma nova imagem e um corpo magro; elaboração simbólica da passagem de um “eu obeso” para um “novo eu”.
Compulsão alimentar pré-cirurgia	Imagens de doces e <i>fast food</i> ; falas sobre “comer muita besteira”	Associação entre ansiedade/depressão e compulsão	Necessidade de trocar padrões alimentares; lidar com a compulsão como expressão de conflitos emocionais; autocontrole frente à ansiedade.
Autoestima e relações sociais	Imagens de socialização; falas sobre maior vaidade e valorização conjugal	Melhora psicossocial após perda de peso	Necessidade de aceitação social e pertencimento; elaboração dos sentimentos de rejeição anteriores; valorização afetiva e conjugal.
Reganho de peso	Narrativas de “recomeço” e retomada de dietas	Risco de recaída e necessidade de acompanhamento	Necessidade de manter o corpo magro e manter vigilância permanente; reduzir o medo do fracasso e da perda da nova identidade.
Estigma e preconceito	Relatos de vergonha em público	Sofrimento psíquico associado ao estigma social	Necessidade de reconhecimento e respeito; elaborar o sofrimento causado pelo olhar

Categoria Temática	Exemplo de Imagem / Narrativa	Achado Principal	Necessidades Identificadas
			social; aceitação de si e de reduzir o sentimento de constrangimento, a vergonha internalizada.

Fonte: Ambulatório de Saúde Mental de um hospital de referência na cidade de Recife (2025).

Um dos principais achados nesse processo de análise, foi a associação das imagens escolhidas com fotos pessoais de antes e depois da cirurgia, utilizadas para simbolizar a transformação corporal e aspectos da identidade. Esse dado reforça a literatura que discute a cirurgia como um marco de ruptura e/ou transformação, representando não apenas mudanças físicas, mas também a reconstrução da autoimagem e da autoaceitação (Rodrigues & Mendonça, 2023).

Outro aspecto recorrente foi a relação entre transtornos emocionais e sintomas de compulsão alimentar. Muitos participantes relataram ter vivenciado episódios de ansiedade e depressão associados ao consumo excessivo de alimentos calóricos, principalmente doces. Esse achado é consistente com revisões que apontam a elevada prevalência de sintomas de compulsão alimentar entre candidatos à cirurgia bariátrica, e como o procedimento pode, em alguns casos, atenuar ou modificar tais comportamentos (Trooboff et al., 2019).

As narrativas revelaram ainda impactos significativos sobre a autoestima e relações sociais. Muitos participantes descreveram melhora na vaidade, no convívio conjugal e no reconhecimento social após a perda de peso. Esse resultado corrobora evidências de que a cirurgia bariátrica frequentemente melhora indicadores psicossociais, promovendo maior inclusão e sensação de valorização (Costa et al., 2024).

No entanto, também foram identificados relato de reganho de peso e de necessidade de controle alimentar. Essa experiência demonstra que, apesar dos efeitos positivos, a cirurgia não representa uma solução definitiva, sendo necessária a manutenção de acompanhamento psicológico e nutricional para prevenção de recaídas (Rodrigues & Mendonça, 2023).

Por fim, emergiram falas ligadas à estigmatização e exclusão social vividas antes da cirurgia, evidenciando que a obesidade é atravessada por

experiências de preconceito e constrangimento. Tais achados estão em consonância com estudos que descrevem o peso do estigma social como fator de sofrimento psíquico e motivação para busca do procedimento (Trooboffet al., 2019).

De forma geral, a análise temática das narrativas projetivas demonstra que a cirurgia bariátrica é vivida como um ponto de inflexão, capaz de favorecer autoestima e inclusão social, mas também permeada por desafios emocionais, comportamentais e de manutenção de resultados.

4 DISCUSSÃO

A discussão dos achados desta pesquisa buscou articular os resultados obtidos nas entrevistas, a partir da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (entrevista 1) e na técnica projetiva inspirada no Teste de Apercepção Temática (entrevista 2), de modo a compreender de forma mais abrangente as demandas psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, em hospital de referência no Recife.

Na análise da entrevista 1 emergiram quatro eixos temáticos principais: (1) experiência com o processo cirúrgico e preparação; (2) vivências emocionais no pós-operatório; (3) percepções sobre depressão e ansiedade; e (4) compulsão alimentar e estratégias de enfrentamento (Minayo, 2009). Esses eixos evidenciaram tanto as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no processo de preparação para a cirurgia, como os desafios subjetivos relacionados à adaptação emocional, ao manejo da ansiedade e à possibilidade de recaídas compulsivas.

Na entrevista 2, que utilizou recursos imagéticos e narrativos projetivos, emergiram categorias complementares: transformação corporal e identidade; compulsão alimentar pré-cirurgia; autoestima e relações sociais; reganho de peso; e estigma e preconceito. Esses achados reforçam a presença de conteúdos inconscientes e aspectos subjetivos que permeiam o processo pós-operatório, como o medo do reganho de peso, a busca por aceitação social e a vivência de uma nova identidade corporal.

A articulação entre os eixos temáticos da entrevista 1 e as categorias projetivas da entrevista 2 evidencia que os pacientes não apenas relatam suas experiências conscientes, mas também projetam conteúdos subjetivos e inconscientes relacionados ao corpo, à ansiedade, ao medo do reganho e ao estigma social. Essa dimensão, que emerge tanto no discurso, quanto nas imagens e narrativas, aponta para a relevância de compreender o pós-operatório da bariátrica como um campo em que o corpo se torna depositário de conflitos psíquicos. É nesse ponto que a psicanálise contribui de forma significativa, ao reconhecer o lugar do inconsciente na produção de sintomas e comportamentos, permitindo uma leitura ampliada das demandas psicológicas identificadas nesta pesquisa.

A psicanálise, desde sua origem, apostava na potência da fala como via de elaboração subjetiva. A chamada "cura pela fala", formulada nos primórdios da teoria freudiana, não se refere a uma solução imediata, mas à possibilidade de ressignificação de afetos recalados que, sem encontrar vias simbólicas de expressão, retornam sob a forma de sintomas físicos ou emocionais (Fochesatto, 2011).

Freud (1914/1996), ao desenvolver o método psicanalítico, reconhece que aquilo que é recalado não retorna necessariamente como lembrança, mas como repetição, o sujeito atua, sem saber, aspectos de sua história que não foram simbolizados. Dessa forma, ao invés de lembrar, ele repete, sendo justamente a escuta analítica uma possibilidade de reconduzir esse agir inconsciente à elaboração.

Nas palavras de Freud, “o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua” (Freud, 1914/1996, p. 149). Esse agir, por vezes presente em comportamentos compulsivos, reações emocionais desproporcionais ou dificuldades relacionais, pode ser observado também no pós-operatório de pacientes bariátricos, que relatam frustrações, angústias e recaídas que parecem fugir à compreensão consciente.

Essa conceção do inconsciente como um campo que se manifesta não apenas nos sonhos, chistes e atos falhos, mas também nos comportamentos e sintomas corporais, marca um ponto de inflexão no pensamento clínico. Sigmund

Freud, ao se debruçar sobre os casos de histeria no final do século XIX, inaugurou um novo paradigma ao reconhecer que o sofrimento físico podia ter origens psíquicas (Fochesatto, 2011).

Assim, ao abordar os sintomas histéricos, ele revela que o corpo sofre não apenas por razões biológicas, mas também como efeito de conflitos inconscientes (Peres, 2006). Com isso, o corpo passa a ocupar um lugar central na teoria psicanalítica — não apenas como suporte do psiquismo, mas como campo de expressão simbólica.

Freud compreendia que o eu deriva de um eu corporal, construído a partir das experiências sensoriais e das interações primárias com figuras significativas. Nessa perspectiva, o psiquismo só se constitui a partir do entrelaçamento entre o corpo biológico e as representações mentais que surgem das percepções corporais. Tais percepções se transformam, inicialmente, em afetos, que posteriormente são inscritos na memória e, por fim, organizam-se em representações, possibilitando a capacidade de simbolizar e nomear (Macedo, 2021).

Nos Estudos sobre a histeria (1895), Freud e Breuer já indicavam que os sintomas poderiam ser aliviados quando os afetos patogênicos eram trazidos à consciência através da fala. Como observa Roudinesco (1998), foi nesse momento que Freud atribuiu à palavra um valor terapêutico fundamental — o discurso torna-se o caminho pelo qual os afetos reprimidos são reinscritos no psiquismo, permitindo a elaboração do sofrimento. A fala, nesse contexto, não é apenas um relato linear dos acontecimentos, mas um processo de construção simbólica, que antes não havia encontrado representação.

Durante as entrevistas desta pesquisa, cujo estímulo foi criar espaço de fala sobre a experiência da obesidade, observou-se que muitos participantes tinham dificuldade em narrar e nomear seus sentimentos, ora recorrendo a generalizações, ora silenciando questões delicadas. Essa dificuldade de simbolização, como apontam Rodrigues e Muñoz (2020), pode ser interpretada como uma urgência subjetiva em que o sofrimento não encontra palavras, mas se expressa por meio do corpo ou de ações impulsivas. O ato, nesses casos, surge como substituto da palavra, “o recurso principal para lidar com a angústia

é o ato, em detrimento da fala e da elaboração psíquica” (Rodrigues; Muñoz, 2020, p. 91).

A fala da participante ARB ilustra essa dificuldade de expressão simbólica do sofrimento: “*Olha, num sei não explicar não, eu só sei que apertava assim o meu peito, e eu tava... eu digo meu Deus do céu, eu tenho que me apegar com Deus e pedi ajuda, porque se você não pedir ajuda, você vai pro fundo do poço.*” Sua narrativa evidencia uma vivência emocional intensa que não encontra facilmente representação verbal, sendo descrita por sensações físicas - “*apertava assim o meu peito*” - e uma mobilização espiritual como tentativa de contenção da angústia.

Quando se trata das demandas psicológicas de pacientes no pós-operatório da cirurgia bariátrica, é importante considerar que muitas delas se manifestam justamente por meio de sintomas — físicos, emocionais ou comportamentais — que, mais do que efeitos colaterais médicos, podem ser compreendidos como tentativas inconscientes de elaboração dos conflitos que a perda brusca de peso e a reconfiguração da imagem corporal despertam. Nesses casos, o corpo passa a “falar” o que a palavra ainda não deu conta de dizer, revelando as marcas subjetivas da experiência vivida e exigindo um olhar clínico atento às dimensões psíquicas implicadas nesse processo.

Ao analisar as falas dos entrevistados, torna-se evidente que as demandas psicológicas no pós-operatório da cirurgia bariátrica não se esgotam nas questões médicas ou nutricionais, mas atravessam intensamente o campo subjetivo. Muitas delas se manifestam por meio de sintomas emocionais, como ansiedade, compulsão, crises depressivas e mudanças abruptas de comportamento, que apontam para a complexidade psíquica envolvida na transformação corporal e identitária vivida após o procedimento cirúrgico.

A ansiedade é um dos afetos mais recorrentes nos relatos, sendo identificada em falas como a de LCAC: “*É uma das piores coisas, é a ansiedade. Em termo de comida...*”, e de AS: “*Eu sempre tenho uma certa ansiedade, é tanto que fico com a boca toda mordida.*” A compulsão alimentar também se apresenta como um desafio persistente, como descreve AJFS: “*Tem dias que você controla e tem dias que quando você tá no pico do estresse, eu não consigo*

controlar.” Esses relatos revelam que, apesar da perda ponderal, os conflitos psíquicos permanecem ativos, deslocando-se para outras formas de expressão sintomática.

Além disso, surgem mudanças do objeto de descarga pulsional, como exemplificado por MJSF: “*Eu fiquei um pouco é... viciada em compras... a minha vontade era de mudar o meu guarda-roupa.*” Essas substituições, longe de serem simples trocas comportamentais, podem ser compreendidas como tentativas inconscientes de elaboração dos conflitos internos, que emergem com a nova imagem corporal e com a exigência de reconfiguração subjetiva.

Outro ponto marcante nos depoimentos é o sentimento de luta constante contra o retorno à obesidade, revelando uma exigência de vigilância contínua e um medo latente de reganho de peso. Como expressa ARB: “*Minha vida agora tá outro recomeço... tô na luta de novo pra perder os quilos que adquiri.*” Esse discurso revela não apenas um esforço físico, mas sobretudo um embate psíquico com uma parte da história que insiste em retornar, como se o corpo operado continuasse a carregar marcas que resistem à transformação.

Nessa mesma direção, LCAC amplia a percepção da obesidade como uma condição complexa e persistente, ao afirmar: “*Não é fácil, porque eu acho que é uma doença, a obesidade é uma doença. Quanto mais a gente assim... quer se tratar, mas não é fácil, a gente pensa que vai ser uma coisa e é outra completamente diferente.*” Suas palavras revelam um sentimento de frustração e descompasso entre expectativa e realidade, especialmente no que se refere ao enfrentamento cotidiano das demandas alimentares e emocionais: “*Tudo é difícil e mesmo após a bariátrica.*”

LCAC também aponta a ansiedade como um dos maiores desafios no pós-operatório, estabelecendo uma conexão direta entre o sofrimento psíquico e a relação com a comida: “*É uma das piores coisas, é a ansiedade. [...] já para não chegar a esse ponto de novo, para não estragar a minha cirurgia, mas não é fácil.*” A referência ao esforço diário com a prática de atividades físicas, como forma de contenção, ressalta o caráter contínuo e trabalhoso do processo: “*Eu tô fazendo atividade física, pedalando, caminhando, dando uma carreirazinha, aí você estabiliza, mas já dá vontade de comer. Já dá.*”

A escuta clínica dos participantes da presente pesquisa evidencia que os efeitos da cirurgia bariátrica extrapolam os domínios do corpo anatômico e das exigências médicas. As manifestações de ansiedade, compulsão, ansiedade, depressão e substituição de sintomas revelam que, mesmo após a transformação física, os impasses psíquicos persistem. Esse deslocamento do sofrimento, que ora se expressa pela comida, ora pela compulsão por compras ou pela ansiedade generalizada, remete à noção de descarga pulsional e à lógica da repetição presente na economia psíquica do sujeito (Nasio, 2009).

Como propõe Nasio (2009), as pulsões — sejam de vida ou de morte — têm como destino a repetição de uma experiência anterior. Não se trata apenas da busca do prazer, mas de uma exigência mais profunda: a de reinscrever no presente uma cena do passado, ainda que ela tenha sido dolorosa. “A exigência de repetir o passado é mais forte do que a exigência de buscar no futuro o acontecimento prazeroso [...] o desejo ativo do passado, mesmo que o passado tenha sido ruim para o eu, explica-se por essa compulsão a retomar o que não foi concluído, com vontade de completá-lo” (Nasio, 2009, p. 51).

É nesse sentido que os sintomas relatados pelas entrevistadas — compulsão alimentar, ansiedade, depressão, consumismo, reganho de peso ou adoção de novos comportamentos impulsivos — podem ser compreendidos como expressões de uma compulsão à repetição que resiste à ruptura simbólica. A pulsão de morte, segundo Nasio (2009), se manifesta na busca por silenciar a tensão interna, seja por meio de descargas no corpo, seja pela repetição de experiências que conduzem ao sofrimento.

Essa tensão, ao não encontrar um destino simbolizado, recorre ao corpo como via de expressão — o que se evidencia na mordedura labial constante, na ingestão compulsiva de alimentos, bebidas alcoólicas ou na substituição do comer por outros atos impulsivos, como as compras. Assim, o corpo torna-se o palco onde se atualiza uma história que insiste em retornar. É como se o sujeito, mesmo transformado corporalmente, permanecesse fixado a uma cena primitiva de desamparo, buscando sua repetição inconsciente para, quem sabe, finalmente dar-lhe um desfecho.

Essa repetição é regida por uma tendência pulsional, arcaica e insistente, que escapa ao controle consciente e à vontade de mudança racional. Como sustenta Nasio, “a compulsão a repetir é uma pulsão primária e fundamental, a pulsão das pulsões” (2009, p. 51), e sua força pode atravessar até mesmo os processos cirúrgicos mais radicais, reafirmando a presença do inconsciente e das marcas simbólicas que não se apagam com a perda ponderal.

Nesse sentido, é justamente por meio da repetição sintomática que o inconsciente se expressa no corpo, revelando o entrelaçamento indissociável entre psique e soma. Sob a ótica da psicanálise, o sintoma é compreendido como uma manifestação subjetiva que transcende a divisão entre corpo e mente, configurando-se como um produto da história singular de cada sujeito diante de seus conflitos inconscientes. Como aponta Liedke (2023), corpo e psiquismo não podem ser pensados de forma dissociada, uma vez que estão intrinsecamente articulados. Dessa forma, o uso da expressão “sintoma psicossomático” revela-se redundante, já que toda experiência sintomática é, por essência, psicossomática.

O sintoma, nesse contexto, não se restringe apenas a sinais físicos ou mentais isolados, ele se expressa em sensações, comportamentos, pensamentos e afetos, compondo um tecido simbólico único que foge às generalizações da clínica tradicional. Trata-se de uma construção subjetiva, que traz à tona conteúdos recalcados de forma cifrada. Freud compreendia o sintoma como uma formação de compromisso, que ao mesmo tempo em que gera sofrimento consciente, satisfaz desejos inconscientes reprimidos (Liedke, 2023).

Há, portanto, uma ambivalência fundamental, entre o sintoma que impõe dor ao sujeito, como também representa uma via de satisfação psíquica. Ainda que silencioso, ele comunica. Em muitos casos, quando a palavra falha, o corpo se torna o meio de expressão, pois é pelo sintoma que o sujeito diz o que não consegue dizer verbalmente (Liedke, 2023).

Na perspectiva psicanalítica, uma compreensão fundamental sobre o sujeito está ligada à constituição do corpo erógeno, isto é, aquele que emerge a partir do desenvolvimento das pulsões no bebê. Durante esse processo, os órgãos deixam de operar unicamente sob as exigências das necessidades

fisiológicas para se tornarem zonas de investimento libidinal, constituindo o sujeito como desejante. Conforme afirma Macedo (2021), trata-se da passagem de um corpo biológico para um corpo investido de desejo, o que torna possível a simbolização e a construção de uma subjetividade.

No entanto, essa construção pode encontrar impasses. Marty (1993 apud Peres, 2006) destaca que pacientes somáticos frequentemente apresentam investimentos libidinais arcaicos, nos quais a energia psíquica não consegue se ligar a representações simbólicas, tornando-se necessária a utilização de vias comportamentais, como a saída compulsiva para escoamento da tensão pulsional.

Em outras palavras, tais sujeitos tendem a agir, ao invés de representar simbolicamente seus conflitos, o que revela um modo específico de funcionamento psíquico. O inconsciente, nesses casos, não é mediado por representações e os sujeitos permanecem excessivamente ligados à realidade externa, dificultando a simbolização das experiências internas.

Essa dinâmica pode ser observada na fala da participante EBL, ao relatar: "*Eu fico muito estressada, aí... às vezes desconta beliscando alguma coisa*". A descarga corporal direta, sem a mediação simbólica, indica a prevalência de uma organização psíquica voltada para a ação como forma de lidar com afetos intoleráveis. Ela completa: "*eu mudo assim a personalidade rapidinho, tô de um jeito, basta acontecer um negocinho assim, eu já me estouro*", demonstrando uma instabilidade emocional e a impossibilidade de elaboração simbólica dos afetos.

Segundo Silva e Caldeira (1993 apud Peres, 2006), o psiquismo desses sujeitos não está desligado do inconsciente, mas é incapaz de realizar elaborações integradoras da vida pulsional. Essa limitação favorece a prevalência de manifestações somáticas em lugar da simbolização. Diante da dificuldade de não elaboração dos afetos e conflitos internos, esses conteúdos recalados acabam por se manifestar diretamente no corpo, desembocando em sintomas físicos que expressam, de forma cifrada, o sofrimento psíquico que não pôde ser expressado simbolicamente.

Na fala de AASB, observa-se esse fenômeno ao se referir aos sintomas físicos sentidos no pós-operatório: "*foi um misto de sensação, principalmente os 03 primeiros dias, que veio enxaqueca, ânsia de vômito... questão de psicologicamente, eu estive bem*". A dissociação entre o sofrimento corporal e a percepção de bem-estar psicológico indica uma dificuldade em integrar a experiência somática à vida emocional, um traço recorrente nos quadros psicossomáticos. Essa separação artificial entre corpo e psiquismo também se manifesta na compulsão alimentar, quando afirma: "*Compulsão, que também é devida à ansiedade em si né, muita gente desconta na alimentação*". O alimento torna-se, assim, o canal de expressão de tensões psíquicas que não encontram vias simbólicas de elaboração.

Joyce McDougall, conforme discutido por Peres (2006), também contribui para a compreensão desse funcionamento ao descrever a "desafetação", ou seja, a exclusão das representações intoleráveis do psiquismo. Para a autora, esses sujeitos tendem a utilizar mecanismos defensivos arcaicos, não apresentando delírios ou alucinações, mas manifestando conflitos por meio do corpo. Tal economia afetiva se caracteriza pela dificuldade de discriminar e compreender emoções, resultando em um agir compulsivo, muitas vezes associado a relações fusionais e ações sobre o corpo.

Essa dificuldade aparece de forma bastante clara na fala da participante ARB, que relata os sintomas de um sofrimento intenso: "*Os sintomas eu me sentia muito assim.... aperto no peito, medo, eu tinha muito medo. Aí pronto cheguei num ponto que eu já não tava aguentando mais aquilo, porque tipo eu tava guardando só pra mim, não tava conseguindo, eu não conseguia falar pra ninguém*". O relato revela o esforço de contenção emocional e a consequente somatização como forma de expressão do sofrimento.

Peres (2006) enfatiza que essa vulnerabilidade psicossomática pode facilitar o desenvolvimento de doenças graves e tem origem nos primeiros meses de vida, quando a função materna de para-excitacão falha, ou seja, a mãe não consegue proteger adequadamente o bebê das tensões psíquicas iniciais. Esse cenário compromete o desenvolvimento de um aparelho psíquico capaz de lidar

simbolicamente com as excitações internas e externas, perpetuando-se ao longo da vida adulta.

A partir desse entendimento, comprehende-se que a cirurgia bariátrica, embora seja um procedimento médico com objetivos físicos bem definidos, desencadeia um profundo processo psíquico no sujeito que a vivencia. A experiência com o processo cirúrgico e sua preparação já mobiliza ansiedades, expectativas e medos, que se intensificam no período pós-operatório. A modificação abrupta do corpo exige também uma reconstrução simbólica, uma vez que os recursos que antes operavam como mediadores de angústias — como o ato de comer — são subitamente interditados. Nesse sentido, a intervenção cirúrgica não se limita à anatomia do aparelho digestivo, mas incide diretamente sobre o modo como o sujeito organiza seu mundo interno.

Magdaleno Jr. et al. (2008) apontam que, após a cirurgia, a estrutura psíquica da pessoa obesa é confrontada com a impossibilidade de continuar funcionando nos moldes anteriores. O que antes era uma via conhecida de fuga das angústias ou de obtenção de prazer — a alimentação — é retirada, deixando um vazio simbólico que necessita ser ocupado por novas formas de elaboração psíquica. Esse momento implica não apenas uma transformação corporal, mas também uma ruptura na forma de lidar com os impulsos, exigindo do sujeito a construção de novos recursos para enfrentar frustrações e reinscrever-se em sua história de maneira mais autêntica. Esse desafio é evidenciado na fala de LCAC, que reconhece a cirurgia como “...a melhor coisa da minha vida” e ao mesmo tempo expõe sobre o pós cirúrgico no longo prazo: “*Todo esse processo foi complicado, mas entre trancos e barrancos, hoje eu tô aqui cirurgiado. Perdi 50 quilos*”.

As entrevistas revelaram com clareza essa oscilação entre os pólos de euforia e sofrimento. Como descreve a participante LCAC, “*no começo é ótimo, mas quando você já está fazendo um ano... já se torna um pouco mais difícil*”. Essa fala sintetiza o que os autores denominam como “período de lua de mel” — fase inicial marcada por entusiasmo, reconhecimento social e a sensação de vitória diante da obesidade — seguido por um segundo momento, no qual

emergem sentimentos como angústia, tristeza, culpa e o medo do reganho de peso.

Esse movimento de transformação subjetiva, embora possível, não é automático. Requer esforço consciente e, muitas vezes, suporte terapêutico. Como afirma LSP, “*valeu a pena passar pela psicóloga, porque a gente vai aprendendo como é comer as coisas, dar valor a você própria, se amar, se gostar*”. Aqui, o trabalho psíquico aparece como ferramenta de reinvenção do modo de existir, que permite ao sujeito se apropriar da própria experiência, ressignificar o corpo e reconstituir o laço consigo mesmo.

A fala de TMSA reforça essa necessidade de engajamento com o processo: “*o tratamento alimentar é muito importante... você pode comer tudo, só não pode exagerar*”. Nesse ponto, o corpo deixa de ser o espaço de pura descarga e se torna um campo de negociação simbólica — o sujeito precisa “*se policiar*”, como relatam MFCB e AS, sinalizando o surgimento de uma nova posição subjetiva mais ativa, responsável e consciente diante de suas escolhas.

Contudo, sem o devido acompanhamento, o risco de novas patologias ou retorno a dinâmicas compulsivas permanece. Magdaleno Jr. et al. (2008) alertam que, passado o primeiro ano da cirurgia, o risco do reganho de peso e o surgimento de sintomas depressivos são reais, especialmente se não houver a sustentação de um espaço terapêutico onde o sujeito possa trabalhar os sentidos de sua transformação.

Ademais, durante o trabalho de campo, observou-se que, ao serem convidadas a contar uma história sobre alguém que havia passado pela cirurgia bariátrica, todos os participantes inicialmente demonstraram hesitação, dificuldade em iniciar a narrativa e certo estranhamento diante da proposta. Muitas vezes, o silêncio marcava os primeiros instantes, como se não houvesse uma história a ser contada — ou, mais precisamente, como se o acesso à própria história estivesse bloqueado. Foi somente após certa insistência na escuta e acolhimento do entrevistador que as falas começaram a emergir, frequentemente confundindo a história do “outro” com a própria trajetória.

Essa dificuldade inicial em narrar pode ser compreendida, à luz da psicanálise, como um indício de que determinados conteúdos psíquicos não

estavam ainda simbolizados. O convite à criação de uma “historinha” sobre um terceiro serviu, paradoxalmente, como porta de entrada para que o sujeito se aproximasse de vivências dolorosas e ainda pouco elaboradas de si mesmo. Como explica Roudinesco (1998), o trabalho psicanalítico permite ao sujeito dar palavras ao sofrimento e, assim, reposicionar-se diante da própria história. Nesse sentido, o esforço de contar sobre um outro revelou-se, na verdade, um movimento em direção à própria subjetivação.

Minerbo (2024) oferece uma importante chave para compreender esse processo ao afirmar que os traumas não elaborados operam como “cicatrizes vivas” no inconsciente, que continuam a se atualizar no presente, exigindo novas defesas. Assim, o que inicialmente parecia esquecido ou desconectado do eu, aos poucos se reorganiza em forma de narrativa, permitindo certa distância entre sujeito e trauma. Conforme traz Minerbo, “sofremos do não apropriado da nossa história, e nos curamos integrando-o” (Roussillon apud Minerbo, 2024, p. 21). O ato de narrar, então, torna-se um recurso de elaboração psíquica — um modo de dar forma simbólica ao que antes apenas irrompia como sintoma ou sofrimento mudo.

Freud já nos advertia sobre o limite do eu diante das forças inconscientes: “o ego não é amo em sua própria morada” (Freud apud Ogden, 1996). É por isso que a escuta analítica se propõe não apenas a ouvir o que é dito, mas também a acolher o que é silenciado, o que resiste à nomeação. Minerbo (2024) aponta que os afetos não elaborados deixam marcas traumáticas que, se não forem simbolizadas, retornam em forma de angústia, compulsão ou sofrimento corporal. Nesse contexto, “contar suas historinhas” é mais do que narrar fatos — é construir sentido, é criar uma mediação simbólica entre o sujeito e a experiência emocional ainda bruta.

Tal observação se mostra especialmente relevante no acompanhamento de pacientes bariátricos, cujas transformações corporais não garantem, por si só, a elaboração dos conflitos inconscientes que marcam sua trajetória. A cirurgia, ainda que promova uma ruptura material com o corpo anterior, não toca automaticamente os significados simbólicos ali investidos. Como ressalta Fochesatto (2011), é pela fala que os afetos antes dissociados podem se ligar a

novas representações, promovendo um processo de ressignificação e abertura para novos modos de estar no mundo. Assim, ao permitir que os participantes contassem suas histórias, mesmo que inicialmente por meio da figura de um "outro", foi possível testemunhar o movimento subjetivo de apropriação de sua própria trajetória.

Nesse cenário, a escuta psicanalítica revela-se um recurso potente, pois oferece um espaço para simbolização da experiência, em que o sujeito pode, pouco a pouco, dar voz ao sofrimento, transformar silêncio em palavra e tornar-se, ele mesmo, autor de sua história. A bariátrica, enquanto procedimento corporal, não basta por si só. É preciso que o sujeito encontre uma nova forma de pensar, para além de “pensar com o corpo”, como afirmam os autores, agora mediado pela palavra e pela reflexão. (Magdaleno; Chaim; Turato, 2009). É nesse atravessamento que a mudança deixa de ser apenas estética e passa a ser verdadeiramente subjetiva.

Desse modo, os achados desta pesquisa indicam que, ao contrário do que pode se supor nas narrativas, as principais demandas psicológicas após a cirurgia bariátrica não se limitam à presença de sintomas como ansiedade, depressão ou compulsão alimentar — ainda que tais manifestações sejam recorrentes. O que emerge com maior força é a necessidade de fala e elaboração simbólica da experiência.

A transformação corporal, para ser subjetivamente integrada, exige um espaço de escuta que permita ao sujeito simbolizar o vivido, resgatar afetos dissociados e reinscrever as mudanças em sua história psíquica, sendo esta uma grande dificuldade encontrada nos discursos dos participantes. Como enfatiza Fochesatto (2011), de acordo com os estudos de Freud (1895), é pela via da palavra que o sofrimento psíquico pode ser representado e, assim, transformado. A fala possibilita que o sujeito assuma a autoria de sua própria narrativa, em vez de permanecer silenciado por um corpo que expressa, de forma bruta, aquilo que não foi simbolizado.

Fochesatto (2011) reforça essa compreensão ao destacar que a fala é capaz de ressignificar afetos dissociados, devolvendo-lhes uma função simbólica que impede sua repetição na forma de sintomas. Palavras, lágrimas e reações

involuntárias, quando acolhidas no espaço analítico, evitam que esses afetos continuem aprisionados no inconsciente. Assim, ao promover a substituição do ato pela palavra, a associação livre revela as representações recalcadas e permite uma nova compreensão do vivido. O sintoma, que antes falava pelo corpo, pode então ser escutado, interpretado e, eventualmente, transformado.

O processo da cirurgia bariátrica, portanto, não representa apenas um evento médico, mas convoca um intenso trabalho psíquico. Tal constatação reforça a importância de um acompanhamento psicológico contínuo e sensível às singularidades da experiência subjetiva, sustentando um espaço em que o sujeito possa, enfim, dizer de si.

Essa aposta na palavra — como ato de escuta e construção de sentido — ainda hoje é um dos pilares do tratamento psicanalítico. No caso de sujeitos que vivenciam processos intensos de mudança corporal, como os pacientes bariátricos, essa escuta torna-se essencial. Pois o que está em jogo não é apenas o peso perdido, mas os significados inconscientes que o corpo carregava e que, com a transformação física, exigem novas formas de simbolização e elaboração subjetiva.

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou compreender as demandas emocionais dos pacientes após cirurgia bariátrica, referentes à história de reganho de peso, depressão, ansiedade e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, a partir da escuta atenta dos sujeitos que vivenciaram o procedimento, revelando dimensões que ultrapassam os resultados físicos esperados. O estudo permitiu também caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, considerando idade, sexo, estado civil, escolaridade, composição domiciliar, renda, comorbidades e tipo de cirurgia realizada.

Um dos principais achados foi a identificação da necessidade de fala e elaboração psíquica, evidenciando que o acompanhamento pós-operatório não se limita à avaliação física, mas requer espaços de escuta e acolhimento para que os sujeitos possam simbolizar experiências, conflitos e transformações. Nesse sentido, as manifestações de ansiedade, depressão, reganho de peso e

comportamentos alimentares compulsivos foram percebidas como sinais da persistência de demandas emocionais que ultrapassam a perda ponderal.

Assim, comprehende-se que as principais demandas psicológicas no pós-operatório não se restringem apenas a sintomas clínicos, mas refletem a carência de um espaço legítimo de fala e escuta, essencial para a reintegração da história subjetiva e para a sustentação dos resultados da cirurgia.

Por fim, a pesquisa contribui para o campo da Psicologia ao ressaltar a importância da escuta qualificada no contexto pós-bariátrico e abre caminho para futuras investigações que possam aprofundar o entendimento sobre os desdobramentos psíquicos da cirurgia, considerando a complexidade do sujeito em processo de transformação e a necessidade de intervenções que favoreçam a simbolização e a ressignificação de sua trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital de referência do Recife por ter acolhido e possibilitado a realização desta pesquisa, oferecendo o espaço necessário para o desenvolvimento do trabalho junto aos pacientes em atendimento psicológico. À equipe do Laboratório de Avaliação Psicológica, pela confiança, apoio técnico e colaboração durante todas as etapas da coleta de dados. Estendemos nossos agradecimentos aos participantes da pesquisa, que, com generosidade e sensibilidade, compartilharam suas experiências, tornando este estudo possível. À professora e orientadora que contribuiu com reflexões fundamentais para o aprofundamento teórico e metodológico da investigação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. S.; ZANATTA, D. P.; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 17, n. 1, p. 153–160, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100019>. Acesso em: 3 abr. 2024.

ARRUDA, M. L. F.; PADILHA, F. M. Q. H.; BARROS, L. P. *Perfil nutricional de pacientes pós-cirurgia bariátrica acompanhados ambulatorialmente* [monografia]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2022. 17 p. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/1475>. Acesso em: 15 mar. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5-TR: texto revisado*. 5. ed. Porto Alegre: Grupo A, 2023. 1152 p.

BARROS, L. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes adultos em fila de espera para cirurgia bariátrica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 88, n. 26, 2019.

BRANDÃO, L. G. V. A. et al. Estado nutricional e clínico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v. 26, 2022.

BUSETTO, L. et al. Bariatricsurgery in class I obesity: a PositionStatementfromtheInternationalFederation for theSurgeryofObesityandMetabolicDisorders (IFSO). *ObesitySurgery*, v. 24, n. 4, p. 487–519, 2014.

COSTA, V. C. S. et al. Impacto da cirurgia bariátrica na saúde mental dos pacientes obesos. *BrazilianJournalofImplantologyandHealthSciences*, v. 6, n. 8, p. 745-754, 2024.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 520 p.

DELAPRIA, A. M. T. A importância do acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Revista Uningá*, v. 56, supl. 1, p. 78–88, 2019. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/119>. Acesso em: 28 mar. 2023.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 114 p.

DIAS, M. C. Identificação projetiva: Freud, Klein e outros. *Revista Mineira de Psicanálise*, v. 1, n. 2, p. 75–90, 2015. Disponível em: <https://sbpmg.org.br/wp-content/uploads/2023/04/6MARIA-CRISTINA-DIAS-IDENTIFICACAO-PROJETIVA-FREUD-KLEIN-E-OUTROS-IN-REVISTA-MINEIRA-DE-PSICANALISE-VOL-I-N2-2015.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FOCHESATTO, W. P. F. A cura pela fala. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 36, p. 165-171, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016. Acesso em: 9 jul. 2025.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 4 maio 2023.

FREITAS, J. A. *Avaliação da qualidade de vida e condição de saúde de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital de referência na região metropolitana do Recife* [monografia]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2022. 17 p. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/1312>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FREUD, S.; BREUER, J. *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. (Obras completas, v. 1).

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: FREUD, S. *O caso de Schreber e artigos sobre técnica*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 159-172. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12).

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2019. 230 p.

KORTCHMAR, E. et al. Reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 4, p. 417–422, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800058>. Acesso em: 10 fev. 2024.

LIEDKE, L. *Entre sessões: psicanálise para além do divã*. São Paulo: Paidós, 2023. 208 p.

MACÊDO, K. B. Corpo e sintoma no paciente somatizador: uma visão psicodinâmica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 24, n. 2, p. 1-11, maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/QFfMmgxVS4xKHRbvLtFxQLH/>. Acesso em: 15 maio 2025.

MAGDALENO JR., R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 1, p. 73–78, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100013>. Acesso em: 20 fev. 2024.

MANCINI, M. C. *Tratado de obesidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2020. 896 p.

MARQUES, G. S.; SILVA, A. R. F. Avaliação a longo prazo de pacientes com IMC $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ submetidos à cirurgia bariátrica. *JournalArchivesofHealth*, v. 6, n. 4, p. e2683, 2025.

MAPA da obesidade: sociedade brasileira de cirurgia bariátrica e metabólica. *Número da obesidade no Brasil* [internet]. São Paulo: ABESO, 2018. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 2 mar. 2023.

MENDES, E. D.; VIANA, T. C.; BARA, O. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 30, n. 4, p. 423–431, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/SZNKctRm7tcwQrPw37DZD4n/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINERBO, M. *Para que serve uma análise?: e outros ateliês*. São Paulo: Blucher, 2024.

MUNHOZ, P. G. et al. A influência da ansiedade na compulsão alimentar e na obesidade de universitários. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 10, n. 1, p. 21–44, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14834>. Acesso em: 3 abr. 2024.

MURRAY, H. A. *ThematicApperceptionTest manual*. Cambridge: Harvard UniversityPress, 1943.

NASIO, J.-D. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

NERY, M. A.; CÂMERA, V. J.; SILVEIRA, M. S. Reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura. *Ciência In Cena*, v. 2, n. 7, 2021. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/cienciaincenabahia/article/view/23>. Acesso em: 3 abr. 2024.

NÓBREGA, M. P. et al. Perfil alimentar e reganho de peso de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital universitário. *BrazilianJournalofDevelopment*, v. 6, n. 12, p. 94771–94785, 2020.

OGDEN, T. Identificação projetiva e o terceiro subjugador. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 1, n. 2, p. 153–162, 1994. Disponível em: <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/1007>. Acesso em: 5 abr. 2024.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicosomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica*, v. 18, n. 1, p. 165–177, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/YThHpLvSh5wdvpYVPPQjH4H/>. Acesso em: 5 jul. 2025.

RODRIGUES, G. S.; MENDONÇA, M. A. Reconstrução da imagem corporal e autoaceitação em pacientes bariátricos: uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 5, p. 940–951, 2023.

RODRIGUES, M. S.; MUÑOZ, N. M. Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 23, n. 3, p. 90–98, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-44142020003009>.

ROUDINESCO, E. *Dicionário de psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SIQUEIRA, A. C.; ZANOTTI, S. V. Programa de cirurgia bariátrica e reganho de peso. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 18, n. 1, p. 157–169, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250481014>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SILVA, J. G. B. et al. *Evolução ponderal e perfil lipídico de pacientes submetidos a gastroplastia atendidos em um ambulatório de um hospital de Pernambuco [monografia]*. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2020. 26 p. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/887>. Acesso em: 15 mar. 2023.

TROOBOFF, S. W. et al. Psychosocial outcomes following adolescent metabolic and bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery*, v. 29, n. 11, p. 3653–3664, 2019.

SPIROU, D.; RAMAN, J.; SMITH, E. Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: a systematic review. *Obesity Reviews*, v. 21, n. 6, p. e12998, 2020.

XAVIER, W. S. et al. *Declínio cognitivo em paciente candidata à cirurgia bariátrica com diabetes mellitus tipo 2 atendida em um hospital de referência do Recife [monografia]*. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2019. 13 p. Disponível em: <http://tcc.fps.local/handle/fpsrepo/674>. Acesso em: 6 mar. 2023.