UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CIRURGIA BARIÁTRICA E DIVÓRCIO: UMA RELAÇÃO POUCO EXPLORADA

RAÍSSA RODRIGUES MÓDOLO

Vitória
2018

RAÍSSA RODRIGUES MÓDOLO

CIRURGIA BARIÁTRICA E DIVÓRCIO: UMA RELAÇÃO POUCO EXPLORADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Agnaldo Garcia.

UFES

Vitória, 2018

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

Módolo, Raíssa Rodrigues, 1989-
M689c Cirurgia bariátrica e divórcio : uma relação pouco explorada. / Raíssa Rodrigues Módolo. - 2018.
159 f.

Orientador: Agnaldo Garcia.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

I. Garcia, Agnaldo. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

CIRURGIA BARIÁTRICA E DIVÓRCIO: UMA RELAÇÃO POUCO EXPLORADA

RAÍSSA RODRIGUES MÓDOLO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 04 de Outubro de 2018, por:

_____

Prof. Dr. **Agnaldo Garcia** - Orientador, UFES.

_____

Prof[a]. Dr[a]. **Luziane Zacché Avellar**, UFES.

_____

Prof[a]. Dr[a]. **Kelly Guimarães Tristão**, FAESA

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Vida, pela oportunidade de vivenciar as alegrias e dissabores do processo de enfrentamento da Obesidade por meio da Cirurgia Bariátrica (CB). Cada dia é uma batalha de uma guerra contínua. Meu grande respeito por todos os profissionais que tratam a luta contra a Obesidade com o respeito que ela merece.

Muito obrigada ao grupo Gastroplastia Capixaba – Bariátrica no ES , de forma mais que especial a cada uma das participantes que tão gentilmente cederam-me mais que seus horários, mas compartilharam comigo suas experiências de vida. Nada seria possível sem vocês.

Aos meus pais, Joel Módolo e Sônia Marta Rodrigues Módolo, e minha irmã Laira Rodrigues Módolo pelo suporte no atravessamento do estudo e vivência da CB. Ao meu amor Jullian Moreira de Souza, que se fez segurança e principalmente parceria nessa aventura.

Agradeço imensamente a orientação atenta do Prof. Dr. Agnaldo Garcia, que compartilhou seu tempo e conhecimento para que esse trabalho fosse possível.

À CAPES pelo incentivo à pesquisa e pelo financiamento que oportunizou o trabalho.

À gestão do Programa de Pós Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo comprometimento e seriedade com o fazer ciência com qualidade. De forma especialmente carinhosa meu muito obrigada à coordenadora Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar e aos funcionários Antônio Hércules Toscano de Brito, Arin Bernardes Filho e Carmen Lúcia Moscon pela gentileza e dedicação ao trabalho no PPGP, o que tornou a minha vivência acadêmica muito mais equilibrada.

Aos queridos professores componentes da banca Prof. Dra. Kelly Guimarães Tristão, Prof. Dra. Luziane Zacché Avellar e Prof. Dr. Agnaldo Garcia pela revisão crítica e extremamente carinhosa deste trabalho.

Impossível não agradecer aos amigos trazidos pela Vida, cuja amizade é esteio quando necessário e celebração sempre que possível, de forma especial a Vila´s (vocês eu carrego comigo), à minha terapeuta maravilhosa e Fabrício Moraes (interlocutores preciosos que deviam patentear o *Coach* de Mestrado). Também àqueles trazidos pela academia, seja ela física (o que a ciência uniu, que o lattes não separe!) ou virtual.

Gratidão eterna ao Grupo Bolsistas Capes pela manutenção da leveza e do lembrete constante da importância da pesquisa no Brasil.

Para finalizar, obrigada a você, leitor que compartilha conosco o interesse científico pela temática.

Eros e Psique

Conta a lenda que dormia
Uma Princesa encantada
A quem só despertaria
Um Infante, que viria
De além do muro da estrada.

Ele tinha que, tentado,
Vencer o mal e o bem,
Antes que, já libertado,
Deixasse o caminho errado
Por o que à Princesa vem.

A Princesa Adormecida,
Se espera, dormindo espera.
Sonha em morte a sua vida,
E orna-lhe a fronte esquecida,
Verde, uma grinalda de hera.

Longe o Infante, esforçado,
Sem saber que intuito tem,
Rompe o caminho fadado.
Ele dela é ignorado.
Ela para ele é ninguém.

Mas cada um cumpre o Destino —
Ela dormindo encantada,
Ele buscando-a sem tino
Pelo processo divino
Que faz existir a estrada.

E, se bem que seja obscuro
Tudo pela estrada fora,
E falso, ele vem seguro,
E, vencendo estrada e muro,
Chega onde em sono ela mora.
E, inda tonto do que houvera,
A cabeça, em maresia,
Ergue a mão, e encontra hera,
E vê que ele mesmo era
A Princesa que dormia.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O objetivo do presente estudo é investigar a percepção de mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica (CB) que se divorciaram após o processo, sobre a influência da cirurgia e suas especificidades no relacionamento conjugal, na decisão e no desencadear do divórcio. Para tanto, 10 participantes acima de 18 anos que estavam em matrimônio quando se submeteram à CB e se divorciaram posteriormente foram selecionadas a partir de um convite virtual no grupo Gastroplastia Capixaba – Bariátrica no ES para entrevistas episódicas individuais posteriormente analisadas tematicamente. Os resultados foram divididos em três temáticas maiores: "A Obesidade e o Casamento"; "A Cirurgia Bariátrica e suas Implicações" e "O Peso da Cirurgia Bariátrica no Divórcio" contendo, cada uma, subtemas específicos. Do estudo depreende-se que a vida da mulher obesa é marcada pela rejeição interna e externa ao próprio corpo, o que aliado aos papéis sociais atribuídos à mulher/esposa têm consequências psicológicas severas. A CB surge para elas então como uma possibilidade de ressignificar a vida e as relações a partir do emagrecimento, no entanto, essa oportunidade não é de fato compartilhada com o cônjuge e caracteriza-se por um processo árduo e solitário. O divórcio pós CB torna-se então o desfecho e enfrentamento de um processo muito anterior de anulação da mulher, que o utiliza como forma de se redescobrir e reafirmar. A readaptação à vida pós CB seria mais efetiva com a inserção do cônjuge, tornando o casamento uma relação de suporte ao desenvolvimento da mulher, e não impedimento.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Divórcio; Mulheres; Conjugalidade.

ABSTRACT

The aim of the present study was to investigate the perception of women undergoing Bariatric Surgery (CB) who divorce after the procedure, about the influence of surgery and its specificities on marital relationship, decision and triggering divorce. To that end, 10 participants over 18 years old who were in marriage when they underwent CB and later divorced were selected from a virtual invitation in the group Gastroplastia Capixaba - Bariátrica no ES for individual episodic interviews subsequently analyzed thematically. The results were divided into three major themes: "Obesity and Marriage"; "Bariatric Surgery and its Implications" and "The Burden of Bariatric Surgery in Divorce" each containing specific subtopics. The study shows that the life of the obese woman is marked by internal and external rejection to the own body, which in combination with the social roles attributed to the women / wife have severe psychological consequences. The CB appears to them as a possibility to re-signify life and relationships from weight loss, however, this opportunity is not really shared with the spouse and is characterized by a hard and solitary process. The divorce after CB becomes the outcome and confrontation of a much earlier process of annulment of the women, who uses it as a way to rediscover and reaffirm herselves. The readaptation to life after CB would be more effective with the insertion of the spouse, making the marriage a relation of support to the development of the women, and not impediment.

Keywords: Bariatric Surgery; Divorce; Women; Conjugality

LISTA DE FIGURAS

Figura1 – Técnicas cirúrgicas e terapia auxiliar aprovadas no Brasil.....20

LISTA DE TABELAS

Tabela1 – Caracterização das participantes.....39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
1.1 Apresentação 12
1.2 Obesidade e Saúde Pública 14
1.3 A Cirurgia Bariátrica (CB) 19
1.3.1 Conceito, Técnicas e Indicações 19
1.3.2 Implicações Físicas, Comportamentais e Psicológicas. 23
1.4 Relacionamentos Românticos, Obesidade e Gênero 25
1.5 Conjugalidade e CB 28
1.6 Divórcio e sua relação com CB 31
1.7 Objetivos e Justificativa 36
2. METODOLOGIA 37
2.1 Delineamento 37
2.2 Participantes 38
2.3 Instrumento 41
2.4 Procedimentos de coleta de dados 42
2.6 Aspectos Éticos 46
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 47
3.1 A Obesidade e o Casamento 47
3.1.1 Casamento e ganho de peso 47
3.1.2 Ser mulher e obesa 53
3.1.3 A condição de esposa 68
3.2 A Cirurgia Bariátrica e suas Implicações 79
3.2.1 Expectativas delas, motivações e decisão pela cirurgia 79
3.2.2 Inserção no processo e expectativas do cônjuge 88
3.2.3 Mudanças (in)esperadas 99
3.3 O Peso da Cirurgia Bariátrica no Divórcio 127
3.3.1 Euforia inicial 127
3.3.2 Uma nova percepção de si mesma 132
3.3.3 Insatisfação conjugal anterior 134
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 142
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 147
ANEXOS 156
Anexo 01 – Convite para Participação em Pesquisa 156
Anexo 02 – Roteiro de Entrevista 157
Anexo 03 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 159

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Escolher estudar a temática da Cirurgia Bariátrica (CB) foi uma decisão acertada de conciliação entre meu interesse pessoal no contexto de enfrentamento da obesidade, sendo eu também mulher e obesa, e a oportunidade de realizar pesquisa e ciência onde eu também me sentisse representada.

Estudar intencionalmente os desdobramentos da CB na vida da mulher obesa quando eu mesma passava pelo processo me possibilitou um olhar ainda mais criterioso e aprofundado. Minha motivação interna para pesquisar a temática encontrou eco em muitas outras mulheres cujo enfrentamento silencioso da obesidade encontrava no olhar atento do pesquisador um interlocutor entusiasmado por compreender um pouco de suas histórias.

O recorte do divórcio enquanto particularidade da amostra foi fruto de um estranhamento, quando em alguns encontros com pessoas submetidas à cirurgia para troca de experiências e informações, percebi que alguns casais tinham suas relações fortalecidas após o procedimento porém (muitos) outros simplesmente se encaminhavam para um fim. Como a forma positiva dessa influência me pareceu bem documentada na literatura científica, optei por investigar o outro lado, na esperança de conhecer em profundidade o fenômeno e trabalhar para evita-lo futuramente. Dessa forma compreender como mulheres submetidas à CB e divorciadas após o procedimento compreendiam essa possível relação se descortinou como um terreno fértil para estudo.

Para dar suporte à empreitada a que me propus inicialmente a obesidade será contextualizada na saúde pública internacional e brasileira, e apresentada em sua interface com temas como relacionamentos românticos e gênero, abrindo espaço para a CB ser apresentada enquanto recurso terapêutico e relacionada à temas de interesse, como conjugalidade e divórcio. Esse conteúdo antecede e embasa a apresentação dos objetivos e

justificativa do estudo. Na sequência a metodologia é apresentada, explicitando o delineamento do estudo, o processo de seleção de participantes, instrumento utilizado e os procedimentos de coleta e análise de dados. Dando continuidade temos a apresentação e discussão dos resultados obtidos, que foram divididos em três grandes categorias (Obesidade e Casamento; A Cirurgia Bariátrica e suas Implicações e O Peso da Cirurgia Bariátrica no Divórcio), cada uma com subcategorias correspondentes à temática discutida. Por fim seguem-se as considerações finais do estudo, referências bibliográficas que embasaram o trabalho e os anexos.

No decorrer das interlocuções vamos percebendo que o que começou com a proposta de investigar a interface entre a CB e o divórcio se revela como um convite à problematização de temas como o lugar psicossocial da mulher obesa, o enfrentamento cotidiano da violência e preconceito contra a mulher obesa, as profundas feridas psicológicas que o enfretamento da obesidade impõe à mulher e o reencontro e redescoberta de si mesma a partir da CB. Fica ao leitor o convite ao diálogo e à reflexão.

1.2 Obesidade e Saúde Pública

A discussão começa com a contextualização da obesidade em níveis internacionais e nacionais, destacando o impacto da doença na saúde pública.

Sobrepeso e obesidade são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como excesso de gordura que pode prejudicar a saúde (OMS, 2016). Para determinar a diferença entre sobrepeso e obesidade convencionou-se a utilização do índice de massa corpórea (IMC), obtido pela divisão do peso do indivíduo (kg) pelo quadrado de sua altura (m^2). Sendo o IMC$\geq$ 25kg/m^2, configura-se sobrepeso; IMC $\geq$ 30kg/m^2, configura-se obesidade, que pode ser classificada em Grau I (IMC entre 30 kg/m^2 e 34,9 kg/m^2) Grau II (IMC entre 35 kg/m^2 e 39,9kg/m^2), Grau III (IMC entre 40 kg/m^2 e 49,9 kg/m^2 - também conhecida como obesidade mórbida) e a Superobesidade (IMC $\geq$ 50 kg/m^2).

A prevalência de sobrepeso e obesidade é maior no continente americano (62% de sobrepeso e 26% de obesidade em ambos os sexos) e vitima mais mulheres que homens, configurando-se como causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano (OMS, 2012). Fato considerável é que a obesidade é simultaneamente considerada uma doença/ agravo não transmissível (DANT) e fator de risco para outras DANT´s. As maiores causas de morte por DANT´S são doenças cardiovasculares (48%), câncer (21%) e doenças respiratórias crônicas (12%). Diabetes são responsáveis diretamente por 3,5% das mortes por doenças não transmissíveis (Ministério da Saúde,2014).

Segundo pesquisa coordenada por cientistas do Imperial College London (NCD-RisC, 2016), desde 1975 a obesidade triplicou entre homens e dobrou entre mulheres. A pesquisa, que comparou o IMC de cerca de 20 milhões de pessoas de ambos os sexos entre 1975 e 2014 em 186 países, chegou à seguinte conclusão: em 40 anos a população mundial passou do contexto em que o número de pessoas obesas era metade do número de pessoas abaixo do

peso para um novo contexto em que o número de obesos já é maior que o de pessoas abaixo do peso.

Em 2008, 10% dos homens e 14% das mulheres no mundo eram obesos, em comparação a 5% dos homens e 8% das mulheres em 1980. Como resultado, estima-se que meio bilhão de homens e mulheres acima de 20 anos eram obesos em 2008. Em 2014 mais de 1.9 bilhão de adultos acima de 18 anos tinham sobrepeso, e destes, mais de 600 milhões eram obesos. Estima-se que neste ano por volta de 13% da população adulta (11% dos homens e 15% das mulheres) estava obesa (OMS, 2016). Em comparação aos parâmetros mundiais para o mesmo ano no Brasil, 23% das mulheres e 17% dos homens eram obesos, o que coloca o país entre os mais obesos do mundo (NCD-RisC, 2016).

Um quinto da população brasileira adulta é obesa (NCD-RisC, 2016). Este é um resultado bastante conservador, se comparado ao da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no qual mais da metade dos brasileiros está acima do peso. Entre as 27 cidades pesquisadas (26 capitais e o Distrito Federal) a frequência de excesso de peso foi de 52,5%, sendo maior entre homens (56,5%) do que entre mulheres (49,1%), contrariando a tendência internacional, sendo que a frequência dessa condição tendeu a aumentar até os 54 anos (VIGITEL, 2015). Considerando a obesidade como uma epidemia perigosa, o Ministério da Saúde criou três portarias para viabilizar o melhor atendimento dos usuários do Sistema único de Saúde (SUS): Portaria n°492/2007, que regulamenta as diretrizes para a intervenção cirúrgica em pacientes obesos graves; Portaria n°424/2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Portaria n°425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Levando-se em consideração que a maioria da população brasileira é usuária exclusiva do SUS, esse aumento no número de pessoas obesas aumenta ainda mais os gastos em saúde pública, cujo orçamento já é complexo e limitado (Bahia & Araújo, 2014). Entre 2008 e 2011, o SUS gastou em média com o tratamento da obesidade R$25.404.454,87 com aumento de R$16.260.197,86 entre o primeiro e o último ano. Com o tratamento de diabetes e infarto agudo do miocárdio (ambas doenças em que a obesidade é fator de risco) foram gastos respectivamente R$ R$78.471.7365,08 com aumento de R$25.817.762,98 e R$197.615.477,67, com aumento de R$93.673.355,73 (Mazzoccante, Moraes & Campbell, 2012).

Olhando-se ainda para os aspectos psicológicos que permeiam a vida da pessoa obesa Stenzel (2002) problematiza a construção do lugar do corpo obeso na sociedade enfatizando o processo de exclusão, disseminado e mantido de forma muito particular pelos discursos científicos em ascensão no séc. XIX. A partir da atenção dada ao corpo pelas ciências biomédicas, as curvas, indicadoras de um status social elevado e sinônimas de beleza e sensualidade passam então a ser associadas ao fracasso em termos de saúde e também em termos de moralidade, uma vez que a condição de obesidade passa a ser associada à defeitos de caráter, como preguiça, falta de autocontrole e incompetência.

Esse processo de exclusão social pode ser observado também em termos de saúde pública, uma vez que a obesidade apresenta-se como fator de risco para transtornos psiquiátricos, de forma mais contundente a ansiedade e depressão (Barroqueiro, Araújo, Barroqueiro, Araújo & Garcia, 2012; Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013; Kalarchian et al, 2015), mas também transtornos de humor, alimentares e do sono (Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013; Kalarchian et al, 2015), problemas de autoestima, autoimagem, socialização, confiança e disposição profissional (Moreno et al 2011).

Para melhor compreensão da importância da saúde mental na saúde pública, Chisholm et al. (2016) apontam para o fato de que entre 1990 e 2013, o número de pessoas sofrendo de depressão e ansiedade aumentou quase 50%, de 416 milhões para 615 milhões. Aproximadamente 10% da população mundial é afetada, e os distúrbios mentais respondem por 30% das doenças não fatais. O estudo, publicado pela OMS, estimou os custos do tratamento contra depressão e ansiedade em 36 países de baixa, média e alta renda no período de 2016 a 2030 e chegou à conclusão que os gastos estimados para ampliar os tratamentos, principalmente por meio do aconselhamento psicológico e da medicação antidepressiva, somam 147 bilhões de dólares. Desse montante, o estudo aponta ainda que o retorno desse investimento superaria os custos: um aumento de 5% na participação da força de trabalho e em sua produtividade é avaliado em 399 bilhões de dólares, enquanto uma melhora na saúde adiciona outros 310 bilhões de dólares de retorno.

O tratamento para o sobrepeso e a obesidade busca basicamente a mudança de hábitos (alimentares e de atividade física) no intuito de reduzir a ingestão de calorias na alimentação e aumentar sua queima na atividade física, mantendo assim um balanço energético negativo, reduzindo o IMC (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO, 2016). Enfatiza-se a mudança de hábitos, uma vez que a mudança alimentar, para sucesso do tratamento, deve manter-se por toda a vida. Dietas restritivas são pouco sustentáveis, de forma que um planejamento alimentar mais flexível, que considere além das calorias a preferência alimentar do paciente, seu estilo de vida e aspecto financeiro tendem a obter mais sucesso. Aliado à dieta, é necessário observar e promover a atividade física para controle de peso e redução de comorbidades.

Como auxílio a essas duas formas de tratamento a terapêutica farmacológica pode se fazer presente. Ela inicia-se na prevenção secundária para impedir a progressão da doença para níveis mais graves e complicações posteriores (ABESO, 2016). Outras formas auxiliares

de tratamento vêm obtendo resultados interessantes tanto na perda de peso, como a terapia cognitivo-comportamental (ABESO,2016) e a fitoterapia (Lucas et al, 2016), quanto na qualidade de vida, com o uso da acupuntura (Ornela et al,2016). No entanto, são pouco efetivas em nível populacional (política, econômica, sociocultural) (MS, 2014). Talvez isso aconteça porque apesar da visível necessidade de investimento no enfrentamento da obesidade em suas diversas facetas, as politicas públicas e o investimento econômico visando essa causa ainda são insuficientes no Brasil e no mundo, uma vez que governos gastam em média 3% de seu orçamento em saúde mental, variando de menos de 1% em países de baixa renda para 5% em países de alta renda (OMS, 2014), apesar das estimativas darem suporte ao retorno financeiro a esse investimento (Chisholm et al., 2016).

De modo geral a obesidade caracteriza-se então enquanto problema complexo de saúde pública (dentre tantas outras áreas de ramificação), e uma das formas mais eficientes de combater sua configuração mais agressiva (obesidade grau III e superobesidade) é a Cirurgia Bariátrica.

1.3 A Cirurgia Bariátrica (CB)

1.3.1 Conceito, Técnicas e Indicações

Cirurgia Bariátrica, Gastroplastia, Redução de Estômago etc. são alguns dos nomes dados a técnicas de intervenção cirúrgica que alteram a morfologia do sistema digestivo do paciente, na tentativa de reduzir mecanicamente a quantidade e/ou qualidade de alimentos ingeridos, e consequentemente o IMC. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), os tipos de CB são divididos por seu mecanismo de funcionamento em: a) restritivos: que reduzem a capacidade do estômago de comportar alimentos; b) disabsortivos: que reduzem a capacidade de absorção do intestino e c) mistos: que mesclam os dois mecanismos anteriores.

Essas técnicas podem ser executadas por abordagem aberta (laparotomia) na qual o acesso é feito por um corte de 10 a 20 cm no abdômen do paciente ou por videolaparoscopia, na qual são realizadas pequenas incisões de 0,5 a 1,2 cm no abdômen do paciente pelos quais passam as cânulas e a câmera necessárias ao procedimento. A abordagem laparoscópica relaciona-se a uma taxa de mortalidade média de 0,23%, contra a abordagem aberta na qual a taxa de mortalidade varia de 0,8% a 1%.

Em relação às técnicas, no Brasil são aprovadas quatro diferentes modalidades cirúrgicas: o Bypass Gástrico; a Banda Gástrica Ajustável; a Gastrectomia Vertical e o Switch Duodenal. Há ainda a alternativa terapêutica do Balão Intragástrico, que não é cirúrgica (Figura 1).

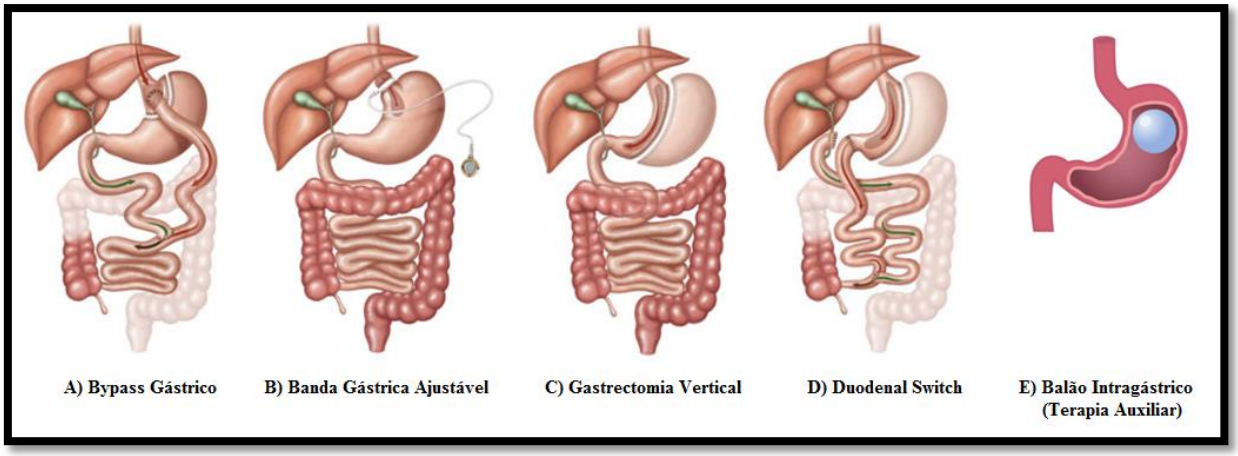

FIGURA 1

Técnicas cirúrgicas e terapia auxiliar aprovadas no Brasil . Fonte: SBCBM

O Bypass Gástrico é um procedimento misto que alia o grampeamento do estômago (reduzindo sua capacidade de armazenamento) a um desvio do início do intestino (que promove um aumento dos hormônios de saciedade). É a técnica mais praticada no Brasil, principalmente por sua eficácia (perda de 40 a 45% do peso inicial) e segurança, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas no país. A Banda Gástrica Ajustável representa cerca de 5% dos procedimentos no país, sendo também bastante segura e eficaz (perda de 20 a 40% do peso inicial). Trata-se de um anel inflável e ajustável de silicone colocado ao redor do estômago, possibilitando seu esvaziamento. Na Gastrectomia Vertical o estômago é seccionado verticalmente, transformando-se num tubo com capacidade entre 80 e 100 mL. No Switch Duodenal 85% do estômago é retirado sem, no entanto, afetar sua anatomia básica e fisiologia de esvaziamento. Aliado a isso, o desvio intestinal reduz a absorção de nutrientes e juntos possibilitam perda de peso inicial de 40% a 50%. O Balão Intragástico é um auxiliar terapêutico geralmente usado no pré-cirúrgico em pacientes superobesos (IMC acima de 50 kg/m²). Trata-se da implantação de uma prótese de silicone por endoscopia no estômago que é preenchida com 500mL de azul de metileno (se houver vazamentos a urina sai azul) visando reduzir a capacidade gástrica e causar saciedade. A permanência do balão é de até 06 meses.

Ao longo do ano de 2011 a SBCBM organizou a campanha nacional “Obesidade sem marcas: Cirurgia Menos Invasiva é um Direito”, alertando para os benefícios do procedimento laparoscópico como menos invasivo e mais seguro pelo menor tempo de internação requerido e menor risco de infecções. O material impresso utilizado pela SBCBM está disponível online e contém informações sobre todo o processo pré e pós-cirúrgico, mitos e verdades sobre o procedimento, as técnicas e suas vantagens e informações sobre as cirurgias realizadas no Brasil.

Independente da técnica utilizada, a CB deve ser entendida como um tratamento e sua indicação e viabilização no Sistema Único de Saúde (SUS) obedece à Portaria n°492/2007 do Ministério da Saúde, segundo a qual a CB é indicada para: a) Pacientes com IMC $\geq$ 40 Kg/m², sem comorbidades, cujo tratamento conservador realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta de equipe de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade foi ineficiente; b) Pacientes com IMC $\geq$ 40 Kg/m² com comorbidades que ameacem a vida; c) Pacientes com IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m² portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Além de preencher um desses critérios, são excluídos casos de obesidade provocada por doenças endócrinas (hipotireoidismo, síndromes hipotalâmicas, síndrome de Cushing etc.), pacientes dependentes de álcool ou outras drogas, distúrbio psicótico grave ou tentativa recente de suicídio. A faixa etária para a realização cirúrgica é entre 18 e 65 anos e o paciente deve dispor de capacidade cognitiva para compreender todos os aspectos do tratamento. O paciente deve ainda se comprometer, juntamente à sua família, com o seguimento pós-operatório (que deve ser mantido indefinidamente).

Assim, é possível perceber que a decisão e realização da cirurgia é um processo para além apenas do paciente. Ele envolve também, desde o início, sua família, que em muitos casos resume-se ao cônjuge e possíveis filhos.

Apesar do SUS prover aos seus usuários a possibilidade da CB, sua efetivação geralmente se dá num processo lento, cujas filas de espera frequentemente levam anos. A fase inicial do processo objetiva avaliação com o cirurgião, clínico geral ou endocrinologista, e avaliação e preparo psicológicos. Isso quer dizer que cabe ao psicólogo avaliar transtornos e características do paciente que impossibilitem ou dificultem o processo cirúrgico e pós-cirúrgico e dar os devidos encaminhamentos. Durante a fase secundária (exames clínicos) o paciente é obrigado a acompanhar mensalmente reuniões do grupo multidisciplinar, nos quais os profissionais (geralmente cirurgião, psicólogo, nutricionista e enfermeiro) abordam assuntos relacionados ao processo cirúrgico e pós-cirúrgico. Cada hospital tem autonomia para gerenciar a composição e as atividades de seu grupo multidisciplinar (MS, Portaria n°492/2007). O que se percebe, no entanto, é que esse preparo multidisciplinar se foca quase exclusivamente no paciente que se submeterá ao processo cirúrgico (Marchesini, 2010), e quando esse paciente volta para sua família após a cirurgia, o apoio recebido é feito muitas vezes de forma intuitiva, baseado no bom senso e boa vontade dos familiares, que buscam adquirir alimentos mais saudáveis para a casa, adaptam-se à dieta do familiar operado, buscam informações sobre alimentação etc. Esse suporte prático é mais fácil de ser percebido e realizado, porém em relação ao apoio psicológico, menos explícito e objetivo, os familiares se sentem perdidos, uma vez que a adesão ao novo estilo de vida nem sempre se dá de forma rápida e positiva, e muitas vezes o apoio oscila entre o encorajamento e a cobrança (Souza et al, 2005; Williams & Merten,2013).

O foco da atenção no (e por vezes apenas no) paciente pode também ser pensado como consequência da influência do paradigma científico que caracterizou o pensamento moderno e ainda influencia a práxis profissional. A ascenção do discurso técnico, validado pela metodologia científica, e personificado na figura do médico, traz como característica o reducionismo (redução do fenômeno em partes menores), possível de ser observado quando o

paciente (e sua fisiologia) são o foco da intervenção, deixando-se assim de compreender a obesidade como o fenômeno complexo que é.

No Brasil, segundo a SBCBM (2011), o número de cirurgias aumenta a cada ano, e passou de 16000 em 2003 para 60000 em 2010. Entre 2010 e 2013 houve aumento em 45% do número de cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou também um aumento de investimento em 56%, passando de R$24,5 milhões em 2010 para R$38,1 milhões em 2013(Portal Brasil, 2014). Quando comparado à 2015, o número de cirurgias bariátricas cresceu 7,5% no Brasil em 2016, em que cerca de 100,512 mil procedimentos foram realizados no país (SBCBM).

1.3.2 Implicações Físicas, Comportamentais e Psicológicas.

As mudanças no trato gastrointestinal obtidas com a cirurgia se configuram apenas como o início de uma série de mudanças que a partir de então se apresentam como desafios, tanto aos pacientes quanto às pessoas a eles vinculadas. Com a significativa perda de peso geralmente segue-se também mudança significativa nos quadros de comorbidades, como redução na prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (Sjöström, 2013; Sundbom et al, 2016;), apnéia do sono (Pories et al, 2016), hipertensão, dislipidemia, além de melhora laboratoriais em exames de glicose e hemoglobina glicada (Sundbom et al, 2016), bem como redução na incidência de infarte do miocárdio, derrame cerebral e câncer (Sjöström, 2013). King et al (2016) apontam também melhoras em dor corporal, funcionalidade física e tempo de caminhada significativas nos 3 primeiros anos após a cirurgia. Houve ainda melhora em dores específicas em articulações dos joelhos e quadris. No entanto, as mudanças mais perceptíveis ao paciente são a perda de peso e o possível excesso de pele decorrente do processo (Giordano, Victorzon, Koskivuo & Suominen, 2013; Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013). Marchesini (2010) salienta ainda que a busca pela juventude estética, que muitas vezes

motiva a busca pela própria CB pode levar o paciente e significar o excesso de pele como mais uma falha (além da obesidade), acarretando pensamentos depreciativos e depressivos.

Em relação às mudanças psicológicas, no geral há redução de transtornos psiquiátricos, como de humor, alimentares e do sono (Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013; Kalarchian et al, 2015), melhora na autoestima, autoimagem, socialização, confiança e disposição profissional (Moreno et al 2011) e redução principalmente de sintomas de ansiedade e depressão (Barroqueiro, Araújo, Barroqueiro, Araújo & Garcia, 2012; Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013; Kalarchian et al, 2015). No entanto, a adaptação ao novo estilo de vida que se impõe muitas vezes vai de encontro às expectativas criadas em torno da cirurgia e frequentemente o tratamento é abandonado (Marchesini, 2010). Mariano, Boccara de Paula, Bassi, e Paula (2014) alertam para a necessidade de desmistificação de expectativas além da redução de peso, agregando ao tratamento a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais e mudanças nas características de suas personalidades.

Sobre as expectativas irrealistas que os autores apontam como obstáculos à adaptação é possível fazer um paralelo com a construção do lugar social do obeso trazida por Stenzel (2002) na qual a autora mostra como o viver obeso se dá numa contínua exclusão biológica, psicológica e social, o que auxilia a compreender a possibilidade da CB, quando não adequadamente apresentada ao paciente, se aproximar de uma ilusão de pertencimento social que pode não se efetivar, como a esperança, comum entre os pacientes, de “comer sem engordar” após a cirurgia, ou “ser mais extrovertido” ou ainda conseguir validação social de suas capacidades no outro.

1.4 Relacionamentos Românticos, Obesidade e Gênero

Em nossa sociedade, a conquista de um parceiro (romântico, sexual...) se relaciona diretamente à atratividade que a pessoa exerce em seu contexto social. Se leva-se em consideração a exclusão social do obeso discutida por Stenzel (2002), essa premissa, de antemão, já coloca a pessoa obesa em desvantagem nessa "competição" no "Marriage Market" (mercado de casamentos em tradução livre, nome dado pelos pesquisadores à competição por parceiros com objetivo de construir um relacionamento romântico), como apontam Bove e Sobal (2011) em pesquisa realizada com homens e mulheres recém-casados. Foi consensual entre os participantes o quanto é mais difícil para a as mulheres, principalmente as obesas, "competirem" por um parceiro e serem bem sucedidas romanticamente.

Importante notar ainda que a obesidade não dificulta apenas a busca por um parceiro, mas se reflete também economicamente. Gotmarker, Must, Perrin, Sobol e Dietz (1993) examinaram prospectivamente a relação entre excesso de peso entre 10.039 adolescentes e adultos jovens e suas características sociais e econômicas e autoestima sete anos depois (1981-1988). Quando examinadas as variáveis sociais e econômicas e a autoestima em 1988, foram encontrados níveis geralmente mais baixos de realização socioeconômica entre os indivíduos com excesso de peso em 1981; as estimativas brutas da diferença foram maiores para as mulheres. Tanto as mulheres como os homens com excesso de peso tinham menos probabilidade de se casar, tinham menos anos de educação e tinham renda familiar mais baixa, baixa autoestima e taxas de pobreza mais altas do que aqueles que não tinham excesso de peso. Sete anos mais tarde, as mulheres com excesso de peso completaram menos tempo de escola (0,3 anos menos), eram menos propensas a se casar (20% menos probabilidade), tinham renda familiar mais baixa e tinham taxas mais altas de pobreza domiciliar (10% maiores) do que outras mulheres, independente das características da linha de base. Os autores

atribuem os resultados ao estigma associado à obesidade e à subsequente discriminação social tanto na busca por parceiros conjugais quanto no mercado de trabalho.

A atenção e cuidado com o corpo e o peso são mais presentes antes de se estabelecer um relacionamento, uma vez que há maior competição por um parceiro e seu valor é medido pela atratividade social que o indivíduo desperta nos outros. Após o estabelecimento de uma relação, a imagem passa a ter menos importância então a atenção e cuidado com o peso diminuem (para ambos os sexos). Talvez essa seja também a explicação para as pesquisas que apontam que a transição para o casamento está também associada a ganho de peso (Dinour et al,2012; Teachman, 2016).

No entanto, as mulheres tendem a compensar esse movimento com investimento em roupas e maquiagem, buscando uma imagem mais "adulta", o que não acontece com os homens. Foi também digno de nota o consenso entre homens e mulheres de que os homens são a parte mais pesada da relação, e aproximação do peso do casal ou a inversão desse fato pode gerar ressentimento e rivalidade (Bove & Sobal, 2011).

A obesidade é fator de exclusão e discriminação para mulheres solteiras e um dificultador para as casadas, uma vez que o desconforto com o próprio corpo dificulta a intimidade e inibe o desejo. O excesso de peso pode ser compreendido também como forma de defesa e autoproteção para as solteiras, que dessa forma não atraem atenção para si mesmas e não precisam lidar com a rejeição (Williams & Merten, 2013).

Em seu estudo sobre relacionamentos românticos com mulheres obesas, Williams e Merten (2013) apontam que entre as mulheres casadas, a opinião dos cônjuges (em sua maioria obesos também) sobre seu peso teve bastante impacto. No casamento o peso dos cônjuges (e suas variações) pode ter funcionalidade na relação conjugal. Por exemplo: uma das participantes casadas do estudo dos autores alegou que começou a ganhar peso quando percebeu que seu marido se sentia inseguro quando outros homens a cortejavam. Com o

ganho de peso, o marido se sentiu mais confiante de que a esposa não atrairia outros olhares. Ou seja, o ganho de peso serviu para evitar a possibilidade de confronto entre o casal, mantendo o *status quo* da relação (Williams & Merten, 2013).

Positivamente observou-se que quando o esforço de emagrecer era compartilhado, a motivação para a perda de peso era maior. No entanto, o encorajamento verbal dos maridos não era acompanhado por atitudes mais saudáveis. Por vezes, a falta de preocupação do marido com o próprio peso não o fazia aderir a hábitos mais saudáveis e em alguns casos julgamentos e comparações feitos pelos maridos entre suas esposas e outras mulheres as desvalorizavam não apenas enquanto mulheres, mas enquanto esposas e mães (Williams & Merten, 2013).

Interessante notarmos no estudo dos autores a forma como obesidade é vivida pela mulher num relacionamento. No caso das solteiras, além de se tornar fator dificultador da relação, o ganho de peso é utilizado como defesa psicológica contra a rejeição, ou seja, pode-se pensar a obesidade também em seu sentido simbólico, uma barreira (que se literaliza em forma de ganho de peso) que separa essa mulher das experiências com o outro e com o mundo. No caso das mulheres casadas a obesidade pode ser compreendida como fator de comparação, julgamento e desvalorização dessa mulher em seus vários papéis sociais. Também é notável a solidão no processo de mudança, nos quais os maridos não se vêem como parte (já que experimentam a própria obesidade de forma menos violenta). Também no caso das mulheres casadas o ganho de peso também teve uma contrapartida simbólica de evitar conflitos conjugais, o que nos desafia a pensar que talvez essas mulheres se utilizem do caráter simbólico da obesidade para se protegerem da falta de voz na própria relação. E nesse contexto em que arrumar um marido já é mais difícil para elas, talvez a estabilidade da relação exposta pelo ganho de peso para evitar conflitos exponha a insegurança do confronto que pode acabar em solidão novamente.

1.5 Conjugalidade e CB

A literatura científica é bastante extensa em relação aos benefícios que a CB traz para a vida do indivíduo, para sua saúde física (Giordano, Victorzon, Koskivuo & Suominen, 2013; Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013; Sjöström, 2013; King et al., 2016; Pories et al, 2016; Sundbom et al, 2016), mental e qualidade de vida (Moreno et al., 2011; Barroqueiro, Araújo, Barroqueiro, Araújo & Garcia, 2012; Müller, Mitchell, Sondag & Zwaan, 2013; Kalarchian et al, 2015). De forma especialmente coesa em relação à extensão desses benefícios à relação conjugal. Parece consensual que os benefícios relacionados à CB refletem positivamente, levando à melhora da relação conjugal, de forma especial à melhora da intimidade e sexualidade entre o casal.

Intimidade é definida como demonstração de sentimentos de amor, cuidado e confiança, afeição, compatibilidade, coesão, identidade e habilidade de resolver conflitos (Pories et al, 2011). Homens casados relataram que após suas cirurgias as esposas demonstravam mais afeto, mais toques, carinhos e a comunicação entre eles melhorou muito. As brigas não deixaram de existir, mas a forma de lidar com os conflitos ficou mais efetiva (Moore & Cooper, 2016). Não apenas os pacientes relatam que a conversa sobre assuntos anteriormente muito difíceis se torna mais fácil, mas os cônjuges relatam que vendo seu(ua) perceiro(a) mais autoconfiante, não o poupa das conversas difíceis por medo de magoá-lo, como acontecia antes. Aos olhos dos cônjuges os parceiros estão menos vulneráveis (Pories et al, 2011).

Em relação à sexualidade, é documentada melhora em relação à disposição sexual e aumento da libido, redução no sentimento de vergonha e inibição sexual (Moreno et al, 2011; Pories et al, 2011; Moore & Cooper, 2016). O sexo é descrito como mais prazeroso e com maior consciência corporal. Nos encontros sexuais há mais interação entre os parceiros, menos vergonha do próprio corpo e menos inibição de iniciar o contato sexual (Pories et al,

2011; Moore & Cooper, 2016). No entanto, o estudo de Moore e Cooper (2016) aponta que para alguns dos homens participantes a melhora não é suficiente e eles esperam da parceira sempre mais. Para a maioria, no entanto, o divórcio nunca foi uma opção após o procedimento, principalmente pelo maior comprometimento com a relação. Eles não negam que o novo contorno corporal desperta olhares que antes não despertavam, mas não encorajam uma aproximação. Nenhum dos participantes admite ter tido sexo fora do casamento, no entanto uma parcela deles se disse tentada.

Outro aspecto em que há convergência de opiniões é em relação à necessidade da mudança de hábitos alimentares e de exercícios físicos para a perda de peso (seja por CB ou não) precisa ser adotada por ambos os parceiros para que haja sucesso (Pories et al, 2011; Williams & Merten,2013). Casais com hábitos parecidos têm maior probabilidade de permanecer juntos. Pobreza no autocuidado, hábito de beber, estresse mental e falta de exercício físico entre cônjuges são considerados vulnerabilidades que afetam os processos adaptativos do casal, no entanto, quando ambos compartilham esses hábitos, a probabilidade de divórcio é menor do que quando apenas um dos indivíduos os pratica (Torvik, Gustavson, Røysamb & Tambs, 2015).

Assim a CB pode se tornar tanto um fator que aproxima o casal, quando este se une para a mudança de hábitos juntos, quanto um estressor ao relacionamento. No caso das mulheres obesas estudadas por Williams e Merten (2013), a forma como os maridos encaravam o próprio peso predizia o engajamento no emagrecimento e o julgamento depreciativo dificultava o processo de mudança para elas. O encorajamento verbal recebido dos maridos não condizia com suas atitudes. Sentimento parecido foi experienciado pelos homens do estudo de Moore e Cooper (2016) em relação à ambiguidade no apoio recebido de suas esposas, que os encorajavam verbalmente, elogiavam e parabenizavam pela perda de peso, se esforçavam para mudar os hábitos da casa e nos cuidados pós operatórios ao mesmo

tempo que por vezes criticavam a necessidade de atividade física ou a decisão pela cirurgia. No entanto, de forma geral, as esposas foram consideradas “peças centrais” no sucesso da cirurgia.

Dessa forma, fica claro que a realização da CB implica mudanças estruturantes na vida tanto do paciente quanto de sua família. Mudanças essas muitas vezes não plenamente compreendidas pelos profissionais de saúde nem pelos familiares, e que podem levar ao fortalecimento da relação conjugal, quanto ao seu fim. Para contribuir no preenchimento dessa lacuna relacionada à forma como o processo que envolve a CB pode influenciar no fim do casamento, o presente estudo propõe-se a investigar a percepção de mulheres submetidas à CB que se divorciaram após o processo, sobre a influência da cirurgia e suas especificidades no relacionamento conjugal, na decisão e no desencadear do divórcio.

1.6 Divórcio e sua relação com CB

Num universo de 161,9 milhões de pessoas recenseadas no Brasil, 50,1% (80,080 milhões de pessoas) viviam em união conjugal em 2010. Do número de comprometidos, o casamento civil e religioso representou 42,9%; a união consensual 36,4%; e união apenas no religioso 3,4% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE,2010). No que diz respeito aos rompimentos, o Brasil registrou um aumento de 161,4% na taxa de divórcios do país entre 2004 e 2014 (Brasil, 2015).

O casamento pode ser motivado por fatores de aspectos contextuais - gravidez ou imposição parental por exemplo- ou por fatores de ordem afetiva -amor e afinidade, por exemplo (Féres-Carneiro, 2003; Zordan, 2010b), sendo estes últimos mais comumente associados aos motivos que levam às mulheres ao matrimônio, quando para os homens, o casamento está associado à "constituição de uma família" (Fères-Carneiro, 2003).

A separação pode acontecer em qualquer etapa do ciclo vital do indivíduo, sem restrições sócio-demográficas, podendo assim ser considerada uma crise vital. A compreensão de que o casamento não é necessariamente para sempre e a facilidade de acesso ao processo de divórcio se comparado à algumas décadas pode ter influenciado esse aumento (Zordan, 2010a; 2010b).

Legalmente, alguns dos principais motivos para o pedido de divórcio registrados judicialmente são respectivamente: brigas frequentes, agressões do cônjuge, legalização de uma situação já existente, alcoolismo do cônjuge, agressões com envolvimento dos filhos, abandono do lar pelo homem, ameaça de morte, não cumprimento dos deveres do casamento (que segundo as autoras, constam no código civil como sendo: fidelidade recíproca; vida conjugal, no domicílio conjugal; mútua assistência; sustento, guarda e educação dos filhos; respeito e consideração mútuos), abandono do lar pela mulher, e outros (Zordan,2010a;

Zordan, Wagner & Mosmann, 2012). Quando, no entanto, entram em cena dados qualitativos de entrevistas com pessoas que passaram pelo processo de divórcio, entra em cena principalmente a traição (Féres-Carneiro, 2003; Zordan,2010b), além do desgaste na dimensão amorosa e fatores financeiros (Zordan, 2010b). Um dado interessante dos fatores financeiros apontados é que a emergência de casais de dupla renda e dupla jornada modifica os papéis sociais dos homens e mulheres no casamento. O homem deixa de ser o único provedor da casa e as mulheres já não se ocupam apenas do cuidado do lar e dos filhos, o que também traz às mulheres autonomia financeira. De forma geral, a decisão de divorciar-se foi relacionada à impossibilidade de manutenção da relação por aspectos específicos dela mesma (traição, desgaste, necessidade de liberdade etc), independente da família ou contexto (Zordan, 2010b). Se estes antes eram motivos para o casamento, o divórcio acontece apesar deles.

No momento da separação a porcentagem de mulheres que trabalham fora com escolaridade mais elevada (segundo graus e superior completo) aumenta em relação ao início do casamento Zordan (2010a), e diminui o número de donas de casa, o que demonstra alteração na dinâmica familiar (Zordan, Wagner & Mosmann, 2012). Em relação aos homens surgem os aposentados, indicando o divórcio na meia idade, o que é esperado, uma vez que os homens se divorciam mais velhos que as mulheres. No Brasil, o tempo médio entre a data do casamento e a sentença do divórcio é de 15 anos (IBGE, 2015), o que localiza o processo na fase do ciclo vital da família de “criação dos filhos” (8-21 anos de conjugalidade) (Zordan, Wagner & Mosmann, 2012).

Quanto maior é a independência financeira da mulher, mais exigente ela é com seu parceiro, uma vez que seu papel na relação não será o de sustentá-la. Dessa forma, o homem precisa reinventar seu papel e desvinculá-lo da função de apenas provedor. Tendo em vista que a mulher independente financeiramente tende a considerar o casamento prioritariamente

como relação amorosa, então quando o amor acaba o motivo para a sustentar a relação também acaba (Zordan,2010a; Zordan, 2010b; Zordan, Wagner & Mosmann, 2012). A vida moderna valoriza a independência, autonomia, individualidade e liberdade (Zordan, 2010b) e talvez por isso a mulher já não se sinta tão presa a uma relação em que não encontre a afetividade que espera e seja ela, na maioria dos casos, a pedir o divórcio (Féres-Carneiro, 2003; Zordan, 2010a)

A fase imediatamente posterior ao divórcio é enfrentada com sofrimento e luto pela relação (Féres-Carneiro, 2003), no entanto, para as mulheres o luto foi vivenciado e superado apesar do sofrimento. A separação é compreendida principalmente em seus aspectos positivos, com alívio, tomada de responsabilidade pela própria vida e auto-valorização (Féres-Carneiro, 2003; Zordan, 2010b). Nessa fase o foco das mulheres se concentrou nos filhos, trabalho e amizades. Talvez a mudança de foco para os filhos seja um fator positivo de enfrentamento da situação que as esposas têm como vantagem sobre os (ex) maridos, uma vez que no Brasil cerca de 78,8% das guardas dos filhos são dadas às mulheres no divórcio. Entre 2014 e 2015 a porcentagem de guardas compartilhadas cresceu de 7,5% em 2014 para 12,9% em 2015 (IBGE, 2015). Para os homens os principais sentimentos a serem enfrentados são o de solidão e de confusão. Féres-Carneiro (2003) aponta que talvez pela forma de compreender o casamento como "constituição de uma família", quando este se desfaz, o homem sente que perdeu toda a sua família (esposa e filhos, que geralmente ficam com a mãe).

Entre pacientes "bariátricos" separação marital ou divórcio ocorrem entre 5% a 10% dos casos, frequentemente associado à frustrações de expectativas irrealistas que os pacientes, familiares e a sociedade em geral possuem em relação à cirurgia (Cowan Jr., 1998). Casamentos disfuncionais antes da cirurgia se mantém disfuncionais no pós-operatório, e depois da perda de peso. A rede familiar e de amigos pode acabar sabotando a mudança por falta de controle ou deliberadamente, para manter o paciente no lugar de obeso. A perda

dessas redes de suporte (amizade e familiar) pode levar ao divórcio (Childs, 2007; Reedy & Blum, 2010). As autoras ainda apontam que o divórcio pode acontecer como uma situação de transição, resultado de mudanças na dinâmica interpessoal na família, agora que o indivíduo obeso mudou, muda também a forma como a família o enxerga e seu papel no mundo. "A esposa, anteriormente passiva e obesa, pode encontrar sua voz depois da perda de peso e romper o *status quo* familiar" (Reedy & Blum, 2010, p.37, tradução nossa; Williams & Merten, 2013). Durante os três anos posteriores à cirurgia, Rand, Kuldau e Robbins (1982) encontraram uma taxa de divórcio e separação significativamente mais alta do que no grupo de adultos não obesos, particularmente entre casamentos já considerados complicados antes mesmo da cirurgia, o que pode ser um indicativo importante, uma vez que a incidência de divórcio e desarmonia conjugal entre candidatos obesos grau III são maiores do que na população em geral, fazendo com que essa população tenha maior risco de problemas conjugais com ou sem cirurgia (Rand, Kuldau & Robbins, 1982; Rand, Kowalske & Kuldau, 1984; Childs, 2007).

Estudos anteriores sugeriram que o impacto tanto do processo de adaptação cirúrgico quanto os resultados provenientes da bariátrica podem impactar negativamente o casamento. No período de adaptação física (pós-cirurgico imediato até por volta dos 6 meses posteriores), foi relatado aumento stress causado pela restrição alimentar (Solow, Silberfarb & Swift, 1974), labilidade de humor, ansiedade, irritabilidade e depressão (Kalucy & Crisp, 1974; Castelnuovo-Tedesco & Schiebel, 1976; Marshall & Neil, 1977), chegando à ideação suicida (Marshall & Neil, 1977). Em relação à adaptação social exigida pelo procedimento, verificou-se que a perda de peso pode também atuar como perda de um sintoma de defesa do ego, deixando-o vulnerável (Williams & Merten, 2013). Algumas vezes a perda de peso rápida não é acompanhada de um reconhecimento corporal e apesar do emagrecimento o paciente ainda se reconhece num corpo obeso, o que pode gerar isolamento, frustração e tristeza (Kalucy &

Crisp, 1974). Problemas relacionais acabam aparecendo com o novo corpo, como a ambivalência da potência sexual recém-descoberta (Kalucy & Crisp, 1974), o desejo é acompanhado do medo de fracassar, o que pode levar à frigidez, redução de libido e impotência sexual (Kalucy & Crisp, 1974; Neill, Marshall & Yale, 1978). Em particular no caso de pacientes mulheres casadas foi relatado que com a perda de peso houve aumento da autoconfiança, autoestima, autonomia e socialização, tornando-as mais exigentes e assertivas com seus parceiros. Estes, por sua vez, sentem-se confusos com as mudanças e passam a enxerga-las de forma negativa (Kalucy & Crisp, 1974; Castelnuovo-Tedesco & Schiebel, 1976; Neill, Marshall & Yale, 1978; Pories et al, 2011; Williams & Merten, 2013). Nesse momento aparecem os ciúmes e o aumento da ansiedade nos parceiros, medo do abandono manifesto no ceticismo e crítica aos novos empreendimentos das parceiras, traições e relutância em redefinir os papéis de ambos, tanto na família - tarefas domésticas, cuidado dos filhos (Neill, Marshall & Yale, 1978) quanto no sexo – o aumento do apetite sexual é uma característica comum com a perda de peso, no entanto alguns maridos não conseguem lidar com aumento da libido das esposas (Neill, Marshall & Yale, 1978; Rand, Kowalske & Kuldau, 1984).

1.7 Objetivos e Justificativa

O objetivo do presente trabalho é investigar a percepção de mulheres submetidas à CB que se divorciaram após o processo, sobre a influência da cirurgia e suas especificidades no relacionamento conjugal, na decisão e no desencadear do divórcio. Os objetivos específicos são: (a) compreender sob a perspectiva da participante como era seu entendimento da obesidade enquanto ainda estava em matrimônio. De forma especial no que diz respeito às implicações da obesidade em sua vida conjugal; (b) conhecer a motivação para a intervenção cirúrgica e a forma como esta foi concebida e enfrentada pelo casal; (c) investigar se o processo de adaptação pós-cirúrgico teve influência na decisão do divórcio e (em caso positivo), de que forma essa influência aconteceu.

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade científica de investigação da forma como a CB afeta os relacionamentos. De forma específica, como afeta o casamento a ponto de encaminhá-lo ao fim. Os resultados dela extraídos trarão benefícios à comunidade acadêmica que se debruça sobre os relacionamentos interpessoais e suas intercessões com outras áreas de conhecimento e podem auxiliar uma melhor preparação dos casais para o processo de mudanças que antecedem e precedem a CB. Cônjuges bem preparados têm maior probabilidade de usufruírem dos efeitos positivos da CB, de forma a fortalecer a união, aumentando a chance de sucesso na adaptação e manutenção do peso após a intervenção. Compreendendo de que forma a CB e suas repercussões influenciam no relacionamento conjugal de forma a rompê-lo nos permite uma visão mais aprofundada do problema com vistas a preveni-lo mais eficientemente. De forma ampla, é também um auxílio à equipe profissional que lida com o preparo psicológico da paciente, aumentando as chances de resultados positivos e duradouros posteriormente com a inserção e a ampliação do cuidado para o cônjuge e sua família.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de caráter qualitativo. O campo de saúde e bem-estar tem uma forte tradição de pesquisa qualitativa, uma vez que esta oferece insights ricos e atraentes sobre os mundos reais, experiências e perspectivas dos pacientes e profissionais de saúde de maneiras que são completamente diferentes, mas às vezes complementares, ao conhecimento que podemos obter através de métodos quantitativos (Braun & Clarke, 2014). A pesquisa qualitativa tem por característica a abordagem do mundo "*in loco*", de onde o pesquisador tenta descrever, entender ou mesmo explicar os fenômenos sociais estudados (Creswell, 2007; Flick, 2009a). Desde a década de 90 observa-se aumento considerável no número de publicações que se utilizam de métodos qualitativos de pesquisa, com destaque para a análise de conteúdo no campo da psicologia (Carrera-Fernández, Guàrdia-Olmos & Peró-Cebollero,2014). Para atingir os objetivos propostos, para coleta e análise de dados selecionou-se a entrevista episódica como instrumento e análise temática para compilação dos dados obtidos, ambos característicos da pesquisa qualitativa (Bauer, 2003; Creswell, 2007; Gil, 2008a; Flick, 2009a). Por meio das entrevistas foi possível compreender de forma mais profunda e fidedigna se e como a cirurgia bariátrica e seus desdobramentos influenciaram no término do casamento das participantes.

2.2 Participantes

Tratando-se de um estudo exploratório qualitativo no qual o sexo das participantes e as experiências da cirurgia bariátrica e do divórcio são condições para a participação, a amostragem deu-se de forma não probabilística por acessibilidade (conveniência) (Gil, 2008b) e por bola de neve, metodologia no qual um participante da pesquisa indica outros possíveis participantes (Vinuto,2014) . Para a seleção utilizou-se um grupo virtual de usuários da rede social Facebook chamado Gastroplastia Capixaba – Bariátrica no Espírito Santo. Esse grupo existe há cerca de cinco anos, conta com mais de dez mil membros e foi criado para capixabas trocarem experiências sobre a cirurgia bariátrica e seus processos subjacentes. Para participar da pesquisa a participante precisou ter se submetido à cirurgia bariátrica enquanto ainda estava em matrimônio e que o divórcio tenha acontecido após o procedimento cirúrgico. A escolha por participantes do sexo feminino deu-se pela incidência global maior da obesidade em mulheres (OMS,2012), e pelo fato de as mulheres utilizarem mais a internet (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística -IBOPE, 2014) e valorizarem mais a possibilidade de contato interpessoal (Scheider, 2005), dispendendo mais tempo no Facebook (Denti et al., 2011).

Por motivos didáticos os dados de caracterização da amostra foram sintetizados e organizados na Tabela1, a seguir.

Tabela 01. Caracterização das participantes

	Atualmente					Casamento que contemplou a CB						Divórcio			
Participante	Idade	Escolaridade	Tempo de cirurgía (anos)	Tempo de divórcio[1] (anos)	Relaciona-mento	Casamento	Ano	Idade da participante quando se casou (anos)	Idade do Cônjuge	Filhos[2]	Tempo de casamento quando operou (anos)	Duração do casamento (anos)	Tempo de cirurgia quando divorciou (anos)	Divórcio solicitado por	Guarda dos filhos[3]
P01	49	Doutoranda	13	12	3º Casamento	Primeiro	1995	27	28	1	09	09	<01	P01	Materna
P02	31	2º grau completo	06	01	Solteira	Primeiro	2006	19	20	2	05	11	06	P02	Materna
P03	37	2º grau completo	02	<01	Solteira	Segundo	2004	24	30	2	11	13	02	Cônjuge	Materna
P04	33	Superior completo	04	03	3º Casamento	Segundo	2005	21	33	1	08	09	01	P04	Compartilhada
P05	34	Superior completo	02	01	Solteira	Primeiro	2010	24	24	0	05	05	<01	Cônjuge	Sem filhos
P06	41	2º grau completo	06	05	Solteira	Primeiro	2005	30	30	1	06	07	01	P06	Materna
P07	32	Graduanda	04	02	Solteira	Primeiro	2009	26	36	1	04	06	02	P07	Compartilhada
P08	30	Superior completo	11	01	Solteira	Primeiro	2005[4]	18	20	0	01	11	11	P08	Sem filhos
P09	40	2º grau completo	01	01	Solteira	Primeiro	2001	24	31	1	15	15	<01	P09	Materna
P10	46	Pós Graduada	12	09	2º Casamento	Primeiro	1988	17	21	1	18	20	03	P10	Filho>18 anos

[1] Tempo entre o divórcio do casamento abordado na pesquisa e a entrevista
[2] Filhos gerados no casamento abordado
[3] Guarda judicial dos filhos abaixo de 18 anos na ocasião do divórcio
[4] Casamento oficial em 2012, mas moravam juntos desde 2005

As participantes do estudo são todas capixabas, residentes na região da Grande Vitória, cujas idades variaram entre 30 e 49 anos (seis delas entre 30 e 37 anos), escolaridade entre o 2º grau completo e a pós graduação, o tempo de cirurgia no momento da entrevista ficou entre 01 e 13 anos (sete delas entre 01 e 06 anos), o tempo de divórcio (do casamento em estudo) no momento da entrevista variou de meses a 12 anos (oito deles $\leq$ 05 anos), três das participantes estão casadas novamente. Em relação ao casamento estudado, para duas das participantes tratou-se de seu segundo casamento, para as demais foi o primeiro, a idade das participantes quando se casaram variou de 17 a 30 anos e de seus ex cônjuges de 20 a 33 anos, duas das participantes tiveram 02 filhos com o ex cônjuge do casamento estudado, seis participantes tiveram 01 filho e duas não tiveram filhos, o tempo de casamento que precedeu a cirurgia variou de 01 a 18 anos, a duração do casamento variou de 05 a 20 anos, o intervalo de tempo entre a bariátrica e o divórcio variou de meses a 11 anos (sete entre as dez participantes divorciaram-se com dois anos ou menos de operadas), oito entre as dez pediram o divórcio (entre as duas participantes em que o ex marido pediu o divórcio, o ex cônjuge da participante 05 também fez a cirurgia bariátrica 03 meses antes dela), dos casais com filhos menores de 18 anos, cinco participantes ficaram com a guarda dos filhos e em dois casos a guarda foi compartilhada.

2.3 Instrumento

Para atingir seus objetivos o presente trabalho utilizou-se de um dos métodos mais predominantes na pesquisa qualitativa: a entrevista. (Gaskell,2003; Creswell, 2007; Gil, 2008a; Gil, 2008b; Flick, 2009a). A escolha desse instrumento deu-se pelo foco da pesquisa: o conhecimento advindo do experimentar da situação. Dessa forma, a experiência individual de uma participante pode ser considerada oportuna para a compreensão de pessoas em situação parecida (Flick, 2009a). Dentre suas modalidades, foi utilizada a entrevista episódica (Flick, 2009b).

A entrevista episódica tem como ponto de partida a suposição que as experiências de um sujeito são armazenadas de forma narrativo-episódica e semântica . Essas duas formas de conhecimento se enlaçam, estando o conhecimento episódico mais próximo das experiências e situações concretas, e o conhecimento semântico, por sua vez se baseia em relações abstraídas destas situações e generalizadas (Flick, 2009b). “Para o primeiro caso, o curso da situação em seu contexto é a unidade principal em torno da qual o conhecimento é organizado. No último, os conceitos e suas relações entre si são as unidades centrais (Flick, 2009b, p. 172). Dessa forma, a entrevista episódica une as vantagens fornecidas pelos modelos narrativo e semi-estruturado: o conhecimento narrativo-episódico torna-se acessível por meio de narrativas e o conhecimento semântico por meio de questões concretas propositais. O que se busca é o vínculo sistemático entre essas formas de conhecimento (Flick, 2009b, p. 172).

De modo geral as perguntas foram referentes à experiência da participante em seu relacionamento matrimonial anterior à cirurgia bariátrica, à forma como ela percebeu as mudanças que se seguiram ao procedimento cirúrgico e seu impacto em seu casamento e finalmente o divórcio (anexo 02).

2.4 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora utilizou o mecanismo de busca da rede social Facebook para encontrar o grupo Gastroplastia Capixaba – Bariátrica no Espírito Santo. Trata-se de um grupo fechado, ou seja, somente membros podem ver o conteúdo das publicações e publicar suas contribuições. A participação de um novo membro é condicionada à aprovação de um moderador. Sendo assim, a pesquisadora apresentou-se ao moderador do grupo explicando sua proposta de pesquisa, objetivos e procedimentos que a envolvem e solicitou seu ingresso no grupo. Uma vez aceita sua participação, a pesquisadora criou uma publicação-convite (anexo 01), no qual se apresentou como pesquisador e explanou os objetivos da pesquisa a ser desenvolvida bem como os critérios de inclusão das participantes na amostra (amostragem por conveniência) e indicações de possíveis participantes (amostragem por bola de neve). Na publicação a pesquisadora deixou disponíveis seus contatos na rede social, celular e e-mail para que interessadas pudessem entrar em contato. Entre os contatos realizados (pessoas que responderam à publicação-convite e pessoas que indicaram outras possíveis participantes) 17 pessoas se dispuseram a participar.

Posteriormente a pesquisadora entrou em contato com as possíveis participantes, destas, 10 foram selecionados para a amostra. Seguiu-se então o agendamento da entrevista individual, que aconteceu no local de melhor acesso para a participante nos meses de novembro de 2017 e janeiro de 2018. Inicialmente as participantes foram orientadas sobre os aspectos éticos que norteiam a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi então lido, explicado e assinado em 02 vias (uma para a participante e uma para a pesquisadora) antes de iniciar a entrevista (anexo 03). As entrevistas duraram em média 1h30min, os áudios foram gravados e transcritos integralmente em documento digital, sem correções ortográficas, gramaticais ou omissões de expressões, figuras de linguagem ou gírias utilizadas.

2.5 Procedimentos de análise de dados

Os arquivos digitais passaram então por análise temática, melhor indicado para a metodologia proposta (Flick, 2009b). A análise temática é um método para identificar e interpretar padrões de significado através de dados qualitativos (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2014). Para que possa ser efetuada, recomenda-se uma redução gradual do texto qualitativo que opera como generalização e condensação de sentido: inicialmente passagens/parágrafos inteiros são parafraseados em sentenças sintéticas, que posteriormente são parafraseados em palavras-chave. Com o objetivo de chegar-se a um sistema único de classificação e organização do material coletado, desenvolve-se a partir de então um sistema de codificação inicialmente para cada entrevista e posteriormente um sistema coerente e organizado para todas entrevistas do projeto (Jovchelovitch & Bauer, 2003).

Uma boa análise temática envolve mais do que relatar o que está nos dados. Envolve contar uma história interpretativa sobre os dados em relação à pergunta de pesquisa (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2014). Para isso, as autoras propõem uma abordagem não linear e didática em seis fases: 1) Familiarizar-se com os dados e identificar itens de interesse potencial; 2) Geração de códigos iniciais; 3) Procurando por temas; 4) Revisão de temas potenciais; 5) Definição e nomeação de temas; 6) Produção do relatório. Essas fases didatizam e facilitam o processo proposto por Jovchelovitch e Bauer (2003).

Na primeira fase, exige-se do pesquisador imersão em seu conjunto de dados, para apreenção do conteúdo de "dentro para fora", além da identificação e registro de características potencialmente interessantes dos dados. A segunda fase é um processo de codificação sistemática dos dados para gerar códigos iniciais. Um código é um rótulo que capta algo interessante sobre os dados. Os códigos resumem os significados semântico (na superfície dos dados) e latente (as suposições subjacentes e as implicações de padrões particulares de significado) dos dados. Os códigos latentes são muitas vezes dedutivos, e os

dados são examinados através de lentes teóricas existentes, priorizando o quadro analítico do pesquisador. Os códigos semânticos são mais indutivos, baseados nos dados e priorizam os significados fornecidos nos dados (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2014).

Na terceira fase a análise se amplia: um tema identifica um significado padronizado em todo o conjunto de dados, o que ajuda a iluminar o problema de pesquisa. Os autores esclarecem que apesar da fase ser denominada de “procura” por temas, o processo é muito mais ativo por parte do pesquisador, uma vez que o desenvolvimento do tema envolve a procura de padrões mais amplos de significado através dos dados codificados. Os dados codificados podem ser organizados "promovendo" um código particularmente grande e complexo para um tema ou agrupar códigos semelhantes em conjunto, criando um tema. Não há uma maneira cabal de se fazer isso, cabendo ao pesquisador julgar analiticamente o que é significativo para responder ao problema de pesquisa.Um bom tema é autônomo e distintivo, mas o conjunto de temas precisa também formar um todo coerente - uma história analítica. Alguns códigos (e temas) serão inevitavelmente descartados, porque não se enquadram na narrativa analítica em desenvolvimento (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2014).

Em relação à quarta fase é preciso uma análise dupla: se os temas funcionam em relação aos dados codificados (se capturam características mais importantes ao problema de pesquisa) e se eles funcionam em relação ao conjunto de dados. Ao longo do processo de revisão, o pesquisador verifica se cada tema é coerente e substancial, com limites claros e um conceito de organização central distinto. Na quinta fase o trabalho analítico mais substancial e interpretativo é feito, onde são produzidas definições detalhadas e complexas de cada tema. Nesta fase o pesquisador seleciona os extratos de dados que serão utilizados no relatório final, desenvolve e constrói a análise em sua forma final, com cada tema (e a análise em geral) abordando claramente a questão da pesquisa. Outra parte dessa fase é a nomeação de cada tema (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2014).

Finalmente, a sexta fase é uma oportunidade para refinar a análise, por meio da integração da literatura, ou determinar a ordem em que os temas devem ser apresentados(Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2014). O trabalho constante de revisar e comparar permite aproximar estruturas presentes nas entrevistas e na literatura, assim "o produto final constitui uma interpretação das entrevistas, juntando estruturas de relevância dos informantes com as do entrevistador" (Jovchelovitch & Bauer, 2003, p.107).

A análise temática fornece um método cuja flexibilidade é sua principal vantagem, podendo ser usada com quaisquer tipos de dados qualitativos ou com qualquer volume de dados, de maneira indutiva ou dedutiva para fornecer uma rica descrição de um conjunto de dados, identificando temas-chave e padrões de significado seja no nível semântico ou latente (Clarke & Braun, 2014). Ela oferece um conjunto de ferramentas para análises robustas e até sofisticadas de dados qualitativos, no entanto, o foco e a apresentação são acessíveis facilmente inclusive àqueles que não fazem parte do meio acadêmico (Braun & Clarke, 2014).

No caso do presente estudo os dados provenientes das transcrições das entrevistas foram analisados e inicialmente divididos em três grandes grupos de forma a compreender o divórcio enquanto a finalização de um processo cujas raízes se estendem por toda a relação conjugal. Estes, por sua vez, foram subdivididos de acordo com subtemas específicos. Dessa forma temos como primeiro grupo maior o tema "A Obesidade e o Casamento", que se subdivide nas temáticas "Casamento e ganho de peso"; "Ser mulher e obesa" e "A condição de esposa". Como segundo grande grupo temo o tema "A Cirurgia Bariátrica e suas Implicações", que também se subdivide nas temáticas "Expectativas delas, motivações e decisão pela cirurgia"; "Inserção no processo e expectativas do cônjuge" e "Mudanças (in)esperadas. Por fim temos o tema "O Peso da Cirurgia Bariátrica no Divórcio", subdividido em "Euforia inicial"; "Uma nova percepção de si mesma" e "Insatisfação conjugal anterior".

2.6 Aspectos Éticos

Em relação aos aspectos éticos o presente estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) referente às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas científicas envolvendo seres humanos (Ministério de Saúde, 2013) e a Resolução 10/12 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que orienta a realização de pesquisas em Psicologia com seres humanos. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) sob registro CAEE: 76737517.2.0000.5542.

Os critérios éticos foram respeitados, priorizando-se evitar danos e prejuízos aos participantes, bem como legitimidade, privacidade e sigilo das informações. O documento ético norteador foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo03) lido, explicado e assinado em 02 vias (uma para a participante e uma para a pesquisadora) antes de iniciar a entrevista.

Espera-se que o presente estudo possa ser fonte de questionamentos e visibilidade tanto social quanto acadêmica à questões que perpassam a construção do feminino por trás da obesidade e da CB, bem como seu lugar no relacionamento romântico. Objetiva-se com tamanha problematização a construção conjunta de possibilidades de relacionamentos mais íntegros, que abarquem a complexidade de ser mulher e obesa, bem como a CB enquanto processo de enfrentamento da obesidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As discussões a seguir serão exemplificadas com falas transcritas das entrevistas e as participantes serão identificadas por seus números segundo a Tabela1. Nomes de (ex)maridos, filhos e outros foram omitidos e serão identificados por letras maiúsculas. Por motivo de clareza textual optou-se por utilizar durante o texto os vocábulos “maridos”, “parceiros, “cônjuges” etc, sem o prefixo ex quando nos referimos aos relacionamentos pesquisados. Quando nos referimos aos relacionamentos correntes, estes serão descritos enquanto maridos/parceiros/cônjuges/relacionamentos atuais.

3.1 A Obesidade e o Casamento

No primeiro grupo serão apresentados e discutidos temas trazidos pelas participantes enfocando características físicas e psicológicas delas enquanto parte de um relacionamento conjugal. São eles: “Casamento e ganho de peso”; “Ser mulher e obesa” e “A condição de esposa”.

3.1.1 Casamento e ganho de peso

A primeira temática relevante abordada pelas participantes em seus relatos foi o ganho de peso posterior ao relacionamento, entendido enquanto gradual e por fatores que envolvem desde mudanças no padrão alimentar do casal a fatores individuais, como parar de fumar. Entre os conteúdos abordados e discutidos destacaram-se: o casamento e/ou gravidez como marcos significativos para ganho de peso e as influências simbólica, econômica e social do relacionamento na alimentação.

Inicialmente destacam-se como marcos significativos para o aumento de peso das participantes o casamento e a gravidez. Metade das participantes já tinha sobrepeso quando

se casou e nove entre as dez apontam o casamento e/ou gravidez como eventos notórios que contribuíram para o aumento de peso. Dois dos dez maridos eram obesos antes do casamento, um deles inclusive se submeteu também à CB (cônjuge da participante 05). As participantes relatam que de forma geral, o ganho de peso substancial foi acontecendo de forma gradual e (para elas) pouco perceptível durante a relação, como exemplifica P.05:

> [Comecei a ganhar peso] depois eu conheci meu namorado, que era meu ex-marido que era obeso desde sempre. Na época que a gente começou a namorar ele tinha 150kg e eu tinha 62, mais ou menos o peso que eu tenho hoje. Eu fui engordando, engordando, engordando, durante o namoro e quando eu casei piorou. Em 2010 quando eu casei em engordei de 81 para praticamente 120kg. (P.05)

A relação entre o ingresso em relações românticas e o aumento de peso é conhecida na literatura (Bove & Sobal, 2011; Dinour et al,2012; Teachman, 2016) e pôde também ser verificada nas participantes estudadas.

Teachman (2016) apresenta alguns modelos para explicar a associação entre o casamento e o aumento de peso, entre eles o enfoque nos recursos sociais e econômicos disponíveis aos indivíduos em diferentes relacionamentos. Segundo esse modelo, indivíduos casados tem maior probabilidade de ter um confidente com que dividir as refeições, fazendo-as de forma mais prolongada e regular, o que levaria ao aumento de peso. Outro modelo, cujo enfoque é a atratividade social, demonstra que homens e mulheres casados são menos propensos à autoconsciência corporal e preocupação com o próprio peso, uma vez que não estão ativamente procurando um parceiro. Esse modelo também embasa, segundo o autor, a maior importância do estado civil e suas transições para as mulheres do que para os homens e se sustenta na crença de que a atratividade física é mais importante para a mulher concorrer no “Marriage Market” do que para os homens.

De maneira geral, o segundo modelo proposto por Teachman (2016) ressoa e sintetiza toda a discussão prévia sobre a construção do lugar social da mulher obesa, no qual o seu

valor na competição por um parceiro se dá por seu grau de atratividade, no entanto, faz-se necessário o questionamento ao que coloca como atrativo socialmente. Uma vez que a construção desse conceito é sobretudo social e mutável conforme interesses do próprio contexto , como bem pontua Stenzel (2002), não há como não considerar o contexto ideológico e social brasileiro, marcado pelo patriarcalismo e misoginia e pelo paradoxo no qual o corpo da mulher é cultuado enquanto objeto voltado para satisfação e prazer masculino mas que deve, no entanto, saber "se dar ao respeito" e resguardar-se para seu futuro marido. A construção da atratibilidade social e da visão de si enquanto mulher atraente da obesa passa inevitavelmente pela exclusão social.

Em relação à gestação, P.09 relata que após o casamento seu ganho de peso foi pronunciado, porém após gestação da filha o peso continuou a aumentar progressivamente. A obesidade posterior à gestação, abordada por P.09, é um fenômeno conhecido e estudado na literatura internacional. Kim, Yount, Ramakrishnan e Martorell (2007) analisaram a associação entre paridade e obesidade por meio de inquéritos nacionais de saúde e nutrição abrangendo 275 704 mulheres de 28 países classificados em três categorias segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Norte da África, Ásia Central, Sudeste Asiático, América Latina e Caribe e África Subsaariana. Os autores verificaram que a paridade e o excesso de peso eram positivamente associados nos estratos de médio e alto poder aquisitivo dos países classificados no 2° e 3° terços de IDH (Índia, Nepal, Gana, Uganda, Nicarágua).

No Brasil, Ferreira e Benício (2015) em estudo retrospectivo, analisaram os dados de 11 961 mulheres de 20 a 49 anos que participaram da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006 e encontraram prevalência de obesidade de 18,6% na população estudada, bem como efeito significativo da paridade na obesidade. 78,9% das mulheres entrevistadas tinham pelo menos um filho, sendo a prevalência da obesidade maior entre as mulheres com mais de dois filhos.

Levanta-se como hipótese para os dados apresentados a possibilidade de assunção da maternidade como atividade em tempo integral (mais comum em estratos sociais de médio e alto poder aquisitivo), que pode colocar a mulher num estado de permanente desempenho do papel de mãe, ou seja, focada na satisfação das necessidades do outro (filho). Interessante notar como aparentemente na maternidade a obesidade é quase "perdoada" e três movimentos se destacam nesse processo: a priorização das necessidades do filho sobre as suas, o afastamento de outros papéis sociais também muito exigentes para a mulher, como o conjugal e o profissional (ou seja, o afastamento da complexidade do ser mulher e o foco em uma das facetas desse feminino) e ainda a perda de valor de atratividade no "Marriage Market". Este último faz bastante sentido quando pensa-se tanto no mito da assexualidade do corpo feminino gestante (bastante influenciado pela ideia de sacralidade religiosa associada à gestação e portanto oposta à sexualidade) quanto à dificuldade de mulheres com filhos competirem novamente na busca por parceiros para se relacionarem romanticamente.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à funcionalidade que a alimentação e a comida assumem na relação amorosa. Nas falas seguintes são abordadas as funções: simbólica, econômica e social.

> Com 19 anos eu entrei na faculdade e casei pela primeira vez. Meu marido era obeso, então foi assim, aquela coisa de sempre estar comendo, comendo e ele me dava muita coisa de presente, quilos de bombom serenata, sorvete e eu fui comendo. Em um ano eu engordei 40 quilos e não vi. Eu não percebi que eu tava engordando. Depois de um ano eu olhei no espelho e pensei "quem é você?" (P.04)

> Cara, sabe quando assim você desperta para um mundo em que todos os dias você tem coisas diferentes? Foi ai que começaram nossos maus hábitos alimentares. A gente comia pizza... pizza era uma coisa que não era uma vez por mês, era duas ou três vezes por semana. A gente começou a ter isso aí. Como eu tinha parado de fumar e houve também uma mudança de ... como fala isso, estilo de vida, eu me converti, eu me tornei cristã e minha vida mudou completamente. Meu marido deixou de ser alcoólatra, se converteu. O meio cristão ... eu até tenho trabalhos com igreja por conta disso... ele tem aquela crença, o crente não bebe mas come muito e não tem que ser assim. Ai a gente começou a beber muito num ambiente de pessoas que se

> confraternizavam muito e a gente comia muito fora e começou a ter um poder de compra muito maior. Meu salário aumentou muito, o dele também e foi ai que eu comecei a ganhar peso. Como eu parei de fumar, fora isso tudo, eu perdi meu pai e eu não sei ainda lidar muito com perdas emocionais e eu entrei também numa segunda depressão que eu também não sabia que era depressão na época. Eu engordei 30 kg em um ano." (P.10)

As falas acima exemplificam as discussões trazidas por Kaufman (2012) sobre o sentido simbólico da alimentação para além de sua função biológica. Para o autor, a alimentação é profundamente influenciada por questões culturais, socioeconômicas e psicológicas, além da biologia. No Brasil, por exemplo, a comida se apresenta enquanto símbolo nas mais diversas situações, uma delas, presente na fala de P.04 e muito comum na cultura brasileira, é a de representação de afeto. Quando P.04 escolhe consumir os alimentos calóricos que ganha de seu marido, pode-se entender simbolicamente que ela, na verdade, consome o afeto dele por ela expresso por meio da comida. Outra forma simbólica comum em que a comida se apresenta é como forma de celebração, nos bolos de aniversário, churrascos de fim de ano, ou celebrações religiosas (como aponta P.10).

Mas a comida não está presente apenas em aspectos sociais positivos. Kaufman (2012) chama de "zona de conforto" os costumes e hábitos desenvolvidos de forma protetora para nos afastar de situações dolorosas, assustadoras, inseguras ou tediosas. Esses hábitos nascem de forma protetora, porém podem causar dependência e outros problemas psicológicos. O próprio luto relatado por P.10 é uma situação desconfortável que pode servir de gatilho para comportamentos da "zona de conforto". Uma complicação particularmente comum, relatada pelo autor, é quando aparece a "necessidade de agradar" ou de "corresponder à expectativa do outro" como forma de manter essa "zona de conforto". Daí surgem comportamentos de comer para agradar ao cônjuge, ou mesmo o de P.10, que passou a comer e beber muito mais depois que se converteu, uma vez que o ambiente facilitava e por vezes incentivava o comportamento alimentar. O autor defende que a alimentação também pode assumir caráter identitário, o que

é perceptível quando P.10 afirma que sua mudança de religião também influenciou em seu padrão alimentar.

Vale a menção ao questionamento que a própria P.10 faz à associação entre a vertente religiosa evangélica e o comportamento alimentar exacerbado para compensar a abstinência alcoólica. Esse estereótipo é um dos muitos exemplos em que uma pré-concepção de comportamento alimentar influencia pessoas por seu caráter identitário. Esse comportamento também é observado em relação ao consumo de álcool principalmente por adolescentes do sexo masculino.

Foi comum entre as participantes a percepção da associação entre socialização do casal e a comida. Os programas conjugais mais mencionados por elas envolviam sair para comer e/ou reuniões familiares em que a comida tem protagonismo, como churrascos, por exemplo. P.10 amplia a compreensão da temática ao trazer a influência do fator econômico enquanto facilitador ao acesso (e habituação ao consumo) a alimentos que antes não eram comuns na alimentação da participante. Uma forma de tentar compreender essa influência que de forma bruta parece estranha (então aumentar o poder aquisitivo é fator de risco para a obesidade?) é pensar talvez na qualidade dos alimentos que passaram a ser consumidos, uma vez que a indústria de marketing e a indústria alimentícia investem pesado na promoção de alimentos de muito apelo ao paladar, porém nem tanto à saúde (ricos em açúcar, sal e gorduras, além de corantes e conservantes).

Dessa forma, foi possível identificar que o ganho de peso durante o casamento para essas mulheres mostrou-se um processo gradual e multifatorial. Esse processo tomou forma de adaptação à rotina alimentar do parceiro, de afeto, de gravidez, de aumento do poder aquisitivo do casal, teve função identitária e associou-se a mudanças de vida nos mais diversos aspectos (desde o parar de fumar até o luto).

3.1.2 Ser mulher e obesa

A segunda temática abordada pelas participantes girou em tornos dos desafios, enfrentamentos e preconceitos que a mulher obesa encara diariamente. As ideias de vivência da obesidade e da construção do feminino se entrelaçaram e tocaram em todo o percurso das entrevistas. A discussão centrou-se em torno dos temas: dificuldades cotidianas, envolvendo principalmente aspectos de locomoção/mobilidade e vestuário e a experiência do corpo nas relações sociais, esta última com foco nos sentimentos de limitação e insatisfação, o valor dado à opinião do cônjuge sobre seus corpos e a visão da sexualidade conjugal enquanto obrigação.

Os primeiros desafios que apresentam à mulher obesa são atividades corriqueiras e cotidianas, que se tornam tarefas demandantes de muita energia e planejamento por parte das participantes, e esse desgaste se reflete no empobrecimento da saúde mental, quando mesmo uma atividade prazerosa se torna um obstáculo a ser conquistado, como podemos compreender a seguir.

> O que me incomodava principalmente era sair de casa, público, andar na rua, pegar ônibus e isso passou a não me incomodar mais e ser normal. Antes eu tinha uma ansiedade muito grande para andar na rua, fazer as atividades cotidianas. (P.08)

> Começou pelo forró que eu sempre ia muito ao forró, inclusive com meu ex-marido mas chegava lá eu sabia que ninguém ia querer dançar comigo. A gente vê o preconceito das pessoas, então eu dançava sempre com ele. Dançar sempre com o mesmo parceiro não é legal, por mais que você ame, o normal de você estar numa dança é você ser convidada por outras pessoas, até educação, o cavalheiro chama outras damas assim como as damas podem convidar os cavalheiros e eu senti que quando eu ia com um grupo de amigos todas elas eram convidadas para dançar menos eu. Já partia do princípio o preconceito dali. Então a dança para mim, era uma paixão, olhava a dança e falava “meu Deus, meu sonho, um dia quero dançar assim”. Aí eu comecei a me interessar por outros ritmos, o zouk, que é uma dança mais sensual, requer muito do equilíbrio... sedutora... então imagina uma pessoa obesa fazendo aquilo.. coitado, nenhum cavalheiro conseguiria fazer os movimentos da dança, entende? (P.07)

A sobrevivência em uma sociedade desenhada para moldes menores que os das mulheres obesas faz com que tarefas triviais do cotidiano se tornem desafios a serem vencidos, como demonstram principalmente P.08 e P.07. Sair de casa, andar na rua, expor-se, mesmo que pouco tempo, são atividades que deixam a mulher obesa vulnerável ao julgamento do outro. Agra (2008) aponta como cruzar as pernas, usar salto alto, sentar no ônibus, no cinema, entrar e sair de um carro, calçar uma sandália são tarefas acompanhadas de muito estresse e frustração para as mulheres obesas. Preocupações se as cadeiras suportarão seu peso, medo de agressões verbais, apontamentos e "cochichos" são reais à cada incursão social.

Interessante notar no relato das participantes que muito da frustração exposta se dirige à dificuldade de locomoção. O corpo obeso complexifica principalmente atividades que estão simbolicamente vinculadas à autonomia do sujeito. O movimento, e mais do que isso, as decisões sobre como fazê-lo são obstáculos constantes a serem transpostos pela mulher obesa. Sua autonomia é quantificada em relação à sua determinação na superação desses obstáculos. Ou seja, a mulher obesa é autônoma até onde sua persistência nesse enfrentamento a pode conduzir. Como se sua autonomia dependesse apenas de si mesma. E quando não há paciência para as cadeiras de plástico? Ou não há tempo para esperar um ônibus "mais vazio"? Ou ainda quando os olhares e piadas são particularmente cruéis? Dar-se conta desses fatos elucida a necessidade urgente de cuidados em saúde mental voltados para a mulher obesa.

O estigma da obesidade afeta de forma particularmente cruel as mulheres. Em estudo com mulheres obesas sobre percepção corporal, Agra et al. (2016) apontam como corpo feminino é marcado por um ideal estereotipado e cujo grau de aceitabilidade também se dá pela atratibilidade social, como também afirmam Bove e Sobal (2011) e Teachman (2016). Agra et al (2016) indicam que o medo do julgamento externo aliado à vergonha do corpo leva a mulher obesa a se isolar no ambiente familiar, aumenta sentimentos de culpa, autocensura e

inferioridade. Em seus estudos, mulheres obesas descreveram-se com palavras como “feia”, “humilhada”, “ridícula”, “insatisfeita” e “errada”, o que deixa claro como não fazer parte do padrão corporal socialmente aceitável é excludente, marginalizador e internalizado como uma culpa física e moral pela mulher obesa. Dessa forma, a mulher obesa sente que está num corpo “errado”, que é ridicularizado, humilhado socialmente. Esse processo é psicologicamente torturante e pode levar, segundo os autores, à perda de autoestima, insegurança, frustração, ansiedade, depressão e aos transtornos alimentares.

Blodorn, Major, Hunger e Miller (2016) apontam que afetivamente, mulheres com maior IMC tendem a antecipar a rejeição, levando a efeitos psicológicos negativos (redução da autoestima e aumento do stress), o que não acontece com mulheres de menor IMC, que antecipam a aceitação, levando a efeitos psicológicos positivos (aumento da autoestima e redução de stress). Com homens essa relação não se concretizou.

Além das barreiras cotidianas à sua autonomia, uma queixa constante entre as participantes foi em relação ao vestuário. A dificuldade de se verem representadas nos estilos disponíveis de roupas foi descrito como fator de constante frustração para as participantes. No entanto, para além das dificuldades práticas encontradas, elas ressaltam os julgamentos que estão atrelados à essa dificuldade. Mais do que não encontrar roupas em lojas de departamentos, as participantes se sentem avaliadas e julgadas nesses negativamente por serem obesas.

> Você sabe o que é você entrar numa loja e ver que não precisa entrar numa loja de gordo em que você não sabe se uma roupa vai entrar em você e você sair completamente frustrada porque você não achou nada que coubesse em você? Gente... quantas vezes eu passei por isso e a gente que é obeso sabe quanto isso é desagradável, você chega em casa frustrada. Você sabe que você não tem uma roupa pra ir num aniversário porque você saiu pra comprar e não achou. Hoje você acha mais lojas que trabalham com *plus size* mas antigamente não tinha tantas lojas *plus size* assim. Hoje é mais fácil. Era complicado. As vezes você ia numa determinada loja que não vendia coisa para gordo mas quando você entrava os vendedores já te olhavam assim “não tem roupa para você aqui”. As vezes você ia comprar uma coisa para dar de presente,

> mas quando você entrava na loja você vê que os vendedores já te olham meio torto "não tem roupa nenhuma que vai caber em você". Não funciona. (P.09)

No relato de P.09 denuncia-se a briga para encontrar roupas que agradem tanto funcional quanto esteticamente. Dalsin, Schemes e Pachecho (2015) em estudo sobre moda e obesidade apontam que as mulheres obesas se encontram extremamente insatisfeitas com as opções de vestuário voltadas para o público. As participantes do estudo denunciam a falta de opção e pouca variedade de modelos, qualidade inferior dos tecidos de roupas em tamanho grande, dificuldade de encontrar peças em tamanho adequado e quando encontram, estas geralmente são mais caras. Interessante notar que elas associam a estética das peças à um público idoso, com roupas geralmente em tons neutros "sem graça" e que não seguem as tendências das modelagens menores. Outra reclamação constante é de uma modelagem que não costuma se ajustar bem nos seios e quadris (geralmente mais desenvolvidos em mulheres obesas).

Destaca-se aqui a aproximação percebida entre a compreensão do corpo obeso e do corpo idoso: como se ambos não fossem merecedores da atenção da moda, da criatividade do design e uso das cores, mas precisassem ser reduzidos, "apagados", "silenciados" com cores "sem graça". Nesse aspecto, obesos e idosos dividem a tentativa de invisibilizar seus corpos. Tentativa também explícita na forma como a estrutura das roupas se desajusta nos seios e quadris. Numa análise simbólica, os seios e quadris volumosos são aspectos do corpo ligados à construção do feminino em sua forma mais arcaica. As primeiras representações do feminino mostram figuras de seios fartos e quadris largos, geralmente associadas à fertilidade. Com o passar do tempo as curvas generosas do corpo feminino foram também associadas à feminilidade, sensualidade e sexualidade. Dessa forma pode-se pensar essa dificuldade em abranger símbolos tão fortes do feminino como uma tentativa também de conter e restringir esse potencial. Pela via simbólica destaca-se ainda a importância identitária vinculada ao

vestuário: a forma de se vestir é também uma forma de expressão de si, e mais uma vez à mulher obesa essa expressão de si é relegada a uma gama muito restrita de possibilidades, confinando à mulher obesa aos padrões pré-existentes.

A fala de P.09 é interessante ainda porque traz a forma paradoxal como funciona o capitalismo: a mesma indústria que determina um padrão de modelagem para as roupas que exclui e inviabiliza a mulher obesa cria aí um nicho de mercado, hoje conhecido como *plus size*, que a permite lucrar sob a alegação de um mercado "mais inclusivo".

A percepção extremamente negativa tanto externa quanto interna da mulher obesa influencia também na forma como seu corpo experimenta e é experimentado nas relações sociais, de maneira particular na relação sexual, o que afeta diretamente a relação conjugal. As participantes relatam frustração pela limitação de posições sexuais confortáveis por conta do peso, vergonha do próprio corpo e desmotivação sexual, chegando ao ponto de acreditarem-se incapazes de sentirem prazer, como relata P.07

> Com ele eu não tinha mais vergonha porque como começamos o namoro desde infância, eu não tinha vergonha nenhuma dele e nem ele de mim mas, claro que durante a relação sexual eu me sentia insatisfeita com algumas posições, me atrapalhava... nada mal para ele, homem eu acho que é assim, mas a mulher se sente mal, se sente feia, algumas coisas eu não queria fazer e eu não dizia porque... a gente fica com vergonha, isso me atrapalhava e me desmotivava... acho que me cortava um pouco... não me sentia muito a vontade.
>
> **Você se sentia a vontade para iniciar o contato sexual quando estava com vontade?**
>
> Nunca, nunca fui de ter essa vontade própria, sempre era ele mesmo que me procurava. Eu ate comecei uma época era frigida... eu pensava "gente eu não gosto de sexo" acontece alguma coisa comigo porque eu não tenho prazer com meu marido, não tenho vontade de procurar ele mas era realmente insatisfação com meu corpo. (P.07)

A participante traz em seu relato alguns pontos que merecem destaque, entre eles: a limitação e insatisfação sexual influenciada pelo corpo obeso e a forma como a esposa obesa experimentou seu corpo na relação conjugal e permitiu sua experimentação pelo cônjuge.

Sobre o primeiro ponto, P.07 esclarece o quanto o corpo obeso limita o prazer nas mais diferentes esferas: fisicamente, a obesidade restringe as posições sexuais possíveis e prazerosas; psicologicamente, a mulher obesa se sente feia, pouco atraente e duvida do prazer que esse corpo que ela rejeita pode proporcionar e socialmente, a ambiguidade da cobrança em relação à mulher também se aplica à mulher obesa, uma vez que a imagem da mulher sexualmente ativa, senhora de seus desejos e necessidades sexuais contrasta com o valor dado à imagem da mulher enquanto esposa/mãe destituída de sexualidade e desejo, sendo essa última mais valorada.

Sobre o segundo ponto P.07 inicia sua fala com uma questão importante e muito comum entre as participantes: com os maridos o tempo de relacionamento e a construção da relação as faz "perder a vergonha" do próprio corpo, o que pressupõe que o casamento enquanto relação foi, por algum tempo, ambiente seguro para essa mulher entrar em contato com o próprio corpo ao mesmo tempo que permite uma outra pessoa conhecer esse corpo do qual ela se envergonhava. Essa relação foi, por algum tempo, segura o suficiente para que ambos pudessem olhar os próprios corpos de forma mais afetiva e menos julgadora. No entanto, P.07 deixa claro que essa relação de segurança não se aprofunda e se prolonga para a mulher, principalmente no que diz respeito ao sexo.

Somado à vergonha do próprio corpo, a forma crítica com que os corpos das participantes são julgados socialmente também é reproduzida na relação conjugal, contribuindo para a insegurança e autoimagem negativa, afetando tanto a saúde mental da mulher quanto a saúde da relação, como é possível observar a seguir.

> Pra ele não, mas para mim me incomodava meu corpo. Eu tinha vergonha. Morria de vergonha quando eu engordei porque teve uma vez que ele falou que eu tava muito gorda. Falou brincando assim "nossa, você tá gorda demais P05, pelo amor de Deus, vamos emagrecer". Depois disso eu passei a ter vergonha de ficar nua na frente dele. (P.05) – Vale ressaltar que o marido de P.05 era também obeso.

Williams e Merten (2013) em seu estudos com mulheres obesas, apontam como especificamente em contexto conjugal a relação e interação com os maridos foi afetada pela forma como elas perceberam: o peso dos cônjuges, seu suporte ou não nas mudanças de hábitos e a relação comportamento/comunicação entre eles. No geral, as mulheres perceberam o corpo "largo" como uma barreira às relações íntimas. Para as casadas o peso foi particularmente um dificultador físico das relações íntimas além de deixar a exposição do corpo desconfortável, inibindo o desejo. Interessante destacar o paradoxo: a maioria das participantes do estudo de Williams e Merten (2013) tinha também maridos obesos e relataram julgamentos em relação aos seus corpos por parte deles.

Os efeitos sociais da obesidade (julgamentos e expectativas) se dão se forma diversa para homens e mulheres, sendo mais intensos e cruéis com elas. P.05 deixa essa questão muito clara quando evidencia o caráter devastador que teve o comentário do marido sobre seu peso. Apesar de também ser obeso, o marido de P.05 usa de um comentário "de brincadeira" para avaliar e o peso da esposa e assim depreciá-la. Faz-se necessário apontar como o humor e a "brincadeira" são utilizados na cultura brasileira como formas de mascarar intolerâncias, preconceitos e discursos de ódio, principalmente contra as mulheres. Exemplos disso habitam discursos cotidianos, em que crianças são sexualizadas, chamadas de "novinhas e retratadas como objetos em piadas e canções que fazem sucesso entre os brasileiros; pessoas obesas são ridicularizadas porque são "gordos fazendo gordices" e chega-se ao ponto máximo do impensável quando o presidente do Brasil se dirige à ex ministra dos Direitos Humanos com a frase "eu não a estupro porque você não merece" e esse crime, em vez de revolta, vira meme e causa risadas nas redes sociais.

Williams e Merten (2013) em seu estudo apontam que os comentários feitos pelos esposos foram em grande parte percebidos pelas esposas como negativos e depreciativos. Esses comentários as desvalorizavam como mulheres, esposas e mães. Uma das participantes

do estudo dos autores relata o desconforto de ser comparada pelo marido (também obeso) à fotos de mulheres magras e de busto grande (que ele recebe pelo celular), experiência parecida com a relatada por P.05:

> Ele não falava que eu tava feia, falava "você tá muito gorda", "você não era assim", "você era magrinha quando eu te conheci, eu te pegava com um braço só."... e isso começou a mexer comigo e eu comecei a ter depressão, comecei a me isolar, não queria sair, as vezes os amigos chamavam a gente para sair e eu inventava alguma coisa, falava que estava passando mal, que eu tava doente e não ia porque eu tinha vergonha. Eu passei a ver que ele observava as outras moças mesmo do meu lado e isso me fez muito mal (...) volta e meia ele tinha uns negócios das Panicats ele falava "olha que mulher gostosa, tinha que ficar igual aquela ali" isso acabava comigo. (P.05) – Vale ressaltar que o marido de P.05 era também obeso.

Williams e Merten (2013), em sua pesquisa, expõem que o peso afeta a interação entre o casal. Participantes casadas do estudo se mostraram gratas por terem conhecido seus maridos antes de engordar e atualmente estão tentando emagrecer por eles. Um dos relatos de um marido participante foi de que, por haver engordado muito, a esposa obesa não estava contribuindo igualmente para o casamento. Ou seja, tanto na pesquisa de Williams e Merten (2013) quanto no relato de P.05 é possível compreender que o peso da mulher tem função na relação conjugal, devendo ser constantemente vigiado e estritamente mantido.

Para as mulheres que não se casaram obesas não apenas a comparação às outras mulheres (magras) acontece, mas existe ainda a comparação e imposição de um resgate de um corpo que já não corresponde ao real, causando frustração e sensação de fracasso enquanto mulheres (que socialmente devem ser magras) e enquanto esposas (uma vez que era "obrigação delas" manterem-se magras). Essas imposições não foram relatadas para os homens (Williams & Merten, 2013)

O relato de P.05 denuncia a violência psicológica que a mulher obesa sofre dentro do relacionamento conjugal. A cobrança constante de um "retorno" a uma forma corporal é uma tortura diária que se atualiza em vergonha, isolamento, sofrimento, depressão e sobretudo

solidão, no entanto pode-se compreender que essa é "contribuição" da mulher para o casamento, como apontado na pesquisa de Williams e Merten (2013). A situação se torna ainda mais contraditória quando se pensa que o marido, que se torna algoz dessa mulher, é também obeso e não se sente em nenhum momento responsável por mudar a sua condição. Como se manter-se magra fosse uma obrigação apenas de P.05, cabendo a ele vigiá-la e puni-la quando essa obrigação não se concretiza, assim como na pesquisa de Williams e Merten (2013). Outro ponto em comum entre os autores e este estudo é a forma como o corpo se torna um pretexto para o descrédito dessa mulher em aspectos fundamentais na construção de seu feminino: a sensualidade, o papel de esposa e de mãe. No caso específico de P.05 causa estranheza pensar que o objeto de comparação e desprezo contra seu próprio corpo é também o corpo de uma outra mulher, ou seja, o peso em si não importa: o corpo feminino se torna objeto diante do olhar masculino.

Prova disso é o fato do corpo obeso feminino, apesar de criticado, julgado e diminuído não ser eximido da cobrança de "atender aos desejos do marido", uma obrigação social compartilhada entre as participantes do estudo. Entre esses desejos podem surgir posições ou práticas sexuais que incomodem ou exacerbem a insegurança da mulher obesa em relação ao seu corpo e a si mesma, destituindo a prática sexual do seu sentido mútuo de prazer, como ilustra P.05

> Ele me procurava [sexualmente] eu falava que tava passando mal, às vezes eu até sentia vontade mas a vergonha de expor o meu corpo para ele me deixava muito para baixo e eu me sentia, quando tinha... eu fazia algo para agradar ele nesse sentido, eu me sentia meio que violentada. Eu me sentia assim. Eu tô falando isso para você pela primeira vez, eu nunca falei isso para ninguém. Eu realmente me sentia violada porque eu falava com ele "não tô com vontade, não tô me sentindo bem" aí ele apelava para o emocional, falava que eu destratava ele, não gostava dele. E eu fazia para agradar e era horrível, horrível... por mais que eu o amasse eu não me sentia bem e ainda tinha que falar que foi maravilhoso mas não foi. Pode ter sido maravilhoso para ele, mas para mim não. É horrível. (P.05)

A vinculação da relação sexual à uma obrigação conjugal da esposa, exposta por P.05 foi comumente encontrada entre as participantes da pesquisa. P.02, por exemplo, relata que mantinha relações sexuais com o marido por ser sua "obrigação de esposa" e depois o sentimento que ficava era o de ter sido abusada.

> Era ativa [a relação sexual] até depois da bariátrica também, só que chegou uma situação do meu casamento que eu já tava tão enojada da situação que eu vivia dele me maltratar, que eu mantinha relação sexual com ele, lógico com um espaço maior, porém forçada. Depois eu tinha a sensação assim, de ser abusada sabe? Porque eu fazia contra a minha vontade, fazia porque era minha obrigação de esposa. (P.02)

P.08 compartilha do sentimento de P.02 quando relata que apesar de ver o marido "como um irmão" e evitar as relações sexuais, ela sente-se culpada por não estar "cumprindo seu dever como esposa". A participante relata inclusive relação forçada pelo marido alcoolizado.

> Com certeza, nossa isso muito. Até violência mesmo. Violência de não querer mas acabar forçando... ah não, não sei o que... tal, e se aproveitar de uma situação que já estava alcoolizado...e forçar o ato. E isso depois que eu percebi que era uma agressão porque por muito tempo eu passei sem querer ter relação com ele, não tinha vontade, não tinha mais tesão, não via aquele cara como meu marido e sim como um irmão. Fui evitando, evitando, evitando a ter relação e ai acaba que você ver como "ah não estou cumprindo o meu dever como esposa" sabe, tem muito isso por mais que a gente seja uma mulher moderna, a gente esta enraizada no nosso pensando e algumas vezes foi tenso sim. Rolou isso sim. (P.08)

P.07, por sua vez, não menciona a relação sexual enquanto obrigação, porém relata durante o casamento elas aconteciam geralmente para a satisfação sexual do marido apenas, uma vez que ela mesma não se sentia satisfeita a não ser no período fértil.

> **Já aconteceu de você ter uma relação sexual sem vontade?** Muitas, 80% durante o casamento era porque ele queria. Eu quase nunca queria. Não era por mim. Não me satisfazia e quando acontecia por vontade própria era no período fértil exatamente porque a mulher quer se satisfazer mas não era ativa não." (P.07)

Da mesma forma, P.09 também relata que as relações sexuais conjugais aconteciam para a satisfação exclusiva do parceiro, e evidencia ainda o esforço que era feito de sua parte para que o parceiro não percebesse que ela não queria.

> Sim, porque ele queria e eu não mas só que eu não deixava ele perceber que eu não queria... mas eu fazia porque ele queria, pra satisfazer ele e deixar ele feliz mas não eu. Por diversas vezes aconteceu. (P.09)

Essa visão da prática sexual no casamento enquanto uma obrigação da esposa está consolidada na construção social brasileira, e tem raízes patriarcais que remontam à Idade Média e ao direito canônico. Souza Filho (2014) discute todo o percurso histórico de aproximação entre direito civil e direito canônico desde a Idade Média, com a expansão do catolicismo e o empossar da Igreja Católica de funções religiosas e civis, esta última de forma particular no que tangia à família e ao casamento.

O casamento, nessa instituição patriarcalista, torna-se contrato (civil) e sacramento indissolúvel (religioso) que tem como funções: a educação dos filhos, assistência mútua, repressão à concupiscência e a procriação. Esta última função estrutura de forma mais concreta o papel da sexualidade e do sexo na vida do casal. Eram deveres dos noivos: assistência mútua, coabitação e fidelidade. O primeiro deles constitui-se de auxílio e companheirismo tanto nas bonanças quanto nas adversidades serem enfrentadas no decorrer da vida conjugal. O segundo configura-se enquanto a obrigatoriedade do casal viverem juntos em seu lar e segundo o último os noivos passam a ter direito sobre os corpos um do outro (*jus in corpus*) de forma exclusiva, o que na prática condiz com a propriedade do marido sobre o corpo da esposa. Esses três direitos-deveres são de grande influência na legislação civil brasileira. (Souza Filho, 2014)

Souza Filho (2014) reforça ainda que o sexo então assume para a Igreja um papel tão importante (uma vez que é função do casamento a procriação) que emerge como efeito do matrimônio, uma vez que a consumação do casamento só se dá com a conjunção carnal entre os nubentes, sendo a impossibilidade deste fator de possível anulação da união.

> (...) com base no dever de fidelidade e, consequentemente, das práticas sexuais exclusivas entre os nubentes, na consumação sexual do casamento católico e da

> criação de impedimentos matrimoniais baseados estritamente na importância do sexo, vê-se claramente que é no direito canonista que o direito-dever de prestações sexuais entre os cônjuges se consolida de vez no mundo jurídico. (Souza Filho, 2014, pág 26)

Em âmbito nacional, a legislação brasileira não se furtou à influência do direito canônico e consequentemente também aos seus efeitos sociais. Alguns esforços foram feitos na tentativa de separar os direitos e deveres civis dos religiosos, entre eles: o decreto nº180 de 1890, que deu ao casamento civil uma importância legal maior do que o casamento religioso e o de Código Civil de 1916. No entanto a base ideológica de ambos ainda era canônica e refletiam uma sociedade marcada pelo patriarcalismo.

> De acordo com o seu artigo 233 [do Código Civil de 1916], o homem era o chefe da família e o responsável por administrar seus bens e os de sua esposa, definir o domicílio familiar, prover a manutenção da família e autorizar o exercício de profissão pela mulher. A mulher casada era reconhecida como relativamente incapaz (artigo 6º, inciso II), tendo sua vida marital muito limitada às autorizações do marido, perdendo até o pátrio poder em relação aos filhos já nascidos, quando contraia novo casamento (artigo 393).
>
> Em razão da influência canônica e do patriarcalismo, ficou cada vez mais enraizada a ideia do débito conjugal no Brasil. A supremacia do homem sobre a mulher e as prescrições legais que estimulavam o sexo no casamento (como, por exemplo, a anulação matrimonial por impotência ou o dever comum de coabitação), consolidaram, no âmbito social, o pensamento que afirmava que deveria existir relações sexuais entre os cônjuges para que o casamento fosse válido, de modo que era direito de cada um dos cônjuges, principalmente do marido, exigir do outro a contraprestação sexual. (Souza Filho, 2014, pág 32)

Por débito conjugal compreende-se o direito-dever de marido e esposa de desfrutarem sexualmente dos corpos um do outro. Esse “débito” não está explicitamente escrito na legislação e até hoje gera discussões interpretativas. Ele advém, segundo Souza Filho (2014), do direito canônico, que postula a procriação como uma das funções do casamento e dos deveres conjugais de fidelidade recíproca e de coabitação. Neste último, a corrente mais tradicional na doutrina do direito de família compreende que o sexo entre os cônjuges, ou débito conjugal, é o resultado natural da coabitação, da fidelidade e do direito aos corpos um do outro (*jus in corpus*), sendo ilógico que o casal (ou um dos cônjuges) resolva por si só não satisfazer essas obrigações.

É prudente esclarecer ainda que existem limitações no que dizem respeito à busca e satisfação do débito conjugal, que não pode incluir imposição de um parceiro sobre o outro por meio de violência, prestação de taras ou abusos sexuais (como relatam P.05, P.02 e P.08). Em caso de discordância do parceiro, deve-se respeitar sua decisão ou buscar os meios legais de anulação ou divórcio.

Uma corrente recente, por sua vez, entende que o débito conjugal não pode ser depreendido ou presumido a partir da efetivação do casamento ou do dever de coabitação e não condiz com a realidade brasileira. Segundo essa corrente, o débito conjugal fere o Fundamento do Estado Democrático Brasileiro e princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

> A obrigatoriedade do dever sexual gera a ideia de que o corpo do consorte é "mera fonte de lascívia do seu parceiro" (Alves, p. 7), fazendo com que os cônjuges sofram e causem sofrimentos recíprocos, ferindo não só o respeito e afeto entre eles, mas a dignidade de cada um. Essa coisificação sexual de um cônjuge ao outro contrasta com os sentimentos de amor e bem querer que sustentam a instituição do casamento e estimulam a saudável vida em comum do casal, razão pela qual, o débito conjugal não pode ser protegido pelas normas civilistas atuais nem estar presente em qualquer matrimônio.
>
> A privacidade, liberdade individual e a inviolabilidade do próprio corpo também são maculadas no cumprimento do débito conjugal, pois o cônjuge pode se sentir vinculado a ter relações sexuais apenas para adimplir este dever perante o outro consorte, minorando sua vontade e o domínio de seu corpo, de modo que não transparece qualquer afeto na prática sexual, mas somente a sensação de doar seu corpo ao parceiro. (Souza Filho, 2014, pág 40)

Como é possível notar, apesar de juridicamente o débito conjugal ser conceito passível de questionamento e discussão, socialmente é um dever consolidado no imaginário das mulheres, como é perceptível nas falas das participantes P.05, P.02, P.08, P.07 e P.09, corroborando a corrente mais recente da doutrina, segundo a qual "a privacidade, liberdade individual e a inviolabilidade do próprio corpo também são maculadas no cumprimento do débito conjugal" (Souza Filho, 2014, pág 40).

Considerar o encontro sexual enquanto uma dívida, por si só, já estabelece a hierarquia da relação: existe um credor, cujo papel é a cobrança do que lhe é devido, e existe um devedor, cujo papel é pagar (ou morrer tentando) sua dívida. O problema é que, levando-se em consideração o *jus in corpus*, o objeto sobre o qual incide a relação é o corpo da mulher, ou seja, o corpo feminino passa a ser um objeto numa relação comercial em que o sexo é a moeda de troca numa dívida que se contrai no casamento e nunca é quitada (até que a morte os separe). Essa relação comercial e desvinculada de afeto é assumida enquanto "papel de esposa" é declarada na anulação/negação da própria vontade em prol do parceiro, como é possível perceber nas falas das participantes. Não existe recíproca no prazer sexual, na verdade, os depoimentos apontam que em determinado momento não existiu nem prazer sexual. Não existe interesse no devedor. Tudo está bem se a dívida segue sendo paga. Ninguém se preocupa em ouvir essa mulher, que mais uma vez tem sua sexualidade transformada em ferramenta de submissão, de aniquilação de subjetividade e anulação de si enquanto mulher.

Vale destaque para o mecanismo utilizado pelo marido de P.05 diante de sua recusa: chantagem emocional. Como forma de controlar seu comportamento, o marido da participante associava o sexo ao afeto que P.05 sentia por ele, fazendo com que mais uma vez o sexo se tornasse moeda de troca. Psicologicamente para a participante recusar o sexo com o marido era recusar o afeto que ela devia sentir e demonstrar por ele. Essa situação condiz com um tipo de violência muito presente nos relacionamentos no Brasil porém ainda pouco divulgado e discutido: a violência psicológica. Por seu caráter bastante subjetivo, a violência psicológica é uma forma silenciosa de causar danos emocionais e afetivos ao sujeito a ela submetido. Entende-se como violência psicológica comportamentos agressivos (não necessariamente físicos) que visam inferiorizar, desvalorizar, constranger ou mesmo intimidar os sujeito a ela submetido. Reconhecer esses mecanismos e saber como lidar com eles de forma a minimizar

tanto sua ocorrência quanto seus danos são as principais formas de restaurar a saúde mental dessas mulheres e um grande aliado nesse processo é a psicoterapia.

Outro ponto muito importante que não poderia deixar de ser considerado com gravidade é o fato de três participantes (P.05, P.02 e P.08) falarem abertamente sobre o se sentirem abusadas, violentadas sexualmente após a relação sexual com os maridos, um delas, inclusive (P.08), relata que o marido já se aproveitou de uma situação de embriaguez sua para ter relações forçadas. Falamos aqui de uma prática de abuso sexual que, por acontecer dentro do contexto matrimonial é completamente velada e invisibilizada. As raízes desse fenômeno sem sombra de dúvida se encontram no processo de discriminação, opressão, exploração e violência no qual se forja a construção de si e do feminino contemporâneo. Segundo o 13º Anuário de Segurança Pública, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019) em 2018 o Brasil contabilizou mais de 66 mil casos de violência sexual (uma média de 180 estupros por dia no país). O aumento nos casos de estupro (maior índice desde 2009) cuja maior parcela é feminina (82%), é acompanhado por aumento também nos crimes de feminicídio e agressão doméstica. Apesar dos altos índices, a parcela de vítimas de violência sexual no Brasil que notificam a polícia é de apenas 7,5% (nos EUA o índice varia entre 16% e 32%). A baixa notificação tem causas inúmeras, entre elas vergonha por parte da vítima; pelo fato de, na maior parte dos crimes, o abusador ser próximo à vítima; despreparo e julgamento moral das equipes de atendimento à mulheres vítimas de violência e também pela violência psicológica envolvida no processo, quando o agressor manipula a situação para que a vítima se entenda como culpada pelo estupro, ou quando associa o estupro à manifestações de afeto e amor. Se de maneira geral o abuso e a violência sexual já são subnotificados, quando acontecem dentro de um contexto culturalmente construído sobre a premissa de que o corpo da mulher pertence à seu marido, compreende-se a urgência da necessidade de visibilidade e voz à essas mulheres.

Assim, fica claro como o desafio de ser mulher e obesa é de uma amplitude desgastante, abarcando desde tarefas cotidianas como pegar um ônibus e comprar roupas; os julgamentos internos e externos se tornam algozes angustiantes, influenciando na forma como seus corpos são percebidos e experimentados por si e pelo outro. Essa luta constante consigo e com o mundo, criando uma perspectiva negativa e distorcida de si mesmas influencia também a vivência da sexualidade enquanto fonte de vergonha e limitação. E o parceiro, que poderia ser aliado nesses enfrentamentos, pode tornar-se mais uma fonte de cobrança física (julgamentos e comparações corporais) e psicológica (débito conjugal). De forma geral, mais do que sobrecarga das articulações ou estreitamento de artérias, o grande calvário da mulher obesa é social, sendo seu corpo sua cruz.

3.1.3 A condição de esposa

A terceira temática aqui abordada centra-se na forma como as participantes concebiam seus papéis de esposas na relação conjugal. Não apenas no âmbito sexual, a carga de obrigações relacionadas ao papel de esposa se coloca das mais variadas formas à mulher. No caso das mulheres obesas, algumas posturas de compreensão e enfrentamento do casamento chamam atenção: a submissão; o papel de nutrir a família e a forma como a relação conjugal é entendida pelas participantes.

A primeira delas é a postura de submissão apresentada por algumas participantes durante o casamento e a relação dessa postura com a obesidade. P.02, por exemplo, descreveu sua criação enquanto voltada para sua independência, tanto que menciona sua emancipação aos 15 anos de idade e sua postura de assumir as despesas da casa durante os períodos de desemprego do marido. No entanto, como a participante deixa claro em sua fala, a partir do

casamento P.02 foi confrontada com a criação extremamente diferente do marido e apreendeu que, para o casamento dar certo, ela precisaria internalizar os valores e atitudes que o marido esperava de uma esposa, entre eles a submissão a ponto dela parar de estudar e ter que pedir permissão para visitar a própria família:

> Eu sempre foi um mulher extremamente submissa, sempre muito companheira, nunca tive problemas em relação a ele, com relação à saídas, tipo jogar bola, sempre fui muito tranquila porque eu aprendi isso. A gente frequentava a igreja. Eu sempre fui muito parceira. Ele ficou desempregado duas vezes e eu fiquei segurando a barra sozinha sem reclamar. Eu sempre tive a personalidade muito forte. No início do nosso casamento a gente tinha muita dificuldade porque a gente batia de frente mesmo, por isso que houve a primeira separação. Mas depois que a gente voltou, eu comecei a me policiar mais em relação a essas coisas, em questão de submissão. Por isso até que eu cheguei a esse ponto de obesidade, porque eu não estava acostumada. Eu fui emancipada com 15 anos de idade e sempre fui muito independente. A minha criação foi completamente diferente da dele. Ele era acostumado num lar onde a mãe era extremamente submissa ao pai então ele achava aquilo normal, e eu para fazer ele feliz acabei me tornando isso, mas isso acabou gerando problemas em mim. Eu ficava depressiva porque não era eu. Para você ver, eu trabalho em dois empregos, minha vida é super pró-ativa e isso me fazia comer mais e tudo isso. Então eu sempre fui uma pessoa muito tranquila, nunca tive ... meu problema com ele era ele. Era ele porque ele era uma pessoa ignorante, ele se tornou uma pessoa assim (...) ele assumiu o papel assim... de homem, tanto que tive que parar de estudar, porque eu vivia em função da família mesmo, porque ele era assim...ele quem ditava as regras, tudo que eu ia fazer eu tinha que perguntar se eu podia antes, no início do casamento pra ir na casa da minha mãe eu tinha que pedir a ele.... mas eu acredito que a culpa foi minha de ter deixado chegar a esse ponto. Talvez se em algum momento eu tivesse me imposto as coisas não teria chegado assim. Mas enquanto eu impunha no início antes da gente separar a primeira vez, ai havia briga.
> (...)
>
> Ele gostava muito de quando ele dava os chiliques dele que eu fosse atrás, cedesse, que eu pedisse perdão então eu já estava acostumada com isso para viver bem. A gente sempre viajava, fazia de tudo para ficar bem, então não era um relacionamento assim. (P.02)

Outra participante não descreve a mesma relação de submissão em relação direta ao marido, mas se coloca enquanto completamente voltada para o cuidado da casa, da filha e do marido durante o casamento, chegando ao ponto de anular-se enquanto pessoa.

> Então assim, eu sempre tive uma relação em que a minha vida era ele, M.[filha] e casa. Casa, marido e filho. Eu fiquei durante anos anulada, eu anulei a P.09 porque eu vivia para marido, filho e minha casa. Durante anos eu vivi em função dos três e não em

> função da P.09, eu não vivi em função do bem-estar da P.09. Hoje não, hoje a P.09 está em primeiro plano, hoje o meu bem-estar, a minha saúde, a minha autoestima esta de volta e principalmente meu amor próprio de volta e isso ninguém me tira mais. Eu era exatamente aquela mulher do lar, aquela mulher que quando o marido chegasse não tinha uma louça suja na pia, não tinha ... a casa estava arrumada, a filha estava tomada banho, tava jantada, tava comida... ele chegava do serviço tinha comida pronta e quentinha em cima do fogão e eu vivi assim durante 20 anos, essa era a P.09. A minha idealização de casamento era exatamente essa. Eu queria meu marido, minha filha, construir a minha família e ser feliz. Independente se eu tava gorda ou magra, o meu maior objetivo era ser feliz. E ser feliz com a minha família, o que não ocorreu, infelizmente, mas eu sei que eu tentei, eu fiz de tudo. O que estava ate o meu alcance eu tenho certeza que eu fiz. Hoje eu não preciso que homem nenhum me dê um toque "olha P.09, isso esta ruim, isso esta feio" porque hoje eu já enxergo com outros olhos, consigo me enxergar como mulher e antes eu enxergava ele primeiro, a M. primeiro, minha casa primeiro... eu tinha que dar conta de casa, filho, marido, trabalhar fora e eu anulei a P.09. Isso tudo contribuiu para que eu ficasse anos obesa, eu não me olhava no espelho, eu não tinha amor por mim mesmo porque eu colocava as outras pessoas, filho e marido acima de mim, entende? Eu vivia em função deles e não em função da P.09, e hoje não, é completamente diferente. (P.09)

A mudança do estado civil de solteira para casada não é algo meramente burocrático. Assumir-se esposa é, acima de tudo, assumir uma gama de responsabilidades vinculadas à esse papel. Além de submeterem-se ao desejo sexual dos maridos, as participantes deixam claro que essa submissão é física e psicológica.

Algumas considerações sobre essa submissão da esposa ao seu marido evidenciadas por P.02 e P.09 precisam ser feitas: a primeira delas é a forma como a submissão é aprendida e repassada como uma herança cultural. Como P.02 explicita, ela aprendeu a ser submissa no/com o casamento, na verdade, para mantê-lo, como se a sua submissão fosse um alicerce que mantinha a relação de pé. Seu marido foi criado numa família em que sua mãe era submissa ao seu pai e esperava de sua esposa o mesmo tipo de comportamento. P.02, para assumir o papel de esposa, despiu-se quase completamente de características suas que eram base de sua identidade. Sua autonomia e independência, tão significativas para ela, tiveram

que ser sacrificadas em prol da relação e isso se reflete psicologicamente em obesidade e depressão.

Outro ponto de destaque é que o papel da mulher parece ser muito mais claro (e complexo) que o do homem. P.02 e P.09 deixam claras quais eram suas funções enquanto esposas: viver em função da família, ou seja, no caso de P.02, retirar-se do ambiente público profissional, dedicando-se ao ambiente privado do lar para suprir as necessidades "da família"; ouvir, acatar e obedecer às determinações do marido, inclusive sobre os lugares que ela pode ou não frequentar; ceder e desculpar-se nos momentos de crise; realizar todas as tarefas domésticas comuns à família, o que inclui também a alimentação de ambos; a nutrição, proteção e educação dos filhos e, no caso de P.09, ainda trabalhar fora de casa. No caso do "papel de homem", P.02 é bastante vaga em relação à suas funções específicas. A única mencionada é "ditar as regras" do casamento, que ela devia obedecer. Interessante notar que mesmo na divisão tradicional patriarcal dos papéis de gênero no casamento (em que o homem é o provê o lar e a mulher o conserva e cuida dos seus integrantes) as esposas passam também a exercer a função de provedoras quando necessário. P.09 além das tarefas domésticas e da criação da filha também trabalhava fora e ajudava no sustento financeiro da casa e P.02 sustentou a casa durante as duas vezes em que o marido ficou desempregado. Ou seja, apesar do contexto socioeconômico brasileiro exigir muitas vezes que ambos os cônjuges trabalhem fora para sustentar a família, apenas as funções "do homem" foram compartilhadas com as mulheres. As tarefas domésticas, criação dos filhos e cuidado familiar parecem continuar como funções quase que exclusivamente femininas.

É importante observar ainda que as responsabilidades pesam (literalmente) a ponto de não haver mais uma mulher, apenas uma esposa. P.02 e P.09 deixam essa afirmação muito clara nos seus depoimentos. Assumir as responsabilidades "de esposa" pesou tanto e por tanto tempo na vida das participantes que estas se sentiram anuladas enquanto mulheres, enquanto

subjetividade para além do papel assumido. Ambas falam do quanto esse afastamento de si mesmas contribuiu para o aumento de peso. O peso psicológico de responsabilização e o processo paralelo de afastamento e anulação de si mesmas foi transformado em peso físico real, em obesidade.

Outra postura de enfrentamento do casamento que merece atenção é a função atribuída à esposa de nutrir a sua família. Essa função é particularmente interessante nesse processo de transição de papéis solteira/casada e também filha/esposa.

As participantes descrevem como o casamento teve influência em seus estilos de alimentação, principalmente pela adaptação das participantes à rotina alimentar de seus maridos. P.02, por exemplo, descreve como era difícil para ela adaptar-se ao hábitos alimentares do marido no casamento

> Eu cresci num lar que era assim... no prato tinha que ter 6 cores e quando eu casei eu tive muita dificuldade com isso porque meu ex-marido não come nada. Só come arroz, feijão, carne e a única verdura que ele come é batata frita então eu tinha que fazer verduras e essas coisas por conta de mim e das crianças, mas ele não comia nada. (P02)

Da mesma forma, P.05 deixa claro o quanto a necessidade de agradar ao marido pela via alimentar também afetou sua própria forma de comer, que passou de “regrada” a “muito ruim” pelo fato da participante cozinhar para o marido o que ele gostava e acompanhá-lo na alimentação

> Aprendi a cozinhar e quando ele chegava para mim e falava “ah eu vi tal receita na internet, faz pra mim” no dia seguinte tinha a receita pronta para ele. E o que eu fazia? Comia junto. Eu passei a me alimentar errado, eu era regrada e depois comecei a me alimentar de uma forma muito ruim e não percebia, só percebi isso depois que eu comecei a fazer a dieta pós-bariátrica. Eu sofri. Eu sofro até hoje. (P.05)

Seguindo o padrão, P.07 traz as diferenças entre a sua educação alimentar e a adaptação à rotina e aos gostos do marido, evidenciando como a diferença nos estilos alimentares a desmotivava a assumir sozinha uma alimentação mais saudável.

> Alimentação eu tentava, eu sempre gostei muito de salada porque minha mãe tinha o hábito. Aqui em casa a gente tinha o hábito de comer verduras, legumes e frutas e salada. Embora eu seja gordinha por... vontade de Deus, a vida toda nessa tendência mas eu sempre me alimentei muito bem... eu ensinei meu filho a comer também só que ele [marido] sempre gostava de muita carne, fritura, essas coisas.. então eu meio que fui acompanhando o lado dele mas por mim se a gente entrasse num restaurante ele comia feijão tropeiro e churrasco. Eu enchia meu prato de tomate, salada, alface mas claro que entrava uma carne, umas coisas assim... sempre vinha uma besteiras em volta. Não faço janta... ele não come sopa, eu amo sopa mas ai a gente saia para comer fora, comia pizza, hambúrguer... ai foi virando já para o outro lado...a questão se você tem alguém para te acompanhar, comer com você, você come de boa e nem lembra que tem outras coisas, mas se você tem duas opções já é uma situação para um caso tentador, então foi uma das coisas que me levava a desmotivar na vida saudável, na alimentação. (P.07)

Esse desestímulo à manutenção de uma rotina alimentar mais saudável também é descrito por P.03 quando a participante seguia sozinha a reeducação alimentar mas tinha que cozinhar para o marido coisas "fora da dieta" o que nos momentos de "desespero" se concretizavam enquanto formas de sabotagem do processo

> Quando eu não consegui fazer a reeducação alimentar, eu tentei varias vezes fazer dieta e o que acontecia, durante o dia e da semana eu até conseguia. Seguia a risca, sofria e daí chegava a noite em casa eu tinha que cozinhar tudo normal porque ele não queria participar da dieta comigo, eu tinha que fazer tudo normal e aquilo era uma tortura para mim porque por mais que eu comesse só aquilo que eu podia, minha saladinha... o que acontecia... as vezes eu acordava de noite desesperada aí tava ali na mão, disponível para mim e eu acaba burlando mesmo a dieta." (P.03)

Como é perceptível, as participantes trazem como papel da esposa a tarefa de nutrir sua família e deixam claro que esse papel é aprendido (especialmente aprendido na prática depois do casamento). A parte interessante é notar que o aprendizado prévio enquanto filhas de mães que cozinhavam para elas é no geral uma alimentação muito mais saudável do que a posterior ao casamento. Teachman (2016) como fator de aumento de peso entre indivíduos casados a maior probabilidade de se ter um confidente com quem dividir as refeições, fazendo-as de forma mais prolongada e regular. Kaufman (2012) já trouxe anteriormente a ideia da "necessidade de agradar" enquanto um fator psicológico que pode se tornar um

problema quando atrelado ao comportamento alimentar. Aqui vemos a concretização dessa necessidade enquanto problema quando, para agradar ao paladar dos maridos, as esposas engajam-se na preparação de alimentos menos saudáveis (frituras, maior quantidade de carboidratos e pouca ou nenhuma variedade de frutas e verduras) ou mesmo desenvolvem o hábito de sair para comer, o que se traduz basicamente no consumo de *fast food*.

Como já foi apontado anteriormente, casais com hábitos parecidos têm maior probabilidade de permanecerem juntos mesmo quando o hábito não é saudável (ex. fumar) (Williams & Merten, 2013; Torvik et al. (2015), o que também pode ser um fator para a alimentação desregulada dos casais. A necessidade de agradar, além de se manifestar na tarefa diária de "cozinhar para ele", também se manifesta na ingestão de alimentos menos saudáveis para acompanhá-lo, ou seja, em grande parte as participantes desenvolveram hábitos alimentares menos saudáveis no casamento e tiveram grande responsabilidade em sua manutenção, apesar de terem tido (e consequentemente, aprendido) hábitos alimentares bastante diferentes em suas famílias de origem. Os resultados indicam que essa contradição se modifica, no geral, quando a participante tem filhos. A preocupação com a saúde e o comportamento/padrão alimentar dos filhos é o que modifica o cardápio familiar preparado pela esposa/mãe.

Mais uma vez notamos como a uma função social se atrela aos comportamentos habituais mais cotidianos na vida das mulheres. Enquanto filhas, a alimentação que era provida por suas mães era mais saudável e balanceada; enquanto esposas, a necessidade de agradar ao paladar dos maridos se alia aos fatores que justificam o ganho de peso pós casamento trazidos por Bove e Sobal (2011); Willians e Merten (2013) e Teachman (2016) e a alimentação passa a não ser mais uma prioridade na vida da mulher e do casal, já enquanto mães o que se observa é um retorno dessa função enquanto prioridade. Talvez esse movimento se dê inclusive pelo enfrentamento da obesidade e de todas as suas consequências

pós casamento, o que traz um outro olhar sobre a importância da alimentação na vida do indivíduo, ainda mais quando você se torna a principal responsável pela criação de uma criança. É tradicionalmente atribuída à esposa a função de criar e educar os filhos. Por essa função ela é arduamente avaliada socialmente, o que gera também uma autocobrança em adotar hábitos que sejam mais saudáveis por e para os filhos. Aqui existe uma mudança de padrão alimentar, mas esta é ainda desencadeada por um fator externo à mulher (filho). Isso muda, como deixa claro P.05, após a bariátrica.

Faz-se aqui o convite de se (re)pensar a "necessidade de agradar" trazida por Kaufman (2012) de forma um pouco mais aprofundada. Mais do que o desejo de deixar o outro contente, natural do enamorar-se, aqui esse movimento adquire dimensão e peso diferentes: o desejo torna-se necessidade, ou seja, se aproxima tanto mais da obrigação quanto se afasta da volição e o agradar perde seu foco na relação de carinho com o cônjuge para tornar-se um atendimento constante a uma difusa rede de cobranças (auto impostas e externas). O que então, motiva essa mulher a permanecer nessa relação? Entre outros fatores, uma resposta possível a essa pergunta seria o valor que a própria relação assume na psique da mulher/esposa obesa, o que nos leva ao terceiro tópico abordado: a forma como as esposas compreendem a relação conjugal.

Nesse tópico as participantes compartilharam a compreensão que elas tinham na época do casamento da importância que a relação conjugal em suas vidas. De forma mais específica, a importância dada ao parceiro e ao afeto dispensados a elas na relação. P.07 ilustra de forma bastante clara a ideia de que estar com uma mulher obesa é uma concessão e um sacrifício da parte do cônjuge, sacrifício esse que deve ser recompensado com dedicação, afinal "você tem que dar graças a Deus" por um homem te querer, pensamento compartilhado por outras participantes. Não foi incomum depoimentos de mulheres que se casaram com o primeiro namorado e estes foram também sua primeira relação sexual. Esse pensamento se modifica

após a CB. Com a mudança corporal modifica-se a percepção de social e psicológica de si mesma e outras possibilidades são percebidas, como relata P.07

> Eu já estava assim emagrecendo e na minha cabeça... mesmo antes de emagrecer eu já pensava "ele é o melhor homem para mim" todo mundo falava assim "você tem que pôr as mãos para o céu porque você tem o V." ou seja, você começa a ouvir a opinião das pessoas como se fosse sua única opção. Tipo, você tem que dar graças a Deus porque tem aquele homem ali para você... então eu tava envolvida nisso também mas depois de emagrecer eu vi que as opções eram outras. Você começa receber elogios, se ele não te acompanha e você está sozinha você recebe uma cantada no banco, no supermercado, numa social... em qualquer outro lugar... você fala assim "opa, não existe só ele, existem outras opções" e você começa a ver que você não tem só aquela pessoa que serve para você, começa a ver as coisas de outra forma. **Durante e depois do seu casamento você achava que ele era sua única opção?** Sim, achava que só tinha ele e que eu tinha que dar graças a Deus porque tinha ele, eu mantinha aquilo na minha cabeça mas na verdade era porque né... "Quem ia querer uma gorda?". (P.07)

Souza Filho (2014) evidencia que a relação de amálgama entre Igreja e Estado (com mais força desde a Idade Média), revestiu o sexo de sacralidade e o utilizou enquanto mecanismo de controle civil quando o tornou pecaminoso fora do casamento (pecado da luxúria) e obrigatório dentro deste (consumação e procriação). Tendo em vista a influência do pensamento dogmático cristão na sociedade contemporânea (Souza Filho, 2014) e a constante rejeição desde muito cedo ao corpo obeso (Agra, 2008), é compreensível que muitas das participantes tenham de fato se casado e tido relações sexuais apenas com o (até então) marido. No entanto, a desvalorização da posição da mulher na sociedade patriarcal somada ao controle sobre seu corpo e sexualidade e à obesidade coloca a mulher obesa em desvantagem ainda maior. Considerando o "Marriage Market" (Bove e Sobal, 2011), concorrer com mulheres não obesas torna a competição injusta e acirrada, o que ajuda a desenvolver e consolidar a ideia de que não são bonitas ou atraentes o suficiente e que se algum parceiro se atrai por elas, elas devem (nas palavras de P.07) "dar graças a Deus", como se por serem obesas elas estivessem em grande débito de gratidão com o parceiro que olhou para elas enquanto mulheres, e este parceiro é para ser agarrado com unhas e dentes, afinal, é a única

opção. Esse pensamento embasa a “falta de escolha” da mulher obesa, que vê-se desprovida de valor e deve ser grata ao ser “escolhida”, uma vez que, por ser obesa, ela mesma não tem amplas escolhas em relação ao sexo oposto. Essa percepção de si mesmas também começa a mudar após a bariátrica.

Interessante notar, ainda, as consequências dessa mudança de percepção na própria forma como os parceiros também compreendiam a relação. A ideia de que se relacionar com a mulher obesa é um sacrifício que deve ser ressarcido com sua submissão, dedicação e lealdade completa pode se estender por todo o casamento, e como este seria indissolúvel, por toda a vida. P.07 relata como após o emagrecimento e com o pedido de separação seu marido se ressente e usa contra ela a lógica inversa: a de que para ela, ele só foi suficiente enquanto ela era obesa.

> Hoje ele joga na minha cara que eu só prestei para estar com ele quando eu tava gorda, que ele foi bobo e não sei o que... na verdade não é isso, na verdade ele não teve consciência de me acompanhar na minha fase magra. (P.07)

A mesma ideia é compartilhada por P.08, cujo divórcio só aconteceu de fato 11 anos após a sua CB, e mesmo assim, quando a participante decide se divorciar é esse o primeiro pensamento do cônjuge: de que o fim da relação só se deu pelo emagrecimento da esposa.

> Engraçado que pouco antes da gente se separar quando eu falei isso para ele “vamos nos separar” ele falou “agora você tá magra né...” foi ridículo, depois de 12 anos de cirurgia... eu falei com ele “eu to magra há 11 anos”. (P.08)

Nessa sessão foi possível observar então como o papel social de esposa da mulher obesa é permeado pela idealização de um perfil com características ambíguas, retrato do contexto de transitoriedade sócio-histórica em que vivemos: se por um lado cobra-se submissão ao marido e ao cuidado com a casa e a família, por outro cobra-se também a contribuição financeira da esposa na economia doméstica; se a mulher é a responsável pela alimentação da família, teoricamente essa alimentação deveria ser a mais saudável possível,

no entanto, ela também se cobra o agrado aos gostos do marido, o que no geral os afasta da alimentação saudável, que só volta a ser prioridade quando os filhos entram em cena; e na relação com o parceiro a percepção de que o marido é o único homem que se interessaria por elas (por conta da obesidade) é modificada com os resultados da CB, o que gerou ressentimentos e a associação do divórcio com o emagrecimento, mesmo quando este já havia se estabilizado há mais de 10 anos, o que denota não compreensão por parte dos cônjuges de toda uma história de dinâmicas relacionais conturbadas que permeiam a relação conjugal entre a cirurgia e o divórcio.

3.2 A Cirurgia Bariátrica e suas Implicações

No segundo grupo serão apresentados e discutidos temas cujo enfoque é especificamente o procedimento cirúrgico e suas implicações físicas e psicológicas imediatas, entre eles estão: Expectativas delas, motivações e decisão pela cirurgia; Inserção no processo e expectativas do cônjuge e Mudanças (in)esperadas.

3.2.1 Expectativas delas, motivações e decisão pela cirurgia

A primeira temática a ser abordada focou-se nas expectativas e motivações das participantes para se submeterem ao procedimento cirúrgico da CB e a todo o seu pós operatório, bem como nos fatores decisivos para a realização da cirurgia no momento em que cada uma a realizou. Destacam-se nessa temática: expectativas mais realistas voltadas para o emagrecimento, saúde e redução de comorbidades; expectativas menos realistas como mudanças de personalidade e realização e fatores que influenciaram a decisão de forma mais imediata, como a saúde o cuidado com os filhos.

A ideia da CB é acompanhada por anseios, desejos, esperanças e expectativas. Com relação às principais expectativas encontradas nas entrevistas, apesar de ser perceptível a diferenciação entre as mais realistas (o que significa que são mais propensas a se cumprirem, dada a proposta da intervenção), e as menos realistas (cuja realização não está diretamente relacionada à proposta da CB, sendo no geral expectativas de realização social construídas sobre o emagrecimento), o que se percebe é que ambas se misturam nas falas das participantes.

Entre as expectativas mais citadas observa-se relação entre o emagrecimento e a possibilidade de encontrar roupas mais adequadas aos seus corpos e aos seus gostos. P.01 por exemplo, que era atleta, cita como foi difícil não caber mais nos uniformes que usava, tendo

que ela mesma começar a customizar suas roupas. Para a participante conseguir caber nas roupas com padronagem de lojas de departamento foi uma conquista.

> Era voltar a ter um corpo que eu pudesse, primeiro, usar meus uniformes porque eu havia perdido todos. (...) Na realidade, ir na loja e a roupa caber em mim. Loja tipo C&A, o Shopping Vitória tava começando aqui, você entrar numa roupa que você não entra há muito tempo é maravilha. Eu tava fabricando as minhas roupas. Como eu pintava, as costureiras faziam a roupa e pra dar diferença eu pintava. (...) Agora que tem loja de gorda para todo e qualquer canto mas antigamente não. Hoje eu to usando 54, to gorda novamente, consigo encontrar roupa em qualquer canto mas antigamente não. Entrar numa roupa da C&A foi um sonho. (P.01)

Zanette, Lorenço e Brito (2013) apontam a moda como elemento de construção de identidade e identificam na obesidade o que chamam de corpo socializado, que é a imagem corporal percebia de forma condicionada a relações sociais, prescrições normativas e significados morais, e que dessa forma depende da alteridade para sua legitimação. Os autores colocam que o estigma do corpo obeso é reforçado pela escassez de oferta e a escassez reforça o estigma, devido à constatação de que as peças nas lojas não são adequadas aos seus corpos. As poucas opções de modelagem, geralmente produzidas em série sem levar em consideração as especificidades do corpo obeso, cores geralmente neutras e "sem graça", pior qualidade dos tecidos (Dalsin et al, 2015), entre outras características fazem com que se vestir seja para a mulher obesa mais uma forma de invisibilidade.

Zanette, Lorenço e Brito (2013) denunciam a falta de jovialidade e sensualidade nas roupas de tamanho maior, como se a roupa "para gorda" fosse feita para escondê-la. Na tentativa de lidar com a escassez, os autores apontam três estratégias: 1. o surgimento das lojas especializadas em roupas *plus size*; 2. a compra em lojas longe do bairro de origem ou no exterior e 3. a relação com a vendedora. P.01 discorre sobre o aparecimento das lojas *plus size* como um ponto positivo, como forma de disponibilizar opções para as mulheres obesas, no entanto, no trabalho de Zanette, Lorenço e Brito (2013) essas lojas são criticadas exatamente por não oferecerem opções voltadas para as tendências da moda e reproduzir os

estigmas. Apesar de atualmente haver mais lojas *plus size*, haver a possibilidade de comprar em outros estabelecimentos ou mesmo pela internet, haver o serviço das costureiras e muitas outras formas criativas de burlar a escassez, P.01 deixa claro que sua grande expectativa era não precisar mais ter que burlar a escassez. Para a participante a expectativa era de caber numa padronagem que se encontra em qualquer loja de departamento.

Se compreendemos as roupas enquanto expressão identitária, como apontam os Zanette, Lorenço e Brito (2013), a loja de departamento se configura na verdade enquanto viabilização de formas de expressão de si mais adequadas aos gostos e às escolhas da mulher. É menos a aceitação e conformidade com "o que tem para o obeso" e mais o protagonismo na escolha de como a mulher quer se mostrar e como quer ser vista.

Outras participantes relatam expectativas com os mais diversos conteúdos. P.04, por exemplo menciona em tom de brincadeira a Barbie, mas associa sua CB com as comorbidades de saúde. Ela também menciona um maiores mitos que permeiam o processo da CB, que é a ideia de comer sem engordar depois de realizá-la.

> Virar Barbie. Sacanagem... eu sou bem realista mesmo. Na verdade meu objetivo era ficar sem dor porque eu sentia muita dor no tornozelo, na coluna, em tudo assim...o meu objetivo era esse. Lógico que depois comer sem engordar, toda aquela coisa que a gente cria mas vai vendo que não é bem assim... o principal era ficar sem dor e para mim foi muito bom. (P.04)

P.06, por sua vez, traz a expectativa de realização após a CB, baseada nos comentários que ouviu durante o seu processo

> Aquilo que a gente sempre quer, quer emagrecer... aquilo que a gente vê que todo mundo falar, que é a melhor coisa do mundo, a realização. (P.06)

P.10 traz a expectativa de um emagrecimento próximo ao que estava habituada na sua rotina de dietas e tentativas de emagrecer, em que o corpo emagrece gradualmente e se mantém firme, mas se depara com uma realidade diferente do que esperava.

> Eu achava que eu ia emagrecer igual eu emagrecia das outras vezes, com o corpo firme, flácido mas firme, e não é ... (P.10)

P.07 enfoca o emagrecimento, querendo chegar “no peso que nunca chegou” e fazer cirurgia plástica, mas também cita as dificuldades na manutenção do resultado da CB

> Era chegar no peso que eu nunca cheguei, 50, 60 quilos... eu gostaria de chegar...manequim magro, meu sonho, e fazer a plástica. Mundo de ilusões, não é tão fácil assim, a vida e a luta continua, ainda mais para quem tem facilidade de engordar. Eu já sabia que não seria fácil, mas depois de viver essa realidade eu vi que é menos fácil ainda. (P.07)

P.08 traz uma expectativa bastante interessante e diferente das manifestas até então, ela enfoca as expectativas de mudanças psicológicas como se após a sua CB ela fosse se tornar uma pessoa diferente, com características mais aceitas socialmente, o oposto de suas vivências enquanto obesa.

> Isso é muito engraçado. A gente acha que... eu achava na época que eu ia mudar de personalidade. Que eu ia sair uma nova pessoa, que eu ia ser extrovertida, que eu ia usar roupa colorida, mini-saia e não foi nada disso. Continua a mesma pessoa... acho que ate meus pais falavam isso... “P.08, olha lá... porque você não põe uma calça mais apertada, mais curta” com o tempo eu fiquei usando roupa larga não só por não comprar roupas novas conforme vai emagrecendo mas por não perceber o emagrecimento mesmo. Você fica usado umas roupas largas, velhas, vestidos mais assim.. o jeito de se vestir de obeso, não dá pra disfarçar...então, mas eu acho que era muita expectativa de mudança de vida. (P.08)

Essas falam evidenciam que, além das expectativas de melhora da qualidade de vida, redução de comorbidades e recuperação da saúde (P.04, P.06 e P.10), há fantasias envolvendo o processo da CB que se não compreendidas e trabalhadas antes do procedimento, podem se tornar fatores de frustração posteriormente (Mariano et al, 2014), o que inclusive pode diminuir a adesão ao tratamento pós operatório (Marchesini, 2010).

A CB é um recurso invasivo de tratamento da obesidade grau III cientificamente avaliado que de fato mostra-se efetivo na redução do peso e comorbidades físicas e psicológicas associadas à obesidade, no entanto, essas “promessas” se associam a ideias e

abstrações que nem sempre podem ser conquistadas “apenas” por meio dos efeitos comprovados da CB.

Quando P.04 relata “Virar a Barbie”, ainda que de maneira jocosa, têm-se aí uma fantasia comum entre as mulheres obesas. A boneca, ícone da cultura pop, é famosa por suas proporções “perfeitas” e sua beleza notadamente de influência europeia (branca, magra, alta, cintura fina e busto marcado, olhos azuis e cabelos longos, lisos e loiros). Além de símbolo de beleza, Barbie representa status e aceitação social, motivadores encontrados também por Marchesini (2010). A boneca aparece como personificação simbólica de tudo que foi negado à mulher obesa, logo, não é estranho que ela se torne um objetivo.

Expectativas idealizadas de um emagrecimento definitivo independente de mudanças de hábitos, como se a CB fosse de alguma forma a cura definitiva para a obesidade, apesar de completamente fantasiosas, são comuns entre as participantes. “Comer sem engordar”(P.04) e “Chegar a um manequim magro e fazer a plástica” (P.06) são exemplos disso. Os resultados conquistados por meio da CB só se mantém por meio de mudança de hábitos alimentares e atividade física. O reganho de peso após os 2 primeiros anos é bastante significativo entre as pessoas que se submetem à cirurgia, podendo causar intensa frustração e sentimentos de culpa e derrota no paciente bariátrico.

A “mudança de personalidade” esperada por P.08, se tornar mais extrovertida, usar roupas curtas, coloridas e justas (opostas ao que Dalsin et al (2015) trazem como opções ao público feminino obeso) é uma expectativa bastante elucidativa do quanto a obesidade se vincula a um padrão de comportamento construído ao longo da vida (forma de se portar, se vestir, se relacionar, de ser no mundo) e que emagrecer é mudar todo esse padrão de forma rápida e bem adaptada, o que não é garantido com a CB. Marchesini (2010) aponta que a “mudança de vida” é um grande motivador para a cirurgia, no entanto, Mariano et al (2014)

alertam para o cuidado com expectativas para além da redução de peso, cuja frustração pode acarretar redução da autoestima e reduzir a adesão ao tratamento.

Finalmente, a expectativa de “emagrecimento com o corpo firme”, trazida por P.10 é apontada também como Marchesini (2010) como uma frustração comum às pacientes. O corpo magro é diferente do corpo emagrecido e a flacidez e o excesso de pele podem ser muito frustrantes principalmente para as mulheres obesas, o que pode ser fonte de vergonha, retraimento e pensamentos depreciativos, de forma que o corpo flácido seja compreendido enquanto (mais uma) falha. (Marchesini, 2010; Giordano et al, 2013; Müller et al, 2013).

Tantas fantasias (e consequentes frustrações) envolvendo o emagrecimento e a CB podem afetar de forma negativa o processo de adaptação do paciente, chegando mesmo ao insucesso do tratamento. Por esse motivo o acompanhamento psicológico antes, durante e depois da CB é tão importante. Num primeiro momento o papel do psicólogo é contextualizar a CB na vida do paciente, desmistificando junto com ele as fantasias e preparando-o para um pós operatório e uma adaptação mais realista. O monitoramento posterior é altamente recomendado principalmente para dar suporte à adaptação, mas também para ajudar os pacientes a compreender e lidar com seus corpos de forma mais empática e humana, na tentativa de promover saúde tanto física quanto mental.

Apesar das expectativas das participantes se mostrarem das mais diversas formas e naturezas, é interessante observar que de maneira mais imediata, dois fatores se destacam na tomada de decisão: a saúde e os filhos. Para as participantes a tomada de consciência da possibilidade de não estarem aptas a cuidar dos filhos por conta da obesidade foi definitivo para a decisão pela CB.

P.02 relata que sua decisão se baseou muito na expectativa de melhora da qualidade de vida, enfatizando sentido psicológico tanto voltado para si mesma (vontade de sair) quanto para o filho (ânimo para brincar com ele).

> Eu não tinha qualidade de vida. Eu não tinha animo. Meu filho na época com 5 anos eu não tinha qualidade de vida com ele, eu não tinha animo pra sentar e brincar com meu filho, eu sentia que eu tava assim...fora o psicológico né, eu não sentia vontade de nada, não sentia vontade de sair, praia e piscina, nunca jamais, então a decisão de operar foi para ter uma qualidade de vida mesmo. (P.02)

Da mesma forma, P.07 também associa sua decisão à fatores relacionados à sua saúde física e mental e à possibilidade de não vir a ver o filho crescer se continuasse obesa. A participante relata que tinha "vontade de viver" e entende que o estilo de vida que estava levando não era vida.

> Olha, foi no caso a vontade de viver... cuidar, ver meu filho crescer porque eu sabia que se eu continuasse do jeito que eu tava isso não ia acontecer (...). Eu não tava vivendo. Chegar do trabalho, comer e deitar não é viver...eu queria ir para a academia, correr no calçadão, ir a praia, botar um biquíni, vestir uma roupa... eu não conseguia botar um roupa, nem uma calcinha. Nunca tive um sutiã que coubesse e ficasse legal em mim. Tinha vontade de viver. Mas eu demorei muito para tomar uma decisão. (P.07)

P.03 relata que sua experiência de tomada de decisão também se pautou em questões de saúde que a colocaram diante do pensamento da possibilidade de morrer tendo um filho pequeno.

> Quando minha pressão ficou muito alta e eu não via solução, eu já tomava medicação de horário e mesmo assim se eu passasse algum aborrecimento, algum estresse ela aumentava e com medicação ela não abaixava eu ficava com muito medo. Eu tinha filho pequeno e pensava que eu ia acabar morrendo, ai falei não, vou procurar e vou fazer bariátrica porque vai ser o único jeito. (P.03)

P.04 associa diretamente a necessidade de perda de peso para possibilitar o cuidado do filho.

> Eu já não tava conseguindo emagrecer de outras formas e depois que M. nasceu eu via a necessidade de perder peso para conseguir cuidar do meu filho. (P.04)

P.08 por sua vez, traz em sua fala, além de sua preocupação com a sua saúde, a forma como a pessoa obesa é vista socialmente. A participante relata um acontecimento em particular que a afetou profundamente: ser confundida com uma senhora aos 19 anos.

> Eu acho que foi uma vez que eu fui pro hospital que eu estava muito inchada, não estava sentindo nada mas estava inchada, inchada, inchada e minha mãe falou que ia me levar no hospital e quando cheguei lá, mediram minha pressão e estava 22 x 18 e eu não estava sentindo absolutamente nada. Outra coisa também que foi um dia que eu entrei no ônibus (...). Eu entrei num ônibus pequenininho e um menino jovem, um pouco mais jovem que eu ... eu tinha 19 e ele devia ter uns 15... falou "ei senhora, senta aqui." Levantou para eu sentar e aquilo me bateu fundo no peito e eu falei "eu não sou uma senhora, eu tenho 19 anos" e ele achou que eu fosse uma velhinha pela dificuldade de andar, pelo peso.... eu falei "caramba"... foi uma parte pela saúde e outra parte social, de como você é visto como obeso. (P.08)

Em relação à motivação para a cirurgia enquanto fatores mais definitivos, nessas falas evidencia-se a influência da discriminação social e estética (P.08) e da busca por uma nova vida e necessidade de recuperação da saúde, (P.02, P.07, P.03, P.04 e P.08) , aspectos estes encontrados também por Marchesini (2010). No entanto, é interessante notar em boa parte das falas que a tomada de consciência da saúde precária e a decisão de mudar esse quadro acontece quando as consequências da obesidade sobre a saúde começam a tomar forma num medo concreto: o de não estarem aptas a cuidar dos filhos.

A maternidade é vivida e moldada pela cultura. Nela são encontradas as respostas para as perguntas "O que significa ser mãe?" e " O que significa ser mulher?" (Grisci, 1995; Correia, 1998). Correia (1998) analisa o significado da maternidade ao longo da história e discute as mudanças de valorização da maternidade de acordo com aspectos políticos e sociais e aponta, da mesma forma que Souza Filho (2014), como a maternidade (aliada a uma ideologia essencialmente patriarcal) passa a ser o objetivo da união conjugal e por ter um peso tão importante socialmente, torna-se essencialmente obrigatória. Para Grisci (1995) e Correia (1998) principalmente a partir do século XIX, a mulher, obrigatoriamente mãe, passa a ser também educadora e criadora da sociedade futura, sendo a criança seu objeto privilegiado de

atenção. Para exercer tão importante papel, a mulher é retirada do espaço público e assume a função de construir, cuidar e proteger sua família. Uma vez que a consolidação da união matrimonial se dá no nascimento de um filho (nessa perspectiva), o bem estar desse filho torna-se sua principal função social. A mãe deve então sacrificar suas paixões, suas ambições e principalmente sua sexualidade, que já serviu ao seu propósito (Grisci, 1995; Correia, 1998). Não deixando de mencionar que quando a fertilidade é vista enquanto dádiva divina, e a infertilidade enquanto castigo, a mulher que não pode ter filhos frequentemente sofre por sua impotência, se sente culpada e vazia, como se fosse sua responsabilidade não poder cumprir seu papel enquanto mulher (Grisci, 1995; Correia, 1998; Lins, Patti, Peron & Barbieri, 2014).

O que Grisci (1995), Correia (1998) e Lins et al (2014) pontuam, é que apesar da desconstrução e construção constantes do significado de ser mulher e de ser mãe, sobretudo após o movimento feminista da década de 60 no Brasil, em que a mulher conquista o mercado de trabalho e o espaço público, ainda prevalece a lógica de que o materno não é uma possibilidade do feminino, mas o feminino em si. Correia (1998) evidencia que à realização do feminino hoje acrescem-se outros ideais (além da maternidade) igualmente importantes: satisfação profissional e amorosa, por exemplo. Vive-se um período de transição de pensamentos e paradigmas e de adaptação à uma sociedade que cobra da mulher funções outras além do materno, que de vagar vão ganhando força identitária. É isso que vemos nas entrevistas. O mesmo papel materno que (entre outros fatores) pode ter afastado a mulher obesa de si mesma a empurra em direção à mudança. É frente à impossibilidade de ser (uma boa) mãe que as participantes buscam uma vida diferente (mais saudável) e apesar da motivação ser extrínseca, o processo de autodescoberta que de descortina em paralelo à adaptação física a manutenção desse novo estilo de vida coloca também a maternidade em perspectiva.

Dessa forma, foi possível compreender que as participantes esperavam de suas CBs resultados que de fato se associavam com a proposta da intervenção (emagrecimento e melhora nas comorbidades associadas à obesidade), mas também construíram expectativas baseadas na esperança de uma vivência (principalmente psicológica) diferente da experimentada até então, cujas marcas do preconceito e não aceitação se presentificam no corpo. O vislumbre da possibilidade da obesidade impedi-las de exercer da melhor forma a maternidade foi um fator decisivo para a mudança.

3.2.2 Inserção no processo e expectativas do cônjuge

A segunda temática a ser abordada centra-se na exploração da forma como as participantes enxergaram a inserção e participação dos cônjuges em seus processos, bem como conhecer, na visão delas, quais eram as expectativas do marido para esse processo. Destacam-se nessa temática: a não consideração do corpo na relação, o questionamento da inserção do cônjuge nos processos de mudança das esposas e a situação inversa, a decisão pela CB enquanto possível insatisfação do cônjuge com o corpo da esposa e o desconhecimento do ponto de vista dos parceiros por parte das participantes bem como a contrapartida agressiva.

Considerando que a obesidade é um processo que, para a maioria das participantes, se intensificou no casamento, a afirmação de todas elas que entre os casais o "corpo" nunca foi tema de considerações mais aprofundadas, sendo um assunto que nunca chegou a ser compartilhado entre eles, já nos dá uma dimensão do afastamento entre os parceiros sobre suas próprias constituições físicas. Dado interessante quando se leva em consideração que para a grande maioria dos esposos o primeiro contato com a ideia da obesidade enquanto "problema" para suas parceiras se dá quando estas os informam sobre seu desejo de se

submeter à CB. Durante o tempo anterior de casamento, o "corpo" não tem espaço para ser verbalizado ou para ser compartilhado em sentido. O sofrimento pelo qual passa a mulher obesa é um sofrimento solitário, que só é superficialmente percebido pelo parceiro quando da oportunidade de uma intervenção cirúrgica, carregada de fantasias tanto para as candidatas quanto para seus cônjuges.

Quando compreende-se a CB como último recurso terapêutico na tentativa de combate à obesidade e que para sua concretização as terapias conservadoras de emagrecimento já devem ter sido tentadas sem sucesso (e no caso das participantes foram), faz sentido pensar o quão tardiamente os parceiros se inserem nessa batalha.

Cabe ainda o questionamento da profundidade dessa "inserção" uma vez que as participantes trazem, na maior parte de suas falas, um envolvimento raso na decisão e no processo principalmente pré-operatório, na rotina de consultas e exames. P.04, por exemplo, evidencia esse (não)envolvimento quando declara o não posicionamento do marido frente à sua decisão de operar

> Na época meu marido nem era favor e nem contra, não se posicionava. Não foi aquela coisa de dar apoio, falar que "vai dar tudo certo" mas também não foi aquela coisa de desestimular," não quero que você faça". Ele ficou na dele. (P.04)

P.08 por sua vez, relata que o marido foi a favor de sua decisão de operar, porém o incentivo verbal foi aparentemente a maior parte do suporte que a participante teve do marido, cuja prioridade na época eram os estudos, o que inclusive a chateava bastante.

> Eu não me lembro mas eu lembro que ele era a favor, era tipo assim "Pô, faz mesmo, vai melhorar sua saúde, vai ser melhor pra você" mas eu não me lembro de alguma conversa que a gente tenha tido.
> **Seu ex-marido foi junto com você nos exames, na consulta com a psicóloga...?**
> Ele estudava muito nessa época, muito, muito mesmo. Eu lembro que no dia da minha cirurgia eu fiquei super chateada porque ele tinha uma prova para fazer e ele foi fazer a prova. Tipo, sua esposa, sua namorada está na mesa de cirurgia, foda-se a prova... não, ele foi na prova... ele era muito caxias e ele estudava muito mas em algumas

> coisas que ele podia me acompanhar ele me acompanhava. Menos do que eu gostaria. (P.08)

De forma semelhante, P.06 evidencia que o marido apoiou a decisão dela de fazer a bariátrica, e aparentemente foi essa sua participação no processo, tendo ela sozinha corrido atrás de todo o resto dos procedimentos.

> Sim, falei com ele. Ele sempre apoiou, ele sempre foi uma pessoa muito calada então tudo que eu fizesse para ele estava bom. Meus pais foram os que foram contra. Foi uma decisão mais minha. Eu que corria atrás... inclusive tudo sozinha. Eu ia para o médico as vezes ele nem sabia, tudo que eu fiz eu fiz sozinha. Só avisei o dia da cirurgia para ele (P.06)

P.02, em sua fala, traz que o marido entendia a decisão pela cirurgia como uma escolha da participante, apesar de achar que ela não precisava e as informações que ele tinha sobre o procedimento ele adquiriu assistindo a um DVD informativo com ela e perguntando à participante quando surgia alguma dúvida.

> Ele não se opôs, ele disse que achava que eu não precisava. Em momento nenhum ele falou que "por ele eu não operaria", ele achava que era uma escolha minha, que ia ser bom pra mim porque eu achava que ia ser bom pra mim. E eu cheguei a um ponto que eu nem tirava a roupa perto dele por que eu tinha vergonha. (...)Ele viu o DVD [com informações sobre a CB] ele sabia, as vezes ele questionava alguma coisa comigo, de como era a cirurgia, mas ele tinha consciência de como era. (P.02)

P.07 traz que a discussão com o marido sobre sua CB aconteceu por muito tempo até a realização de fato. Traz que o marido foi contra a decisão de operar por achar que era "coisa da cabeça" da participante e que ele gostava dela do jeito que ela era, da mesma forma que o marido de P.08, suas prioridades eram o trabalho e ele não podia acompanhar P.07 nas consultas.

> Discuti muito, muito tempo, acho que uns 5 anos antes da cirurgia. Pedi para ele me acompanhar nos médicos e ele não fazia gosto, falava que tinha que trabalhar e não podia faltar o serviço, ele falava que isso era coisa da minha cabeça, que gostava de mim do jeito que eu era. Eu falava com ele que não era questão de beleza, "eu estou doente", "eu não estou feliz", "eu estou com depressão", "eu tenho medo de morrer assim", "eu posso ter um infarto fulminante", "minha pressão sobe a qualquer momento", eu preciso fazer... ele não era a favor, mas depois para não dizer que ele foi

> contra ele deixou de lado, abandonou, mas também nunca...ele cuidou de mim, ele e minha mãe, mas se fosse por ele eu não teria feito.
> **Você se informou, foi às palestras, pesquisou... E ele?**
> Ele, meu ex? Não foi em nada, não procurou saber.
> **As informações que você teve ficaram então só para você?**
> Só pra mim.
> **Você disse que inicialmente ele não concordou com a sua decisão. E depois?**
> Fui por minha conta, ele abandonou o caso. Ele sabia que quando eu quero uma coisa eu ia fazer independente da decisão dele ou não, mas assim, eu acho que faltou mesmo da parte dele a curiosidade. (P.07)

Situação semelhante à de P.03, cujo marido também não concordou com sua decisão de operar e afirmou não compreender essa decisão, uma vez que "ele não estava reclamando" do seu peso, porém a participante relata que a forma de resistir à mudança utilizada por seu marido foi a sabotagem, o que foi percebido por ela e motivou a busca pelos procedimentos escondida dele.

> Foi discutido, mas ele não aceitou. Ele falava "mas eu não tô reclamando de nada"... "não tô reclamando". Tudo que eu fiz foi até meio que escondido. Eu falava com todo mundo que eu ia fazer mas eu não falava quando eu tava indo nas consultas, porque sempre tinha um problema. Eu tinha percebido isso, qualquer coisa que eu quisesse fazer que não fosse da vontade dele sempre acontecia alguma coisa... "olha só, você vem para casa agora porque o menino caiu..." sabe? Sabotagens assim, aí eu comecei a fazer isso. Tava fazendo os exames, fazendo tudo mas sem ficar divulgando que eu tava fazendo. As vezes minha mãe perguntava eu falava e tudo mas eu não ficava falando com ele porque ele não aceitava. (P.03)

De forma geral as atitudes dos maridos frente à possibilidade de cirurgia das esposas demonstraram superficialidade e pouco envolvimento, como quando P.04 relata que o marido "não foi contra nem a favor", ou P.06, que entendeu o comportamento do marido como apoiando a sua decisão, no entanto, na prática, quem teve que se informar e correr atrás dos procedimentos para a concretização da CB foi ela sozinha. O mesmo acontece com P.07, cujo marido, por não concordar com sua decisão, "abandona o caso", ou seja, deixa-a sozinha tanto com a responsabilidade da decisão quanto com todos os preparativos para que a CB dela se concretize. P.08 passa pelo processo inverso, porém com o mesmo resultado. O suporte por ela observado no ex-marido se limita a um suporte verbal superficial, que não se concretiza

em atitudes de suporte. Wiliams e Merten (2013) encontraram esse encorajamento verbal superficial nos maridos das mulheres obesas estudadas, que no entanto, não condizia com mudanças de atitudes para o emagrecimento proposto.

Dessa forma, o que se percebe é que as mulheres entrevistadas classificam como positiva a mera atitude do parceiro de "não oposição" à sua decisão de operar, e entendem como suporte esse encorajamento verbal que não necessariamente vem acompanhado de atitudes de suporte, como a informação sobre o processo e acompanhamento às consultas médicas, o que torna o processo solitário desde seu início. Pode-se pensar essa postura de considerar positiva a simples "não oposição" dos maridos como uma consequência do processo de construção/conquista da autonomia feminina (que ainda é uma luta diária). No Brasil, ainda no Código Civil de 1916 a mulher casada era considerada relativamente incapaz, tendo sua vida limitada pela aprovação do marido, inclusive para poder ter uma profissão. Até mesmo seus bens a partir do casamento passam a ser administrados por seu marido (Souza Filho, 2014). Esse fato, associado ao direito dos cônjuges aos corpos um do outro (*jus in corpus*) coloca a mulher casada enquanto um corpo físico e social submisso às decisões do marido. A mudança significativa nesse *status quo* social só é possível de forma mais efetiva a partir o movimento feminista, cujas pautas gradativamente conferem visibilidade à luta feminina por autonomia e igualdade de direitos.

Moore e Cooper (2016) demonstram a diferença crucial de suporte quando são os maridos que operam. Segundo os autores, as esposas são consideradas "peças centrais" no processo da cirurgia e assumem papel ativo no suporte ao processo dos maridos desde a tomada de decisão, marcação e comparecimento às consultas, quanto na adaptação posterior à cirurgia e na mudança de hábitos alimentares e de atividade física.

Esse protagonismo das esposas pôde ser visto na situação singular de P.05, cujo marido também passou por todo o processo da CB. A participante relata que foi responsável

por todos os procedimentos pré-cirúrgicos do casal. Inicialmente essa busca era apenas apara ele, porém, no processo, P.05 interessa-se pelo procedimento para si mesma e isso desencadeia uma grande crise no relacionamento.

> Os exames vinham na minha mão eu ia lá e marcava para ele e para mim. Tudo que eu fazia, fazia pensando nele principalmente, porque eu tinha medo de perder ele para a morte. Eu achava que nunca ia perder ele para outra, mas eu tinha medo de perder ele para a morte por isso que eu corria atrás e foi onde eu falei que ia fazer também e eu consegui e ele falou que eu não ia fazer. A gente brigava, a gente brigou por causa disso. Uma vez a gente brigou na frente da mãe dele porque ele não queria que eu fizesse e a mãe dele falou "meu filho porque você pode fazer e ela não?" e foi onde ele falou "não vou mais discutir com você" e parou, nunca mais falou nada. Só falava "quero ver se você morrer na mesa de cirurgia" tipo assim, me botando medo. O jeito dele de me segurar era botar medo. Em tudo, tudo, tudo, tudo. Me segurar para não brigar, não discutir, era fazendo medo em mim. Fui vivendo desse jeito aí. (P.05)

Corroborando os estudos de Moore e Cooper (2016), P.05 foi a responsável pela concretização dos exames e de todo o processo pré-operatório e de adaptação tanto dele quanto dela. Importante notar no depoimento de P.05 como a CB surge para ela inicialmente como possibilidade apenas para o marido, e ela se lança na odisseia de exames, laudos, consultas etc. o que até então não é encarado com tanta seriedade pelo cônjuge (ela relata que ele tinha medo de morrer na mesa de cirurgia). A ideia da CB só é tratada com seriedade por ele quando P.05 decide-se pela cirurgia por e para si mesma. Quando o foco do esforço e atenção muda dele para ela mesma (cujo medo de morrer na cirurgia não a impedia de continuar buscando a realização da CB) é possível que para o cônjuge, a cirurgia tenha deixado de ser uma ideia abstrata cujo protagonismo nunca foi seu, para se tornar uma meta com data e concretude para P.05. Talvez ser obrigado a enfrentar o fato de que a esposa demonstrava mais coragem e determinação à ideia de operar do que ele mesmo, tenha causado ao cônjuge de P.05 a necessidade de externalizar na esposa seus próprios medos, numa tentativa de se proteger e de retomar o controle sobre si mesmo e sobre ela, de evitar a mudança a qualquer custo.

O rompimento do *status quo* familiar a partir da mudança do lugar do obeso , da forma como a família o enxerga e (principalmente) da forma como ele próprio se enxerga pode ser uma transição difícil para a relação conjugal (Reedy & Blum, 2010). Bove e Sobal (2011) salientam que modificar o peso do casal pode levar a ressentimentos e rivalidade, o que pode ser visto na colocação de P.05, quando ela expõe a dualidade nas atitudes do marido, ora de empatia, ora de hostilidade, enfatizando sobre P.05 uma visão de fraqueza e dependência.

> E tinha dias que ele parecia que entendia minhas fraquezas e tinha dias que tratava com repulsa, repulsa muito forte. Falava que eu era fraca, que se eu vivesse sozinha eu ia acabar me definhando porque eu não sabia fazer nada sozinha. Na cabeça dele era isso, tanto é que quando nós nos separamos não teve briga, a gente nem brigou quando separou não. Umas das únicas poucas brigas que nós tivemos ele falou que ele queria me ver mal mesmo, queria me ver acabada porque eu não ia saber viver ele. Porque eu não sabia viver sem depender dele e que ele queria me ver na merda. (P05)

A partir dos relatos de P.05 durante o estudo, é perceptível o caráter abusivo de seu relacionamento: seu marido (também obeso) criticava e diminuía seu corpo, afetando sua autoestima, usava de chantagem emocional para conseguir relações sexuais com ela (com esse mesmo corpo que ele criticava, fazendo-a crer que ele era o único que poderia sentir atração por ela), a fazia acreditar que ela era fraca, incapaz e que sua sobrevivência dependia dele. Pelas considerações de Reedy e Blum (2010), podemos cogitar que a agressividade de seu cônjuge se volta para ela de forma ainda mais intensa quando a imagem da esposa construída e conservada através dos anos (de relacionamento abusivo) se despedaça ao se defrontar com uma mulher que o enfrenta pela sua decisão de submeter-se à CB, e mais do que isso, ousa ser bem sucedida em seu propósito. Ele, que tenta impor seus próprios medos e vulnerabilidades à ela na esperança de que por essa via P.05 aja de acordo com o padrão relacional que foi construído no casamento, vê que essa imagem construída da esposa é abstrata, distorcida e inverídica e que sua mulher concreta e real se mostra o oposto do que ele esperava dela. De fato, ela se mostra então uma estranha de quem ele se ressente e que não se resigna aos papéis familiares que ele estava acostumado que ela desempenhasse.

Importante ainda notar outro aspecto encontrado nas falas das participantes: a ideia do marido de que a decisão de se submeter à CB estaria vinculada a uma insatisfação dele com o corpo da esposa e não com a insatisfação dela com o próprio corpo. Essa ideia é bem ilustrada nos depoimentos de P.07 quando o marido atribui sua opção pela CB a "coisas da sua cabeça", uma vez que ele "gostava dela do jeito que ela era" e P.03 quando o seu marido não compreende sua decisão de operar, uma vez que "não estava reclamando de nada". Dessa forma, temos aí também como pano de fundo, a ideia de que uma vez que o marido esteja satisfeito com o corpo de sua esposa, não haveria motivo de fato para que ela se submetesse à CB. Esse pensamento nos remete de volta ao direito sobre os corpos (*jus in corpus*) trazido por Souza Filho (2014), no qual os corpos dos noivos pertencem um ao outro, o que na prática condiz com a propriedade do marido sobre o corpo da esposa, e como este serve para satisfazer-lhe as vontades, não se justificaria modifica-lo se o marido está satisfeito com sua constituição. Fica então implícita a ideia de que discutir a possibilidade da CB e a decisão pelo procedimento equivale a pedir ao cônjuge autorização para tal. Situação também relatada por P.03.

Os relatos das participantes evidenciam a forma absurda com que a integridade da mulher obesa (enquanto ser biopsicossocial) é imperceptível ao outro. É como se, para os maridos, essa mulher se fundisse e desaparecesse nos contextos em que atua, só tendo alguma expressividade em conteúdos que digam respeito a eles de alguma forma. Isso fica muito nítido quando P.07 relata que sua saúde física (hipertensão aos 19 anos) e mental (medo de morrer, de infartar, depressão e infelicidade) debilitadas não são suficientes para o cônjuge compreender sua decisão pela CB, uma vez que "ele gostava dela do jeito que ela era" e isso deveria bastar. Um questionamento então merece consideração: como, numa relação conjugal, uma das partes se torna tão absurdamente inconsciente de partes tão constituintes da outra? Talvez a resposta esteja no processo de invisibilização da mulher obesa, que se discute por

todo esse estudo, do qual o marido é apenas (e mais um) reflexo. Na construção de si enquanto ser no mundo foi tomado da mulher obesa a vez e a voz. Ninguém sabe (nem seu marido) como é para ela a vivência de ela ser mulher e ser obesa porque socialmente não se construiu esse interesse. Pelo contrário, quanto mais ignorado, melhor se mantém seu papel subserviente.

Importante ressaltar ainda no relato de P.03, que além de não aceitar a reivindicação da esposa sobre o próprio corpo por meio da CB, seu marido ainda se utiliza de formas de sabotar a sua decisão e continuidade, principalmente usando o outro fator (já discutido anteriormente) cujo peso para a mulher ainda é tão grande ou maior do que o casamento: a maternidade. Percebendo esse movimento por parte do esposo, P.03 compreende que não pode esperar dele o suporte que necessita, e começa então a buscar seu objetivo de forma "escondida". Esse movimento na relação conjugal acaba por afastar os cônjuges, tornando a jornada mais solitária para ambos.

A noção rasa e tardia do significado da obesidade para a mulher (considerando a CB enquanto "última opção terapêutica" no combate à obesidade) dificulta a compreensão da CB enquanto mudança que possa fortalecer o casamento ao mesmo tempo em que afirma a mulher enquanto senhora de si (dos seus desejos e do seu corpo). Essa mudança parece ser compreendida pelos cônjuges de duas formas: 1.Como "uma decisão que só cabe à parceira" e dessa forma o papel do parceiro se restringe a alguns incentivos verbais e à "não oposição" ao processo, porém sem nenhuma atitude concreta de suporte, como o acompanhamento presencial das consultas, exames , pesquisa e conhecimento técnico sobre os procedimentos e as necessidades pós cirúrgicas, etc. 2. Como uma decisão repentina e precipitada, no qual o cônjuge se insere com a ideia de ser aquele que "permite ou não" sua concretização, uma vez que ele associa o desejo de mudança da esposa à uma possível insatisfação dele com o corpo dela, e não dela com o próprio corpo, ideia reforçada pela necessidade de assinatura de um

termo de responsabilização por um familiar no qual este se afirma ter conhecimento dos riscos e das necessidades inerentes à CB.

Independente da compreensão, no entanto, o que se observa é o mesmo resultado: as mulheres correndo atrás de seus objetivos sozinhas e os parceiros alienados do processo desde o seu início.

Nesse contexto de distanciamento, não deveria causar tanto estranhamento que a última temática a ser discutida seja o desconhecimento do ponto de vista dos parceiros por parte das participantes. Nenhuma das dez participantes pôde responder qual era (se havia) a expectativa do cônjuge sobre sua CB. Nenhuma das dez entrevistadas se recorda ao menos de ter perguntado aos parceiros o que eles esperavam de suas CB. As participantes relatam apenas as reações posteriores (no geral agressivas) dos cônjuges aos resultados da CB.

P.03 ilustra que inicialmente o marido afirmava não haver nenhuma diferença na participante, o que posteriormente foi substituído por críticas à sua aparência.

> Ele não falava... só quando ele viu a progressão... primeiro nos primeiros 15 dias ele falava "eu acho que eles não fizeram esse negócio certo não porque eu não tô vendo nada, diferença nenhuma", desse jeito... depois quando começou a ser visível ai ele começou a falar que não tava gostando, "você tá feia"... falava assim, umas coisas que eu me sentindo toda linda e ele não tinha... eu acho que ele não tinha expectativa mesmo. (P.03)

Por mais que a distância dos parceiros tenha possibilitado às participantes um protagonismo (forçado) na conquista da CB, esse distanciamento impede o parceiro de elaborar questões fundamentais sobre o impacto das mudanças inerentes à CB no casamento. Questões como as expectativas do cônjuge sobre a CB, sua perspectiva imagética da esposa num corpo não obeso, as mudanças que precisarão ser feitas a partir da CB na alimentação, atividade física, socialização do casal etc. são trabalhadas principalmente pela equipe multidisciplinar no processo pré-cirúrgico, do qual os cônjuges foram alienados e por essa razão não puderam ter sequer a oportunidade de refletir sobre a extensão e a profundidade das

mudanças que se seguiram de forma frenética. As atitudes do cônjuge de P.03 sobre seu emagrecimento evidenciam além de desconhecimento do processo o uso da agressividade como forma ressentida de se defender contra essa mudança tão veloz, que o surpreende e o obriga a se reinventar enquanto esposo também.

De maneira geral percebe-se que o corpo não tem lugar no diálogo conjugal, afirmando mais uma vez sua invisibilidade, agora dentro da relação. A maioria dos cônjuges foi retratada com uma percepção superficial do significado tanto da vivência feminina da obesidade quanto do valor da CB enquanto ferramenta no enfrentamento à essa doença, no qual a "não oposição" e o incentivo verbal são compreendidos enquanto suporte suficiente ao processo, diferente de quando quem passa pela cirurgia é o marido. A decisão de operar pode ser compreendida pelo cônjuge como uma resposta a uma suposta insatisfação dele com o corpo da esposa e dessa forma a resistência à CB pode assumir formas de sabotagem e agressividade. Não é a intenção do estudo demonizar a figura dos maridos. Fato é que os parceiros são alienados do processo de vivência da obesidade feminina já desde antes do casamento, e na relação o corpo se afirma enquanto invisível, só voltando a aparecer quando a CB é mencionada, mas o caminho até ela (e depois dela) é vivido de forma solitária, de modo que os maridos se defendem como podem da mudança que para eles é súbita e desafiadora. A CB acaba se concretizando enquanto catalisadora inevitável de mudanças, e o distanciamento entre os parceiros torna o processo adaptativo ainda mais solitário.

Na esperança de mudar esse cenário, a psicologia tem muito a contribuir, desde a problematização e conscientização do ser mulher e ser obesa na atualidade até a convocação e inserção dos maridos nesse processo e no desenrolar da CB. Isso pode ser feito em psicoterapia individual, grupos terapêuticos, avaliações para a CB e de forma especial na terapia de casal.

3.2.3 Mudanças (in)esperadas

A terceira temática abordada tem foco nas vivências e experiências das mudanças físicas e psicológicas proporcionadas pela CB às participantes, bem como sua influência na relação conjugal. Destacam-se aqui algumas ideias: necessidade de novos hábitos alimentares e atividade física, mudanças psicológicas e na autopercepção das participantes, a reação dos cônjuges às mudanças das esposas, sexualidade pós-bariátrica, infidelidade e traição.

No decorrer do processo da CB, um dos maiores desafios da equipe multiprofissional é desmistificar, para o paciente, a cirurgia enquanto "solução mágica" ou "milagre" no combate à obesidade e trazer a noção de "tratamento". A ideia de que o emagrecimento viabilizado pela intervenção cirúrgica é definitivo e independe de mudanças de hábitos do paciente é incorreta e precisa ser substituída pela consciência de que a probabilidade de sucesso da CB aumenta consideravelmente com a adesão ao tratamento pós cirúrgico principalmente no que diz respeito a mudança de hábitos alimentares e de atividade física.

Esses dois elementos, de forma específica, são as mudanças mais voluntariamente obtidas pelos pacientes de CB, pelo menos no pós-operatório mais imediato e nos primeiros meses de adaptação, nos quais a perda de peso é maior e a dieta imposta é ainda bastante restritiva. No geral são duas semanas consumindo apenas líquidos, em intervalos curtos e regulares, uma semana de dieta pastosa, em que são introduzidos alimentos na forma de purê e uma semana de dieta branda, na qual alimentos sólidos macios começam a fazer parte da dieta. A seguir, a dieta vai se tornando progressivamente mais completa e menos restritiva, até o ponto de que alimentos até então "proibidos", pela possibilidade de causarem danos à cicatrização e atrasarem a recuperação cirúrgica, passam ser "evitados", uma vez que já não há mais risco fisiológico grave no seu consumo, porém em sua maioria também não são saudáveis e nutritivos. Essa mudança alimentar que se inicia no pós-operatório precisa fazer

parte então da vida do paciente, é necessário que ele construa para si uma nova relação com a comida, para que não haja reganho de peso posterior.

No caso das nossas participantes, a dieta do primeiro mês foi cumprida por todas, e a reeducação alimentar posterior foi abraçada por 9 delas, porém, o que chama atenção, é que em todos os casos essa mudança aconteceu apenas para a participante e para os filhos (quando havia). Em nenhum relato um cônjuge aderiu à mudança alimentar junto das participantes, pelo contrário, os relatos giraram em torno de atitudes de resistência e indignação à mudança. Quanto à atividade física 8 participantes alegaram praticar depois da CB. Entre os cônjuges apenas 3 faziam algum tipo de atividade física, porém nenhum deles junto com a esposa. Cada um fazia sua atividade separadamente.

P.02 relata que a adesão à reeducação alimentar na sua família foi dela e dos filhos, principalmente por motivos de saúde. O marido não aderiu.

> **Os hábitos dele mudaram junto com os seus?**
> Não, nenhum.
> **Você reeducou sua alimentação sozinha?**
> Para mim e para os meus filhos, porque meu filho hoje sofre de obesidade e o pediatra dele falou comigo... ele é muito grande né... o pediatra dele falou comigo que é um risco muito grande. Ele tem colesterol alto desde criança, minha filha também tem, então eu tive que reeducar nós três. O pai não adiantou muito, não teve jeito. (P.02)

P.07 relata que a adesão à reeducação alimentar e à atividade física na sua casa foi também bastante solitária. Ela afirma que não estar disponível para acompanhar o marido na alimentação que ele gostava foi motivo de brigas e desavenças. A participante relata ainda que percebeu que “as coisas começaram a desandar” quando não houve nenhuma mudança (alimentar ou na atividade física) do marido. Destaca-se ainda a atitude de sabotagem à alimentação de P.07, desde o pós-cirúrgico imediato, colocando em risco a vida da participante.

> Foi ai que eu comecei a ter menos paciência com ele porque final de semana ele sabia que eu tava de dieta, ele sabia que eu tinha que comer [comida] pastosa e ele falava "Vamos pra churrascaria?" eu falava "Meu Deus, como eu vou pra churrascaria?" vou lá comer purê de batata... por mais que seja uma comida pastosa era cheio de manteiga, não era uma comida caseira... nossa aí dava briga. "Eu não sou obrigado a comer assim" ai dava briga porque a gente batia de frente, chegava o final de semana depois que eu saia da dieta pastosa eu me lembro que ...eu já tava livre, liberada para comer mas não era comer fritura, doces... ele queria ir para a sorveteria, queria comer doces, pizza... como você acompanha? Da até enjôo chegar num lugar e pedir um suco de laranja sem açúcar, coado assim, feito assim... eu não queria isso. Então meus problemas passaram a ser diferentes. As nossas cabeças passaram a ser muito diferentes, ele não me apoiou em nada, pelo contrario ele só me perturbou.
> **E a atividade física? Mudou?**
> Eu tinha necessidade de fazer atividade física e como casada com ele eu sentia falta de um companheiro e ele não estava à disposição sempre. Ele não queria, evitava. Os programas que ele queria não eram os mesmos que o meu, e a comida principalmente. As coisas começaram a desandar daí, impossível... Um relacionamento tem que andar junto. (P.07)

O relato de P.02 evidencia a preocupação de uma mulher que vivenciou a obesidade e as suas comorbidades ao ver essas mesmas comorbidades se instalando na vida dos filhos, ainda tão jovens. P.02 conheceu as dificuldades de ser obesa e sabe os riscos do nível elevado de colesterol e estende a sua mudança alimentar aos filhos validada pela preocupação com sua saúde (ela é a adulta responsável por seu bem-estar) e também pela autoridade materna sobre os filhos. Ela pode impor essa mudança. Já no caso do cônjuge essa hierarquia não se aplica, e apesar de ser papel da esposa cuidar da família, quando esse cuidado colide com o desejo do cônjuge, se não há um movimento voluntário de aceitação, ele é anulado, como relata P.07 na fala do cônjuge "Eu não sou obrigado a comer assim".

No relato de P.07, evidencia-se o caráter importante de socialização e de aproximação que o comer e a comida exercem sobre o casal. A participante destaca sua percepção de que o casamento "começa a desandar" quando "as cabeças passam a ser muito diferentes", quando os programas dos dois não se ajustam a partir das novas necessidades dela e ela passa a ter "problemas diferentes", o que os afasta. Importante destacar o protagonismo implícito nessa fala: quando P.07 alega que começou a ter problemas diferentes do marido, o que se apresenta

é a participante assumindo para si seus próprios problemas, diferenciando-os dos problemas do marido e focando-se na resolução “dos seus”. Para que isso seja possível é preciso que haja um índivíduo crítico que faz escolhas e consegue ver-se enquanto sujeito.A descrição de P.07 corrobora os resultados de Torvik et al (2015) que apontam a maior probabilidade do casal permanecer junto quando hábitos parecidos são compartilhados, entre eles o do exercício físico. Faz-se necessário também notar pelo relato de P.07, que é a partir da não-adesão do marido às mudanças necessárias para si que a participante começa a entrever a solidão do seu processo.

Um outro tópico interessante trazido pelas participantes foi em relação às mudanças psicológicas e na forma como passaram a se perceber depois da bariátrica. Quando falam de si mesmas e das mudanças que a CB proporcionou em suas vidas, as participantes são bastante coesas, principalmente nas mudanças psicológicas positivas adquiridas no processo.

P.02 relata aumento de sua autoestima, autoconfiança, paciência e melhora no seu humor.

> Mudou a autoestima, mudou é... eu vejo a autoestima, confiança, eu tenho mais confiança em mim, tenho mais perspectiva, a gente muda, é como se fosse... como se fosse não, é uma vida nova. Eu achava que eu fosse ficar mais impaciente com determinadas coisas mas a gente se torna mais paciente, porque você não tá sempre cansada. Enquanto quando você tá obesa você tá sempre cansada, você fica sem paciência com as pessoas, eu sou bem mais humorada, brinco mais, é outra vida. (P.02)

P.06 também relata melhora na autoestima e ter se tornado mais crítica com o jeito do marido.

> Eu acho que eu fiquei muito mais difícil porque a autoestima... eu não aceitava muita coisa... é isso. Eu acho que minha separação inclusive foi por causa disso, de ... comecei a ver que as pessoas me reparavam mais e aquilo tipo... eu já não aceitava mais o jeito dele, eu queria ouvir elogios na rua. (P.06)

P.03 relata perceber maior visibilidade e respeito para consigo e tornar-se mais exigente.

> Parece que hoje as pessoas me olham com mais respeito, que antes parecia que eu era invisível, que eu me fazia de invisível. Hoje eu vejo muita mudança. (...) Eu percebi que as minhas atitudes mudaram, como reagir com as coisas... Eu acho que não piorou [o casamento] não, eu acho que eu mesma que mudei. Já estava ruim, quem me conhecia e acompanhava... Tinha coisas que aconteciam há anos e só eu quem não via, eu comecei a enxergar e ficar mais critica... Não sei a palavra... ficar mais... querer mais mesmo... Não, não quero só isso... Eu achava que poderia mais. (P.03)

P.05 relata ter adquirido mais segurança e independência emocional.

> Ah, e eu fiquei muito mais segura. Muito mais segura, não tô nem aí para ninguém. (...) Não dependo de ninguém para absolutamente nada mais. Nem emocionalmente falando, para nada. (...) Eu me sinto uma mulher segura em todos os sentidos. (P.05)

P.08 relata melhora na ansiedade e na realização de atividades cotidianas.

> O que me incomodava principalmente era sair de casa, público, andar na rua, pegar ônibus e isso passou a não me incomodar mais e ser normal. Antes eu tinha uma ansiedade muito grande para andar na rua, fazer as atividades cotidianas. (P.08)

P.09 relata voltar a se olhar no espelho e não se incomodar com a flacidez, ganhar saúde, qualidade de vida, autoestima e amor próprio, cuidar melhor de si, se considerar prioridade e se reconectar com seu lado mulher.

> Eu comecei a me olhar no espelho porque eu não me olhava, eu não tinha coragem de me olhar no espelho. Hoje eu me olho no espelho com essa flacidez e fica tranqüilo, porque é uma coisa que mais pra frente eu vou resolver. A minha flacidez eu vou resolver. Porque o que eu eliminei foi o peso, ganhei saúde, ganhei qualidade de vida, ganhei minha autoestima de volta e meu amor próprio de volta. Olha quanta coisa boa eu ganhei por ter eliminado 46 quilos, hoje eu entro numa roupa 36. Eu vestia 54. (...) Hoje eu sou mais feliz, me vejo assim, mudei em muitos aspectos, principalmente de pensar mais em mim, de olhar mais pra mim, cuidar mais de mim, principalmente nesse aspecto eu mudei muito...me amar mais, me olhar e falar “nossa, como eu sou linda”. Eu mudei muito. Eu mudei como mulher, no sentido de que hoje aquela P.09 abestalhada que casou há 20 anos atrás eu não sou mais. (P.09)

Os relatos das participantes corroboram a literatura que apontam melhora significativa em distúrbios de humor (Müller et al, 2013; Kalarchian et al,2015), aumento da

autoconfiança, autoestima, mudanças positivas na autoimagem, melhora na autonomia e socialização, fazendo-as mais exigentes e assertivas com seus parceiros. Estes, por sua vez, sentem-se confusos com as mudanças e passam a enxergá-las de forma negativa (Kalucy & Crisp, 1974; Castelnuovo-Tedesco & Schiebel, 1976; Neill, Marshall & Yale, 1978; Moreno et al., 2011;Pories et al, 2011; Williams & Merten, 2013). A percepção, elaboração, construção e afirmação dessas características, não necessariamente novas, porém vistas sob uma nova perspectiva, traz a ideia exposta por P.02 de uma "vida nova".

Em estudo qualitativo com mulheres que se submeteram à CB, Agra (2008) aponta resultados muito semelhantes aos relatados pelas participantes. A autora pontua em sua pesquisa melhora significativa na forma como as participantes se percebem (melhora autoestima, sensação de bem estar psicológico, aceitação da autoimagem, maior força de vontade) e como são percebidas pelo meio (começam a receber presentes, elogios, a serem notadas). De forma particularmente interessante, a autora discute a autoestima enquanto inter-relação entre auto-confiança, auto-respeito e imagem corporal, sendo auto-confiança a convicção na própria capacidade de realização, auto-respeito o equilíbrio entre as atitudes e valores do indivíduo e a imagem corporal sua percepção a respeito de seu bem-estar físico. Sobre a imagem corporal é notável que ela se constitua não apenas da auto-imagem, (imagem mental que o indivíduo faz de si), mas também de suas atitudes diante desse corpo. Dessa forma a autora deixa explícita a forma como a construção da imagem corporal da mulher obesa passa por domínios anatômicos, fisiológicos, neurológicos, psicológicos e sociológicos.

As falas das participantes de fato validam essa melhora na autoestima quando elas deixam claro que após a cirurgia elas sentem mais confiança e segurança em si mesmas (P.02,P.05,P.09) inclusive para realizar atividades cotidianas que antes eram inviabilizadas pela obesidade (P.08). Agra (2008) traz ainda a dimensão psicológica que o corpo adquire,

enquanto arcabouço onde se projetam emoções, sentimentos, medos e apreensões, Williams e Merten (2013) apontam para o excesso de peso enquanto mecanismo de defesa contra atenção do sexo oposto e possibilidade de enfrentamento de rejeição em mulheres solteiras e como o excesso de peso pode ser usado por mulheres casadas para manter o *status quo* da relação. P.03 afirma que ficou mais crítica depois da CB, que passou a querer mais, a acreditar que poderia ter mais do casamento, que não precisava se contentar com a situação estabelecida até então se esta não lhe era favorável. Reedy e Blum (2010) afirmam que a mudança no lugar familiar que o obeso ocupa também pode ser um causador do divórcio. As autoras compreendem que o empoderamento alcançado pela mulher quando vence o status de obesa pode estremecer a relação a ponto de terminá-la.

Agra (2008) argumenta que a perda de peso proporcionada pela CB confere à mulher um controle maior sobre seu próprio corpo e consequentemente também sobre as questões psicológicas que se fazem presentes nesse corpo: a ansiedade diminui, a fobia dá lugar à aproximação e ao conhecimento e o medo da rejeição dá lugar à segurança e à maior valorização do próprio conceito de si em detrimento da busca pela valorização do outro.

A CB convoca a mulher a se colocar no protagonismo da própria vida, a se voltar para si mesma e se descobrir enquanto mulher, à parte do "obesa" e enquanto potência. P.09 deixa clara essa jornada quando afirma que depois de sua cirurgia passou a pensar mais em si, em olhar mais para si e a cuidar mais de si. Essa movimentação "para dentro" impulsiona a (re)descoberta de si, e por isso muitas participantes definem o processo enquanto uma "vida nova", como se fossem "outra pessoa", porque de fato o processo da CB possibilita à mulher um conhecer-se que até então lhe era alheio e de posse de si mesma o espelho já não é mais um inimigo, porque ela conhece e gosta de quem ela vê. P.03 traz ainda um ponto: como a percepção de si mesma muda, a percepção do olhar do outro sobre si também muda. Ela alega

ser olhada com mais respeito, a ser notada, mas também se pergunta se ela mesma não “se fazia de invisível”. Dada a forma como o obeso é estigmatizado socialmente (Agra, 2008; Marchesini, 2010; Dalsin, Schemes & Pacheco, 2015; Agra et al, 2016), o emagrecimento traz a visibilidade social pela padronização do corpo aos moldes aceitáveis, mas o reconhecimento externo por sua mudança corporal pode também ser consequência da mudança interna que se processa nessa mulher. A aquisição de auto-confiança, auto-respeito e melhora da auto-imagem fazem a mulher menos autocrítica (mais crítica) e mais segura para enfrentar os julgamentos externos. Ela não precisa mais ser invisível porque ela está segura de que consegue lidar com a exposição. A gordura já não funciona como “capa protetora” entre o indivíduo e o mundo (Williams & Merten, 2013) e ao perder essa “proteção” simbólica sintomática, a mulher descobre em si mesma como e de quê ela precisa de fato se proteger.

Todo esse trabalho de autodescoberta e transformação descrito pelas participantes, no entanto, parece ser vivenciado de forma muito solitária. Em contraponto às declarações extremamente positivas quando as participantes relatam as mudanças que perceberam em si mesmas, quando questionadas sobre os cônjuges o conteúdo das respostas é bem diferente.

Em relação a reação dos cônjuges às mudanças das esposas as respostas obtidas podem ser classificadas em três grupos de reações menos mutuamente exclusivas e mais consecutivas: “ciúmes e insegurança”; “agressividade e críticas ao processo” e “afastamento”.

A percepção do aumento da insegurança e ciúmes do cônjuge foi comum entre as participantes. P.02 relata que o aumento de sua autoestima a incentivou a usar lingerie e percebeu melhora na relação sexual, porém nada disso foi comentado pelo parceiro. Ela relata perceber que a autoestima elevada deixou o esposo mais inseguro, ciumento e controlador, inclusive escutando conversas particulares e mexendo no celular de P.02 sem a sua permissão.

> Ele nunca foi de falar não, é lógico que ele sentiu diferença na minha autoestima porque eu já usava lingerie, a gente se sente melhor até pra ter relação sexual, para ele melhorou em questão disso mas em momento nenhum ele falou isso. Porque ele não falava? Por questão do ciúme excessivo. E quando eu emagreci que eu criei perspectiva de vida que a minha mente abriu pra outras coisas, ai que foi gerando problemas. Então ele não falava por questão da insegurança, muito inseguro em relação a tudo. A estima da gente cresce e ele tinha uma certa preocupação com isso. (...) A gente participava de uma igreja grande então se alguém chegasse e falasse assim "nossa você é uma mulher nova hein", "nossa como você está bonita" aí ele ria e levava na brincadeira mas você via que ele ficava... ele sentia inseguro.(...) Inclusive o próprio irmão dele falou com ele: "olha, sua mulher agora tá gatinha..." ficou com uns papos assim que inclusive acabou prejudicando o relacionamento, o ciúmes, porque ele já era uma pessoa possessiva, acho que ele acabou não sabendo lidar.
>
> **Você sentiu que a possessividade e os ciúmes aumentaram?**
>
> Aumentou, aumentou sim, já tinha muito e ainda aumentou consideravelmente, se eu pegasse... Tivesse no quilão... "não precisa você ir, manda os meninos!" Inclusive eu nunca fui de sair muito, mas igual as meninas do serviço que moram no mesmo bairro e tudo, eu recebia lá em casa e ele começou a ficar em cima escutando as conversas, peguei varias vezes... Acordar de madrugada e ele mexendo no meu celular, coisas assim foram me incomodando. (P.02)

P.08 relata que sentiu o marido mais controlador após a sua CB e não sabe se foi pela cirurgia ou pela construção do próprio relacionamento, mas se sentiu desgastada.

> Mudou [o casamento pós cirurgia] eu acho que no começo mudou um pouco para pior porque ele ficou mais controlador, mais ... não sei se pela perda de peso, mas a gente foi construindo uma relação que era muito só nos dois, só nos dois e isso deu um desgaste muito grande ... (P.08)

Pelos relatos é notável que o aumento da desejabilidade social e da autoestima da parceira retira os cônjuges da zona de conforto construída no casamento e isso traz para eles insegurança. Interessante notar como a reação às mudanças das parceiras só se concretizam de fato quando uma terceira pessoa declara abertamente a mudança. Essa declaração de uma terceira pessoa é recebida pela mulher como uma conquista de visibilidade e reconhecimento, mas para o companheiro é a impossibilidade da negação ou do não –reconhecimento dessa mudança. O olhar de reconhecimento externo voltado para a parceira demanda do cônjuge uma mudança também da forma como ele a via. E como até o momento o processo de mudança não o incluiu de forma aprofundada, ele a compreende enquanto ameaça, inclusive

de abandono. Na construção dos papéis de marido e esposa, como explicitado por Souza Filho (2014), a forte tradição cristã da sociedade brasileira se estende nos campos da moralidade e do direito, e por meio do direito sobre os corpos um do outro (*jus in corpus*) de forma exclusiva, o cônjuge reage à ameaça de perda da esposa com possessividade e controle, ignorando sua subjetividade.

Em pesquisa qualitativa com maridos de bariátricas sobre o impacto da CB na relação conjugal, Arantes (2008) encontra no discurso de seus participantes a insegurança causada pelo emagrecimento das parceiras e o ciúme enquanto modo de reação. Um dos participantes afirma que o emagrecimento da esposa é encarado positivamente a partir do momento que ela passa a se cuidar melhor e estar esteticamente mais atraente, o que o agrada, uma vez que ele afirma sentir-se julgado e discriminado por estar com uma mulher obesa. No entanto, o mesmo participante relata aumento nos ciúmes e alega não saber que reação teria se "dessem em cima de sua esposa". Ou seja, sua expectativa era uma mulher esteticamente bela que o validasse socialmente mas que não deve chamar atenção o suficiente a ponto dele se sentir ameaçado. Um outro participante, que reconhece seu ciúme aumentado, alega que não permite que a esposa faça academia sozinha e ameaça pedir o divórcio se ela fizer as plásticas nas mamas que deseja. Essas falas corroboram a literatura que aponta a fase de adaptação pós-cirurgia, onde há maior perda de peso, um momento crítico para o casal (Neill, Marshall & Yale, 1978).

Aqui faz-se presente as reações de agressividade e críticas aos processos das parceiras, ao qual os maridos não têm acesso ou vivência.

P.03 ilustra como os elogios externos eram contrabalanceados pelo marido com críticas e ofensas.

> Pois é, quando eu comecei a emagrecer ele começou a questionar, todo mundo falar "ah você tá bem, tem gente que fica com cara de doente, e você não tá" aqueles

> elogios que te fazem sentir bem e ele falava assim “nossa, você tá horrível, você tá parecendo uma caveira”, falava desse jeito... tipo assim, antes ele só elogiava que tava ótimo para ele e quando eu comecei a me sentir bem ele começou a detonar que não tava bom. Eu colocava algum tipo de roupa ele falava que tava horrível, que não tava bom e todo mundo falando que tava bom. Eu olhava no espelho e me via, assim, parecia que eu tinha voltado ao passado e ele me criticando. Ele criticava muito e aquilo foi me magoando muito. (P.03)

P.05 relata como as críticas mordazes do marido eram recebidas e passaram a ser devolvidas da mesma forma.

> Não deu tempo para ele perceber [o emagrecimento] porque quando ele saiu de casa eu estava com 80 kg, eu tava gordinha ainda. Depois quando em setembro nós nos encontramos novamente para poder assinar o divórcio ele falou mal... “nossa você tá magra demais, tá ridícula magra desse jeito”. Eu até dei uma má resposta “quem tá comendo não tá incomodado” (...) Ele criticou a ponto de falar que eu estava ridícula magra “nossa P.05 você não era assim respondona” porque ele vinha falar algumas coisas comigo mas eu era daquele tipo assim, que eu dava a resposta rindo na cara dele. (P.05)

P.07 relata dúvida se as críticas do marido não eram uma forma de não assumir que ela estava mais bonita.

> Eu não sei se ele não queria assumir que eu tava mais bonita, é que ele falava que gostava de gordinha, que meu rosto tava chupado, sempre botava um obstáculo em alguma coisa. Eu ficava toda besta, tirava foto toda hora, sempre gostei de foto, ele ficava... (P.07)

O processo de “deslumbramento” com os resultados da CB são descritos pelas participantes de Agra (2008): a felicidade de caber em roupas escolhidas por elas, de voltar a se olharem no espelho e gostarem da imagem refletida, de serem capazes de realizar tarefas diárias, de serem reconhecidas e elogiadas... Diante dessas mudanças, rápidas e inacessíveis aos maridos, Neill, Marshall e Yale (1978) apontam aumento no ciúme e ansiedade dos cônjuges, e o medo do abandono se traduz em ceticismo e crítica às parceiras. Por mais que seja interessante notar no relato de P.05 a ausência da submissão e o desenvolvimento do enfrentamento às críticas recebidas, infelizmente esse enfrentamento se dá de forma tão agressiva e ofensiva quanto os comentários do cônjuge. As trocas ofensivas, comentários

mordazes e toda sorte de afronta serve como defesa a sujeitos extremamente vulneráveis: tanto para as mulheres, que se encantam pelos resultados positivos e rápidos da CB mas que carregam ainda na psique as marcas da obesidade, quanto para os cônjuges, telespectadores externos desse processo que são confrontados com seus resultados. Isso causa desgaste tanto à psique individual quanto à relação conjugal.

Por fim, a última reação discutida é o afastamento (físico e principalmente emocional) do cônjuge. P.04 descreve como suas mudanças após a bariátrica atingiram o marido e a forma dele lidar com elas foi se tornando mais introspectivo e se afastando dela, criando um lugar seguro para si e um espaço entre eles na relação.

> Ele é aquela pessoa que não se expressava. Então eu acho que esse meu comportamento foi deixando ele muito introspectivo, ele foi se afastando mais. Eu acho q foi isso porque antes eu era uma pessoa e depois, eu me tornei outra. Falava o que tinha que falar e ele sempre ali na dele, mas ele foi criando um mundo para ele, ele foi criando um espaço entre a gente, porque ele não conversava sobre... e eu ao mesmo tempo ali... porque logo depois da cirurgia você fica sei lá... nem sei... surtada mesmo... E ai eu acho que ele não deu conta, mas eu falava para ele ir para a terapia, para a gente tentar junto entender, ele me entender e entender o processo que eu tava vivendo. E também é uma coisa que eu ia passar, algumas coisas iam passar. Mas ele nunca quis, eu sempre falei... eu sempre achei... porque eles tem uns problemas de família e de repente a bebida é em decorrência disso mas ele nunca quis fazer a terapia e a gente foi se afastando muito por conta dessa personalidade que eu adquiri depois da cirurgia. (P.04)

P.06 também relata o afastamento do marido, que não consegue acompanhar o ritmo das mudanças dela e isso os afasta de tal forma que ela relata se sentir ao lado de um estranho.

> Ainda ficou um pouco mais inseguro, mais distante. O que era pouco passou a ficar pior... como te falei ele passou a me tratar como estranha. Eu tinha uma vida ativa, (...) ele não dava conta de me acompanhar. Então às vezes eu tinha um marido dentro de casa, mas a gente se falava tão pouco, se via tão pouco, que era como se eu tivesse realmente como um estranho... eu entendo o lado dele. (P.06)

P.07 em sua fala relata toda a sua expectativa frustrada em relação ao marido que de repente ela viu ser atendida em outros ambientes, de outras formas e por outras pessoas.

> Então assim, realmente eu emagreci e ele achou que a minha vida continuaria a mesma, mas ele também tinha que ter a vaidade de me acompanhar nos lugares, ter ciúme de mim e ele não teve e eu comecei a despertar. Eu tive um namorado só na vida, eu sou um ser humano como qualquer outro, eu quero ser cobiçada, eu quero ver um homem me chamar de cheirosa, de linda, te elogiar, um homem que dança com você... ele não queria fazer dança comigo, ele não queria ir para a academia comigo, ele não me acompanhava mais nos lugares... e ele tava tratando a P.07 magra como a P.07 gorda e era outra pessoa, nasceu em mim outra pessoa. Eu tava cheia de vida, de vontade de viver e talvez se ele tivesse pensado nisso, me acompanhado, embarcado nisso como um homem de verdade o casamento não teria chegado ao fim, eu acredito nisso ate hoje. (P.07)

Como é possível observar nas falas das participantes, o afastamento físico e emocional é aparentemente uma forma comum dos cônjuges lidarem (ou não lidarem) com mudanças que estão acontecendo. P.04, P.06 e P.07 narram com propriedade suas transformações. Por estarem envolvidas no processo, elas descobrem novos interesses e os limites de suas vidas se alargam. É interessante observar como a partir da CB as mulheres se voltam para dentro de si mesmas e, descobrindo-se capazes, se lançam na exploração e experimentação do mundo externo com o olhar modificado (P.04 e P.07 deixam claro que se sentem pessoas completamente diferentes das que eram). Em contrapartida a essa repentina expansão das esposas, os maridos compensam esse movimento retraindo-se, buscando no silêncio e na introspecção essa compreensão que elas já acessaram. O problema é que esse descompasso silencioso, quando não é visto e trabalhado, cria o espaço descrito por P.04, e se não houver alguma ferramenta que auxilie minimamente o diálogo (tão pouco praticado em todo o percurso), essa fenda entre os dois indivíduos fica cada dia mais difícil de atravessar e a relação mais difícil de se sustentar, uma vez que se tornam dois indivíduos que apenas convivem.

Interessante também notar a contradição nas relações quando P.06 alega que seu marido passou a tratá-la “como estranha”, quando P.04 e P.07 descrevem que depois da CB elas se tornaram/se descobriram “outras pessoas”. Essas “novas pessoas” que elas descobriram habitá-las são de fato completamente estranhas aos cônjuges. Uma forma de

minimizar esse estranhamento e construir novas possibilidades de manutenção da relação seria a terapia de casal.

Outro tópico de interesse que aqui se desenvolve de forma singular é a sexualidade pós CB. As participantes se descrevem como mais dispostas sexualmente. P.06 relata aumento na disposição sexual depois de sua cirurgia.

> Eu fiquei mais... a gente fica mais... como vou dizer... com mais disposição, você fica mais assim... **Sua disposição sexual aumentou?** Sim. Aumentou demais. (P.06)

P.08 relata aumento da satisfação e liberdade sexual e redução da preocupação com as questões de saúde. Com o emagrecimento a mobilidade melhorou e P.08 se descreve mais tranquila. Porém, apesar disso, a incompatibilidade sexual é uma questão.

> Eu acho que... eu fiquei mais satisfeita e mais livre sexualmente após a cirurgia, mais despreocupada.
> **Você se preocupava com o que?**
> Olha para você ter uma ideia eu tinha preocupação, medo de infartar, medo de ter um AVC, uma coisa assim durante o ato sexual e também com relação ao corpo por pouca mobilidade e me incomodava muito. Então eu acho que depois eu fiquei mais livre, mais tranquila então minha vida sexual melhorou um pouquinho... não tanto quanto eu gostaria mas melhorou um pouquinho.
> **Porque não tanto quanto você gostaria?**
> Acho que essa questão de incompatibilidade...não sei se existe isso mas não tinha química, a gente não batia mesmo.” (P.08)

As participantes P.06 e P.08 corroboram os estudos que apontam o sexo descrito como mais prazeroso depois da CB, melhora na consciência corporal, maior interação entre os parceiros, melhora em relação à disposição sexual e aumento da libido, redução no sentimento de vergonha e inibição sexual (Moreno et al, 2011; Pories et al, 2011;Mariano et al, 2014; Moore & Cooper, 2016). As preocupações físicas de P.08 com a possibilidade de um infarto ou um acidente vascular cerebral (AVC) são justificadas também pela obesidade ser considerada fator de risco para outras DANT´s, inclusive doenças cardiovasculares

(MS,2014). A CB se mostrou efetiva na redução de incidência de infarte do miocárdio e derrame cerebral (Sjöström,2013). Dois dos participantes do estudo de Arantes (2008) apontam que depois da CB de suas esposas a vida sexual melhorou consideravelmente devido ao aumento da autoestima das mulheres, elas se mostravam mais dispostas ao encontro sexual. P.08 antecipa também um tópico interessante: a incompatibilidade com o parceiro, apesar da progressão em sua saúde e em aspectos de sua psique. Costa et al (2018) compreendem a compatibilidade sexual como um preditor de satisfação sexual, que quando falta à relação pode ser um importante motivador para a infidelidade, que por sua vez, tem grande contribuição nos processos de divórcio (Féres-Carneiro, 2003; Zordan,2010b).

Um ponto interessante da vivência da sexualidade pós bariátrica é a compreensão de que apesar da CB no geral representar melhora na disposição sexual, mobilidade etc, essas melhoras podem não ser suficientes se a relação não está boa. P.01 em sua fala deixa claro o quanto sua sexualidade é bem desenvolvida com o atual marido e o quanto isso é satisfatório para ela atualmente, o que não acontecia com o marido da época em que operou.

> Só transei muito com ele quando eu quis engravidar que aí eu apelava. Depois disso eu fiquei... agora não. Agora é todo dia. Com o outro também. Eu gosto da brincadeira, gosto de transar, faço isso muito bem, não tenho vergonha de nada. O que eu não gosto eu falo que não gosto, o que eu não quero falo que não quero e pronto e acabou. Mas, com o marido não, pai do V. [filho] (P.01).

A mesma ideia é encontrada na fala de P.02.

> Pra mim melhorou [a disposição sexual] mas quando chegou... quando casamento não tava mais legal aí piorou bastante. Mas não foi por falta de disposição, foi porque eu não queria mais ter relação com ele, pra mim já tinha esgotado. (P.02)

P.07 relata que no fim de seu casamento ela já não via o marido como parceiro sexual, mas como um irmão.

> Principalmente a parte da sedução, do desejo, eu já não via ele como homem, eu via ele como irmão. Ate hoje eu tenho esse carinho por ele, se alguém fizer mal ou chatear, eu fico chateada, se ele ficar doente eu fico preocupada, mas eu me preocupo com ele tanto quanto me preocupo com meus irmãos, mas eu não tenho sede, vontade de beijar, não tinha mais... eu custei para entender isso... eu tava assim... eu custei para entender e na verdade quando eu dei fim ao relacionamento eu fiquei com a consciência muito leve porque eu tava impedindo dele ser feliz... caramba ele também tinha direito de ser feliz e eu também de conhecer o que é amar de verdade, de ter alguém que eu desejo, alguém que eu tenho vontade de beijar e de estar junto. A gente era uma parceria muito legal, se dava bem, fazia as coisas juntos, mas não tinha aquela sede, aquela vontade... ele tinha por mim mas eu não tinha mais por ele, infelizmente. (P.07)

Nessas falas, as participantes evidenciam alguns fatos interessantes em relação à vivência de suas sexualidades: P.01 deixa claro que a CB e a sexualidade recém-descoberta tinham por objetivo a maternidade, que foi o seu grande motivador para a cirurgia. Prazer e a afirmação de si enquanto mulher que tem desejo sexual e que o realiza segundo sua vontade são características adquiridas nas relações posteriores à CB. Desse modo, os benefícios adquiridos no seu processo foram reais e consistentes, mas não suficientes para "salvar" o casamento que já estava ruim, ou seja, como apontam Childs (2007) e Reedy & Blum, (2010), uma relação disfuncional anterior à CB continuará disfuncional no pós operatório, aumentando as chances de rompimento. A mesma ideia encontramos em P.07 e P.08: percebe-se melhora na sexualidade, ela apenas não é mais destinada à relação com o marido pelo desgaste do casamento. Com mais profundidade ainda, P.07 descreve seu progresso no conhecimento de sua própria sexualidade. Ela compreende que o desejo sexual que ela tinha pelo marido não existe mais e o que o sentimento que nutria por ele era profundo, porém não mais ocupando o espaço de um relacionamento romântico e isso a ajuda a se divorciar com segurança de seus sentimentos, sem culpas, rancores ou arrependimentos. Na verdade, P.07 mostra grande amadurecimento emocional quando se dá conta que o fim do relacionamento é muito importante para si mesma, uma vez que compreende merecedora de um amor diferente do que estava recebendo, mas também o é para o cônjuge, que "também tinha o direito de ser

feliz". Essa percepção é oposta à discutida anteriormente de que a mulher obesa precisa se contentar e segurar a relação a todo custo, uma vez que nenhum homem que não o marido poderia amá-la na condição de obesa. Digno de nota que P.07 foi acompanhada por profissional de psicologia durante o período de divórcio.

Apesar do aumento na disposição sexual ser no geral um fator considerado positivo, o aumento excessivo pode ser um problema a ser enfrentado, como descreve P.05

> **Sua disposição sexual aumentou muito?**
> O que??? Eu tenho vergonha porque se eu sentir vontade... eu ver uma pessoa e eu ver que essa pessoa esta me olhando eu não estou nem aí... eu vou até a pessoa, sento, converso e parto mesmo para o sexo, não tô nem aí. Lógico que me protejo, mas se eu tenho vontade de ficar com aquela pessoa, eu vou transar e eu acho isso horrível porque eu não era assim. Era uma pessoa totalmente quietinha, estou nem aí... se você olhar meu celular agora dá medo, só tem homem, homem, homem... isso para mim eu acho que é ruim.
> **Você não gosta?**
> Não muito. Porque às vezes eu me sinto usada. Eu não tenho vergonha de chegar e falar que eu estou com vontade disso, disso e disso, eu falo, mas depois a pessoa vai embora, não conversa mais comigo e eu não converso mais com ela. Eu usei a pessoa e a pessoa me usou, isso para mim é ruim tanto que ultimamente eu tenho até dado uma segurada. Teve um mês em 2017 que eu fiquei por semana acho que com 4 pessoas, 5. Uma cada dia.(...) mas é ruim porque eu fico com a pessoa me sinto super bem porque era aquilo que eu queria mesmo. Mas tem horas que eu só vou lá pá e pou, fico, dei ele ficou feliz e ai? Voltei para casa sozinha e sem ninguém. Eu sinto falta de ter alguém, não vou mentir, mas ao mesmo tempo que eu sinto falta de ter alguém eu tenho vontade de não ter ninguém, mas eu acho que esses dois lados meu se desenvolveram muito. (P.05)

P.10 relata ter desenvolvido temporariamente a compulsão por compras e a sexual. Interessante notar como P.10 relata lidar de forma controlada com a própria sexualidade, levando em consideração a idade e a fidelidade ao atual marido.

> Cara, eu vou te falar uma coisa... eu tive algumas compulsões depois da cirurgia. Primeiro foi por compra, eu comprei muito, depois foi por sexo... tava... caraca... depois não, depois foi acalmando. Depois algumas coisa foram entrando, voltei a libido normal mas porque eu faço precursores de hormônios porque a nossa libido fica lá embaixo mesmo. Mas eu também não posso manter minha libido muito alta porque meu marido tem 62 anos, já pensou se eu tenho uma libido lá no pico das galáxias? Ele não vai dar conta caramba. Então para mim hoje é até confortável lidar com isso e eu trabalho muito essa minha personalidade em relação a isso porque é confortável eu ter uma libido estável, momentos bons mas que não sejam compulsivos de sexo porque se

> não meu esposo... ai assim, eu tenho ate... talvez assim... a palavra é medo, ter ser essa libido lá em cima e ter que buscar fora e eu não quero isso para minha vida mais. Não quero viver essa grandes emoções mais não. (P.10)

Os relatos de P.05 e P.10 compartilham entre si uma dificuldade comum entre pacientes bariátricos: o enfrentamento de compulsões pós operatórias, sendo as compulsões por compras e por sexo duas das mais comuns reportadas na literatura . A justificativa mais aceita para a aquisição desses comportamentos é que uma vez que a comida (o comer) não pode mais exercer função de sintoma psicológico (como substituto de afeto ou como defesa contra frustração e desprazer, por exemplo), o sintoma é deslocado para outro comportamento que o substitua (Marchesini, 2010; Marcelino & Patrício,2011). Mariano et al (2014) apontam que no obeso existe ainda uma relação entre o comer exagerado e a frustração sexual (falta de liberação sexual satisfatória para atingir o orgasmo). O comer excessivo surge como via de escape da frustração resultante da incapacidade do indivíduo de se relacionar sexualmente com outra pessoa, podendo gerar constrangimento e insegurança para o obeso.

Mariano et al (2014) abordam como o tema da sexualidade (principalmente sexualidade feminina) ainda é considerado tabu em nossa sociedade, sofrendo influência direta de fatores biológicos, fisiológicos, emocionais, sociais e culturais. A apropriação sexualidade feminina pelo discurso cristão e sua repressão exerceu um papel fundamental no estabelecimento dos papéis sociais do homem da mulher. O sexo era o meio para a reprodução e para as mulheres o prazer era sinônimo de pecado (Mariano et al, 2014; Souza Filho, 2014). Essa repressão na educação sexual e na formação social inicia-se nas primeiras fases do desenvolvimento humano e influencia diretamente no comportamento sexual do indivíduo adulto e na maneira como vivencia sua sexualidade, podendo interferir de forma negativa em aspectos psicológicos como autoestima e frustrações interpessoais. Atualmente a sexualidade faz parte do cotidiano das pessoas e, num relacionamento, a busca pelo prazer é

mútua: afeto, carinho, desejo, prazer e aceitação do outro fundamentam a relação (Mariano et al, 2014).

No caso de P.05, é possível perceber a mistura desorganizada de influências dos mais diversos fatores, que bagunçam e desorientam seu comportamento: é notável a ambiguidade entre empolgação e a necessidade de explorar as possibilidades desse corpo novo, mais ativo, aceito e desejado socialmente, e sentimentos de culpa e vergonha ao fazê-lo. Essa ambivalência é apontada também por Kalucy e Crisp (1974).

P.05 se descreve anteriormente como “quietinha”. O verbete “quieto” possui as seguintes definições: Adjetivo, “que permanece imóvel, parado”; “que se expressa de modo comedido, que não fala muito”; “que não faz algazarra nem travessuras”; “que não possui barulhos”; “ausência de confusão, manso, calmo”. Quando se define enquanto “quietinha”, P.05 fala do processo de constituição de si mesma, da forma que seu corpo e sua psique foram moldados para permanecerem imóveis, parados, comedidos, controlados... em outras palavras, submisso. A CB vem para dar voz à esse corpo e a essa psique “que não faziam algazarras nem travessuras”, “que não possuíam barulhos” e a partir de então, P.05 “grita” sua sexualidade recém-descoberta. P.05 a explora à exaustão, e arranca desse corpo o prazer, o desejo, o olhar do outro. Nessas relações casuais esse outro parece espelhar um lugar que foi por muito tempo ocupado pela participante em seu casamento: o de objeto de prazer, mas da mesma forma que ter seu corpo usado sexualmente não a fazia feliz no casamento, usar sexualmente o corpo do outro também não a satisfaz plenamente. Talvez a ambiguidade emocional que P.05 expressa seja reflexo da dificuldade de se estabelecer uma nova relação em que ela possa desenvolver-se de forma mais íntegra.

Aqui pode se fazer necessário um pouco de contexto: P.05 não era obesa quando conheceu o marido (ele era), começou a engordar no casamento e a se sentir mal com seu

corpo, principalmente quando ele apontava abertamente para o ganho de peso dela, comparando-a a outras mulheres que achava mais atraentes. Desde então, P.05 relata isolamento social por vergonha do seu corpo, sentir sua autoestima reduzir, e não ter vontade de "atendê-lo enquanto mulher". P.05 inicialmente vai em busca da CB para o marido, que era obeso grau III, mas diante da recusa dele, começa a investigar o tratamento para si mesma. A partir de então, o marido decide-se por operar, mas é contra a cirurgia dela. Seu cônjuge é bem sucedido na cirurgia e P.05 se responsabiliza por todos os seus cuidados pós-operatórios. Três meses depois, P.05 submete-se ela mesma à CB, porém alega não receber do marido o mesmo cuidado e consideração que dispensou a ele e descobre alguns dias depois de sua cirurgia que estava sendo traída. A descoberta da traição desencadeou em P.05 uma depressão severa. Cinco meses após a cirurgia de P.05 seu marido deixa a casa deles. Seria pouco cuidadoso não considerar a possibilidade do comportamento sexual compulsivo de P.05 ter também componentes de defesa psicológica em relação à vivência do luto de seu casamento da forma como ele acabou: a promessa de ambos desfrutarem juntos dos benefícios de suas CB´s não só não se cumpre, como P.05 é trocada por outra mulher, que agora desfruta desses benefícios sem ter feito nenhum sacrifício por eles.

No caso de P.10, seu relato se torna interessante por mostrar que a adaptação ao procedimento e à vida como um todo leva tempo. P.10 precisou desse tempo para que sua libido se normalizasse e hoje inclusive detém algum controle sobre ela, de forma que ela e o esposo (16 anos mais velho) possam desfrutar da relação conjugal tanto sexualmente quando afetiva, emocional, socialmente... O que inicialmente pode ter sido um sintoma de um processo adaptativo conturbado encontra lugar na vida de P.10 e exerce uma outra função: servir à mutualidade do relacionamento conjugal. Talvez o tempo (e a psicoterapia, segundo a própria P.10) tenham possibilitado a P.10 encontrar o que P.05 ainda nem tenha consciência que busca. Outro fator interessante mencionado pela participante é o medo de "ter que buscar

fora" a satisfação sexual caso sua libido seja muito alta. A traição é, para P.10, um ponto de reflexão e de mudança, tendo sido presente no seu primeiro casamento, ela deixa claro para o atual marido como se sente em relação ao desejo sexual.

> Então, eu no meu primeiro relacionamento, antes da cirurgia bariátrica eu traía meu esposo. Mas assim, chegou um ponto... eu não era fiel, não tinha... sempre... por causa do negocio da sexualidade... porque com meu primeiro marido foi insatisfação sexual. A minha traição não era por conta de corpo, não era isso, era busca sexual. (...) Eu sentei com ele, conversei e contei tudo, casada com ele... "olha eu te traí, foi dessa e dessa forma, relacionamento extraconjugal e tal tal" contei tudo para ele... (...) e ele me perdoou e a gente continuou casado. A gente se separou depois da cirurgia bariátrica, a gente ainda continuou casado por muito tempo e melhorou e tudo. Eu trabalhei muito essa área minha de fidelidade, tanto que no meu atual casamento eu sempre falei isso com meu esposo "olha... eu preciso... me sentir satisfeita sexualmente pra que eu não busque satisfação sexual fora do meu relacionamento" e ele me completa. Isso daí era um problema do meu primeiro relacionamento mas que no meu segundo eu não tenho. (P.10)

É interessante como P.10 compreende seu processo de descoberta da própria sexualidade: atualmente ela consegue ter a dimensão da incompatibilidade sexual entre ela e seu primeiro marido e diferentemente das outras participantes que também se sentiam assim, P.10 ia em busca de sua satisfação sexual. Diferentemente de P.05, P.10 não poderia ser chamada de "quietinha", mas assim como P.05, sua busca a constrange e ela prefere abrir-se com o marido. Esse conhecimento sobre si mesma ela deixa claro no atual relacionamento, para que não precise buscar a própria satisfação em outras relações novamente.

Outras participantes relatam sentir que "não havia química sexual" entre elas e os maridos (muitas vezes o primeiro namorado e o primeiro homem com quem se relacionaram sexualmente) e que elas só tomaram conhecimento de seus corpos e das possibilidades de prazer nos relacionamentos posteriores. Como é o caso de P.07.

> Mudou [vida sexual], principalmente depois que eu larguei ele porque eu conheci outra pessoa, como te falei, eu achava que eu era frígida e eu descobri que não era. Eu comecei a ver de outras formas, outra maneira, comecei a sentir vontade... hoje eu vejo que é diferente de antes. Muito diferente. (P.07)

P.07 só compreende de fato a própria sexualidade e seu prazer quando ousa experimentá-lo com outra pessoa. Um dos homens participantes da pesquisa de Arantes (2008) com cônjuges de mulheres bariátricas relata ter sido sexualmente rejeitado depois que a esposa operou. Ela não o procuraria sexualmente mais, teria ficado mais nervosa e menos carinhosa com ele. O participante relata que antes da esposa emagrecer ela tinha vergonha do próprio corpo, mas não o rejeitava, dessa forma, em sua opinião, o relacionamento deles havia piorado muito a ponto de estarem juntos apenas pelo contato com a filha.

No caso de homens que se submeteram à gastroplastia a literatura aponta melhora na qualidade da vida sexual, inclusive com conquista da paternidade e aumento da segurança frente à companheira, favorecendo sentimentos de felicidade, resgate da autoestima, aumento da vaidade, afeto e contato com a parceira, o que se reflete no aumento da frequência das relações sexuais (Mariano et al, 2014). Para os homens observa-se um comprometimento maior com a relação, uma vez que as esposas são consideradas fundamentais para o sucesso cirúrgico, pois aliam o suporte verbal, moral e afetivo com mudanças concretas nos hábitos de casa e cuidados pós-operatórios (Moore & Cooper, 2016). Se comparados às respostas das participantes, algumas semelhanças aparecem, como a melhora na qualidade da vida sexual (aumento da disposição sexual, melhora nas condições de saúde física e mental, melhora na mobilidade etc...), no entanto, no caso das mulheres, que claramente não tiveram dos parceiros os suportes verbais, morais, afetivos ou práticos, esse progresso no âmbito da sexualidade conquistado por meio da CB acaba por reduzir a frequência das relações sexuais com o parceiro. É compreensível, ao analisar o desgaste da relação anterior à CB e a disponibilidade sexual dessas mulheres aos parceiros, invisibilizando muitas vezes as próprias necessidades sexuais. Com os resultados positivos da CB as mulheres se veem mais motivadas a conhecer o próprio corpo e (re)descobrir o próprio prazer. Em muitos casos isso só foi possível em relações construídas depois do casamento pesquisado. Nesses novos

relacionamentos as participantes já iniciaram com posturas e pensamentos diferentes sobre si e seus papéis na união. Mais seguras de seu valor enquanto mulheres e enquanto parceiras a relação se constrói a partir de um novo contexto.

Um último componente que se destaca quando o assunto é a descoberta e a experimentação da sexualidade é a traição. A intensidade e velocidade das mudanças físicas e psicológicas das participantes coloca seus corpos em uma nova perspectiva, para si mesmas e para o mundo externo, e entre essas novas perspectivas, a infidelidade pode se apresentar enquanto possibilidade.

P.02 relata que chegou a cogita a traição, porém as consequências da ação a impediram.

> **A ideia da traição chegou a passar por sua cabeça?**
> Passou mas não por causa do meu corpo e sim pela situação do nosso casamento que já estava... porque assim, depois que eu emagreci muito, de 2014 pra cá, depois do nascimento da minha filha as coisas foram piorando (...) a nossa situação piorou muito. A visão do homem, porque o ciúme dele? A visão dele é corpo. Ele olha e se sente atraído por mulher pelo corpo e mulher se sente atraída por palavras, então se você tem em casa uma pessoa que briga, grita e xinga o tempo todo e vem um da rua que fala manso a mulher fica ...então se eu não tivesse muito pé no chão eu teria feito sim, eu não fiz porque eu tinha pé no chão das consequências que poderiam me gerar, mas passou sim. (P.02)

P.03 relata que nunca cogitou a ideia de trair devido a dependência emocional que tinha do marido.

> Não, não passou, nunca. Nunca passou. Até porque eu tinha muita dependência emocional, então pra mim não passou, e como eu já havia tido outro casamento eu queria muito que desse certo. Não passou mesmo. (P.03)

P.04 relata não ter cogitado a traição por questões pessoais de compreensão de um relacionamento. Ela se apaixonou por B. enquanto ainda estava casada, mas terminou o casamento antes de ficar com B.

> Não, traição não. Eu me apaixonei por B. e eu terminei com ele para ficar com ela. Terminei para ficar não... terminei com ele e fiquei com ela. Eu nunca tive essa coisa da traição, eu sempre achei muito assim, você não tá a fim, termina. Mas é lógico que você vê olhares, são mais oportunidades que você tem, mas eu optei por me separar e viver. (P.04)

P.05, assim como P.03 relata grande dependência emocional do marido, inclusive relatando a lógica que fazia sentido para ela quando estava casada.

> Nunca.
> **Mesmo tendo a experiência de ter sido traída?**
> Porque na minha cabeça quanto mais fiel eu fosse a ele mais ele ia entender que eu precisava dele e que eu queria ele e que ele tinha que ficar comigo, que a pessoa que estava com ele estava aceitando ele me traindo, mas eu não, eu não ia trair ele... (P.05).

P.06 concretiza a traição e explica que na época ela não se sentia casada, já que eles não se entendiam e nem dormiam juntos. Na época, P.06 relata que se importava com sua aparência física e a opinião das pessoas e que a ideia de que essa empolgação é uma fase passageira e tem mais a ser valorizado só aconteceu quando ela se deparou com o divórcio.

> Eu trai ele. Eu trai ele depois. Na minha cabeça na época eu achava que não era traição porque eu não dormia com ele mais e porque ele já não queria sair comigo mais então na minha cabeça eu achava que nosso casamento não existe para ele, ele não tá nem aí para mim então eu estou solteira mas não era verdade isso. Depois que eu caí na real que não era. Que eu estava casada, que existia uma...que éramos casados e que casamos inclusive na igreja. Mas eu naquela época a cabeça estava tão transformada sabe, tão iludida com esse negócio de achar que a parte física era tudo, eu achava na época. Aquilo ali, achava assim.. importante é eu estar bonita, estar magra mostrando para os outros mas depois que veio o divórcio e a separação que eu cai na real de que isso não era tudo na vida. Eu que tinha feito besteira... (P.06)

P.07 relata que concretizou a traição e a atribui ao relacionamento ruim.

> Sim, vou ser sincera que sim. Na minha cabeça a vontade... a gente é de carne e osso, esta com um relacionamento que não esta indo bem, que você começa a ter vontades...
> **Chegou a concretizar?**
> Sim. No final do relacionamento. Foram dois meses antes de eu pedir para que ele saísse de casa. (P.07)

P.09 alega não ter cogitado a ideia de traição e relaciona o comportamento à falta de caráter.

> Não, não porque eu acho que a traição está na falta de caráter da pessoa. E caráter ou você tem ou você não tem. Você não precisa ter um corpo magro ou gordo para você trair. A traição é independente se você ta magro ou gordo porque existem mulheres lindas com o corpo maravilhoso e exuberantes que são traídas também. Qual é o problema da mulher então? Não esta no corpo. A traição não é só o físico, eu acho que quando rola uma traição é por falta de caráter. (P.09).

Em estudo sobre a vivência da infidelidade conjugal entre homens e mulheres Scheeren, Apellániz e Wagner (2018) identificaram que o principal motivador para a traição em ambos os sexos é a insatisfação com o companheiro ou com a relação. Diferente do que apontavam as pesquisas das décadas de 80 e 90, em que homens eram mais infiéis que as mulheres e apresentavam comportamentos de infidelidade sexual enquanto as mulheres apresentavam infidelidade emocional, o estudo demonstra que homens e mulheres traem na mesma medida e apresentam comportamentos de traição semelhantes. Costa et al (2018) apontam alguns preditores de infidelidade, entre eles : suspeita ou conhecimento de que o parceiro é infiel; estilo de apego ansioso de um dos parceiros; insatisfação na relação; menor dedicação ao relacionamento; pouca comunicação no relacionamento; agressão física ou psicológica na relação.

Independentemente do julgamento das participantes sobre a infidelidade, é de nosso interesse ampliar alguns pontos interessantes trazidos por elas em suas argumentações.

P.02 e P.07 corroboram os estudos de Costa et al (2018) e Scheeren, Apellániz e Wagner (2018) que apontam a insatisfação conjugal como motivador para a traição. P.02 afirma que mais do que seu corpo novo, a situação de sua relação a levou a cogitar a traição foi o desgaste do casamento. Outro dado interessante trazido por P.02 é a ideia de que o homem se motivaria a trair pelo corpo (pelo sexo) e a mulher se atrai pelas palavras (emocional), no entanto os resultados de Scheeren, Apellániz e Wagner (2018) se contrapõem

a essa ideia. No que se refere aos comportamentos sexuais, homens e mulheres não se queixam da falta de sexo em sua relação e não o buscam em seus relacionamentos extraconjugais. Pelo contrário, ambos buscam carinho, compreensão e atenção, que alegam não encontrar em sua relação conjugal.

P.03 e P.05 trazem um elemento muito interessante: a dependência emocional como restrição inclusive à ideia de infidelidade. Em estudo de revisão de literatura sobre a temática da infidelidade, Costa et al (2018) apontam a teoria do apego como útil na compreensão do tema. Segundo os autores, alguns indivíduos desenvolvem um estilo de apego inseguro, no qual sentem-se incertos da disponibilidade dos parceiros e lidam com essa incerteza buscando incessantemente afirmação/aprovação dos cônjuges, bem como apegando-se exageradamente (ansiedade de separação). Esses indivíduos com alto nível de ansiedade de separação, quando não sentem que suas necessidades estão sendo correspondidas na relação, podem usar o sexo para conseguirem satisfação e também são mais propensos à infidelidade quando casados, uma vez que a ameaça à intimidade motiva a busca por parceiros alternativos. No caso de P.03 e P.05 essa possibilidade pode não ter se desenvolvido pelo peso que o casamento adquire na psique da mulher obesa enquanto oportunidade de ser aceita e amada depois de uma vida convivendo com a rejeição. Já foi abordado anteriormente como a mulher obesa pode construir uma imagem de deferência para com seu cônjuge a partir da ideia de que amá-la é um sacrifício da parte dele e que este sacrifício deve ser recompensado por ela de todas as formas. A lealdade irrestrita que P.05 demonstra ao esposo que a traiu fala também do lugar de quem assumiu para si a dívida de retribuição pelo amor que ele a ofereceu.

P.04, por sua vez, traz em sua fala o fator oportunidade. Em seu estudo, Scheeren, Apellániz e Wagner (2018) indicam que alguns dos participantes relacionam a infidelidade ao contexto/ambiente como o uso de álcool, a fuga de problemas cotidianos e a oportunidade de trair. Este último relacionado à instabilidade no relacionamento e distância entre os parceiros.

Levando em consideração as falas das participantes a respeito do distanciamento físico e emocional percebidos nos parceiros após a CB e as mudanças psicológicas e comportamentais percebidas (aumento na socialização, melhora na autoimagem, autoestima etc.), seria coerente classificar as mudanças pós-operatórias enquanto um contexto de risco para infidelidade.

P.06 traz três grandes contrapontos para a discussão da temática: a definição de traição, a traição enquanto retaliação e o arrependimento. Para P.06, a euforia dos resultados positivos da CB aliados ao afastamento físico e emocional do marido concretizaram para si a ideia de que o casamento não existia mais e que como ela estava "solteira", um relacionamento extraconjugal não poderia ser considerado infidelidade. Os dados de Scheeren, Apellániz e Wagner (2018) mostram que a maioria das pessoas não conversam a respeito do tema "infidelidade" com o parceiro e, daqueles que o fazem, 44,4% não concordam com o parceiro sobre o que é ser infiel. Uma vez que a infidelidade é uma quebra no acordo de relacionamento estabelecido entre duas pessoas, conversar e estabelecer os termos desse acordo com clareza pode ajudar o casal a compreender e lidar melhor com a relação. A frustração percebida na fala de P.06 em relação ao distanciamento do marido é transformada em raiva, que ela usa pra justificar a traição. A vingança/raiva/hostilidade também aparecem enquanto causas da infidelidade no estudo de Scheeren, Apellániz e Wagner (2018). Por fim, um ponto único até o momento e só demonstrado por P.06 foi o arrependimento pela traição e pelo divórcio que se seguiu. P.06 deixa claro em sua fala o quanto a empolgação com o corpo emagrecido, novo e cheio de possibilidades a deslumbrou a ponto dela mesma se perder no sentido das mudanças e se deixar levar pela empolgação, no entanto, quando a adaptação acontece e a empolgação diminui, o fim do casamento adquire consistência e precisa ser enfrentado.

Por último, P.09 traz em seu discurso o julgamento moral da infidelidade enquanto falta de caráter. Se compreendermos que o casamento institucionalizou-se no limite entre a

religião e o direito, sendo a religião uma das grandes responsáveis pela construção da moralidade com base nas dicotomia bom x mau, certo x errado, é possível compreender o pensamento de P.09, uma vez que a traição se torna a quebra do contrato (direito) de fidelidade (religião) assumido por meio do casamento, o que é entendido enquanto algo mau e errado, ou seja, uma falha no caráter daquele que o comete. O grande problema desse pensamento é a culpabilização individual do que é na verdade um problema relacional, como apontam Costa et al (2018) e Scheeren, Apellániz e Wagner (2018). Também é preciso ponderar que, tendo sido traída, essa justificativa pode também servir enquanto defesa de um ego ferido contra a parcela de responsabilidade no ocorrido.

Costa et al (2018) apontam como alternativa para casais que necessitam de apoio por questões de infidelidade, a terapia de casais e a educação matrimonial. A primeira propõe intervenções em grupo (geralmente focadas na teoria do apego) com objetivo ensinar os cônjuges a serem sensíveis às necessidades do parceiro, promover a comunicação entre o casal, melhorar o vínculo e assim reduzir a ansiedade de separação e auxiliando na prevenção da infidelidade . A segunda apresenta-se enquanto proposta de exposição de material didático sobre assuntos como habilidades de comunicação e gerenciamento de problemas com objetivo de fortalecer o casal com histórico de infidelidade e reduzir a possibilidade de divórcio.

Para finalizar, percebeu-se que a vivência das mudanças pelas quais as participantes passaram foi experimentada de forma muito solitária. As adaptações alimentares e na atividade física foram encaradas sem o cônjuge, as mudanças para as participantes foram de forma muito positivas, com recuperação de saúde física e mental, mas a contrapartida masculina foi de ciúmes, agressividade e afastamento, tornando a jornada ainda mais difícil ao casal. A sexualidade mostrou melhoras significativas mas não o suficiente para salvar um casamento ruim e a traição dividiu opiniões, mas não pôde deixar de ser uma nova possibilidade a ser considerada.

3.3 O Peso da Cirurgia Bariátrica no Divórcio

Depois de revisitarmos a relação conjugal do casamento ao pós-operatório, aqui as participantes puderam elaborar de forma mais aprofundada a relação (se há) entre suas CB´s e o fim de seus casamentos. As respostas podem ser divididas em algumas temáticas a serem discutidas posteriormente: Euforia inicial, Uma nova percepção de si mesma e Insatisfação conjugal anterior.

3.3.1 Euforia inicial

A primeira temática abordada tem por cerne a apresentação e discussão da vivência da euforia causada pelos resultados iniciais da CB enquanto motivação para o fim do casamento. As participantes relacionam o entusiasmo na vivência do emagrecimento a mudanças em suas percepções e atitudes, o que influenciou de forma mais decisiva o divórcio. Destacam-se nessa temática a transformação corporal como ferramenta de autoconhecimento e visibilidade, inclusive sexual, e a vivência de uma "adolescência tardia".

P.06 traz a atratibilidade recém descoberta após a CB como fator de influência no seu divórcio.

> Influenciou... Porque antes eu não... assim, como eu tava gorda... a gente quando ta gordinha não tem... você não sai, você não recebe elogios, ai eu comecei a sair, ver que os homens me olhavam diferente, que sentiam desejo por mim, o desejo que ele não sentia por mim, essas coisas assim... mexiam comigo na rua... (P.06)

P.07 explicita sua vivência desse período inicial fazendo um paralelo com a vivência de uma adolescência tardia, marcada pelos excessos e pelo exagero.

> Olha eu não vou falar que foi por conta da bariátrica, foi culpa da ambição que vem após isso. Acredito que por eu não ter vivido o que eu vivi na adolescência, inclusive a minha psicóloga falava comigo que eu tava trocando as fases. Depois de fazer a bariátrica eu tava vivendo a adolescência e durante 6 meses eu tive que falar "opa, peraí tá errado". Nos primeiros 6 meses do meu divórcio eu surtei, peguei cartão de

> credito e gastei 5 mil no mês. Fiz 3 viagens para o Rio de Janeiro com pessoal da dança, depois fui com minhas amigas para Búzios, boate... Queria viver tudo de uma vez só. Ele ficou assustado com isso, porque eu pegava o L.[filho] num dia e largava no outro, eu só queria balada, chegava no trabalho 5 horas da manha, fiz muita coisa errada... Chegou uma hora que eu tava com olheira e magra mas não era saudável. Cheguei a 68 quilos mas eu não comia e bebia, não dormia. Chegava no serviço cansada, com ressaca, passando mal de bar, de zoeira, de amigos... era uma festa atrás da outra e gasta, gasta, gasta... (...) Então nesses 6 meses eu pirei, eu surtei mas foi bom porque se eu não tivesse feito eu não ia saber como era. (P.07)

O período ao qual se referem P.06 e P.07, (cerca de 6 meses) é o mais intenso do ponto de vista adaptativo. Os primeiros meses são sempre recordados por suas dificuldades: a recuperação cirúrgica, a dor e desconforto, os drenos, a adaptação da dieta líquida, as restrições alimentares e físicas, as expectativas e ansiedade, as náuseas e vômitos, a possibilidade de Síndrome de Dumping[1], o aumento da flatulência, possibilidade de obstrução gástrica, alopécia e deficiência nutricional (especialmente ácido fólico e vitamina B12) (Agra, 2008).

Vencidos os meses de maior restrição e cuidado, quando a cicatrização e recuperação cirúrgica deixam de ser uma preocupação emergente, as restrições alimentares começam a diminuir e o indivíduo começa de fato a fase de experimentação dessa vida nova. Inicialmente essa experimentação se dá pela via alimentar: é um período de reconhecimento dos alimentos e de descoberta de uma nova relação com a comida, tanto em quantidade quanto em qualidade. Em paralelo às dificuldades iniciais, nos 6 primeiros meses pós-cirúrgicos que se obtém a perda de peso mais significativa (a perda continua aproximadamente até 14 meses) de todo o processo da CB. Esse é o período mais esperado pelas pacientes, onde as expectativas geradas no pré-operatório se concretizam ou se frustram: o emagrecimento é mais pronunciado, o corpo começa a perder as formas obesas (até então conhecidas) e tomar outros contornos. Esse processo físico é muito mais rápido do que a adaptação psicológica às

[1] Ocorre comumente em pacientes bariátricos quando alimentos ricos em açúcares e/ou gordura passam rapidamente do estômago para o intestino, ocasionando dor de cabeça, sudorese, taquicardia, náuseas, diarreia e fraqueza.

mudanças e pode despertar comportamentos pouco adaptados, como no caso das participantes.

P.06 evidencia em sua colocação o quanto seu emagrecimento aumentou sua atratibilidade ao sexo oposto e isso aliado à melhora em sua imagem corporal e autoestima (Agra, 2008; Moreno et al 2011) influenciaram no seu desejo pela visibilidade, inclusive sexual, que seu corpo obeso não possuía. O corpo obeso é um corpo moldado na rejeição interna e exclusão social desde muito cedo (Agra, 2008). O estigma da obesidade marca de forma ainda mais cruel o corpo da mulher que sofre o paradoxo: quanto maior o volume que ocupa, menos visibilidade social ele possui. Essa invisibilidade leva a comportamentos de autocrítica, isolamento social, baixa autoestima, ansiedade e depressão. Quando diante de um corpo emagrecido, o que P.06 vê não é apenas um corpo, mas um histórico de possibilidades que agora podem ser vivenciadas sem o estigma associado. Todos os anos de repressão e controle que marcaram a construção psíquica do obeso parecem desaparecer em alguns meses e a sensação é a de correr atrás do "tempo perdido", de vivenciar experiências típicas de fases do desenvolvimento que não puderam ser experienciadas. A mais comum é a adolescência, trazida por P.07.

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta e marca um período psicológico muito importante de construção de identidade. Nesse período o indivíduo se distancia psicologicamente dos pais e da relação de autoridade para que seja possível a construção de um sujeito autônomo e bem adaptado às demandas internas e sociais que se sucedem no desenvolvimento. É comum nesse processo a experimentação sexual, a exploração de gostos novos e a identificação com os pares. A fase de maior emagrecimento pós CB pode remeter à adolescência à medida que o corpo emagrecido permite ao indivíduo desfrutar das experiências impossibilitadas anteriormente. No entanto, o que se percebe é que essa experimentação pode vir acompanhada de um descontrole que compromete aspectos da

vida do sujeito em sua fase adulta: o casamento, a maternidade e o trabalho. O descontrole de P.07 ao vivenciar sua "adolescência tardia", proporcionada pela CB, assusta o marido, que desconhece na companheira a mulher com quem convivia e se depara com uma mulher/adolescente cujas responsabilidades da vida adulta cedem espaço à experimentação própria da adolescência. A maternidade e o trabalho são também negligenciados nesse processo, até que essa euforia diminua e a psique possa se reorientar na fase adulta porém a partir de um novo referencial de corpo e de lugar social.

A grande dificuldade da vivência da "adolescência tardia" pós CB no casamento das participantes é que, como foi possível observar, o processo da CB foi vivenciado de maneira muito solitária pelas participantes. Os cônjuges, por dificuldade de lidar com as mudanças ou por se sentirem perdidos, se afastaram dessa vivência e se surpreendem com as consequências. Se para P.07, que foi acompanhada por equipe multiprofissional e tinha consciência das mudanças que se seguiriram, a intensidade dessas mudanças e essa "fome" de viver o que não viveu já a surpreende, para o cônjuge que atua como expectador do processo, essas mudanças são assustadoras. Dessa forma é provável que essa experiência, vivida da forma como foi, tenha pesado negativamente na relação conjugal: P.07 evidencia a negligência com a própria saúde e com o filho em benefício da diversão, o afastamento físico, emocional e sexual do marido (ela relata que eles já não dormiam juntos), que pode ter se sentido ameaçado pela mudança no comportamento da esposa. Com o bem-estar familiar ameaçado, afeição questionada, inclusive sexualmente, insegurança de ambos na solidez da relação e não havendo contentamento e companheirismo, a satisfação conjugal não se concretiza e pode ser fator de motivação para o divórcio.

Uma contribuição um pouco diferente das demais, mas também relacionada à vivência dessa "adolescência tardia" faz-se presente no relato de P.05. Apesar de P.05 não relacionar o seu processo de CB ao seu divórcio, ela o atribui à CB do seu marido.

> **Você acha que o seu processo de cirurgia bariátrica influenciou na decisão do divórcio?**
> Eu acho que não, da minha parte não.
> **E você acha que o processo dele influenciou?**
> Sim, porque ele se sentiu livre. Pensa uma pessoa que era dependente de mim para tudo... de cuidados. Eu cuidava muito dele. Era remédio, era hora de dormir, era roupa, para ele não ter que ficar andando muito e se cansar...fazia as coisas para ele. Depois ele se sentiu livre. Sair para a noite sozinho, fazer trilha, essas coisas e eu ainda estava me recuperando... eu queria fazer junto com ele mas eu estava me recuperando. Ele já tava a todo vapor. Então eu tenho para mim que na cabeça dele eu passei a ser um peso e não uma companheira porque por mim a gente não tinha se separado, tinha tentado superar. Eu tentei. (P.05)

Interessante notar a forma como P.05 descreve sua relação com o marido: cuidar dele, dar remédio, ter hora para dormir, cuidar de roupas, fazer as coisas para (e por) ele, para que não se cansasse... Da forma como é descrito, podemos perceber uma relação de cuidado quase materna entre P.05 e o marido. Essa dedicação e cuidado intensos falam de um lugar que esse marido ocupou na vida de P.05 por muito tempo. Não podemos nos furtar à possibilidade dessa relação ter se constituído em retribuição ao homem que ousou amá-la obesa, e por isso cria-se uma dependência emocional entre P.05 e o marido, ideia já discutida anteriormente.

Fato é que, a partir dessa relação de amor/cuidado maternos, P.05 coloca o marido no lugar de quem precisa cuidar e proteger e em contrapartida esse marido é envolto também numa relação de dependência desses cuidados. Essa mútua dependência cristaliza no sistema familiar do casal uma relação inadequada mãe/filho, quando na verdade deveria haver uma relação homem/mulher. No relato de P.05, ela descreve que após a CB, seu marido “se sente livre” e vai em busca de experiências novas que lhe são apresentadas (sair sozinho, fazer trilha...).Talvez essa liberdade experimentada por ele seja em maior ou menor grau, análoga às experiências de P.06 e P.07, e mesmo que a construção da identidade obesa masculina seja muito diferente da feminina, exclusão, isolamento e preconceito fazem parte de ambas. No caso do marido de P.05, há ainda a hipótese de que a vivência da “adolescência tardia” tenha sido uma resposta à situação relacional do casamento possibilitada pela CB. Impossibilitada

de acompanha-lo nessa nova fase por ainda estar se recuperando da sua própria CB, P.05 se sente abandonada quando percebe que o marido já não depende mais integralmente de seus cuidados e precisa voltar-se para si e (re)assumir os outros papéis.

No geral, a fase dos resultados mais perceptíveis da CB foi vivenciado com euforia pelas participantes, que começam a fazer experiências com esse corpo novo, mais atraente socialmente e com mais possibilidades do que a vivência até então. No entanto essa euforia, quando desmesurada, pode levar ao desgaste físico, emocional e relacional. A forma como a relação se estabelece, com suas dinâmicas e funcionalidades também precisa ser avaliada na vivência dessa euforia, caso contrário a empolgação tende a passar e as consequências do que se faz sob efeito dela permanecem.

3.3.2 Uma nova percepção de si mesma

Nessa segunda temática agrupam-se algumas falas que compartilham entre si uma característica em comum: o uso do processo da CB enquanto força motriz para impulsionar o desenvolvimento psicológico da mulher. Destacam-se temas como a compreensão do contexto de opressão e invisibilidade e a não mais aceitação dessa condição e a (re)descoberta sexual.

P.03 relata que depois da sua CB ela começou a ver a sua relação conjugal de forma diferente: o que ela entendia enquanto afeto começou a ver enquanto possessividade e controle, mas para além da relação, ela atribui o divórcio às mudanças que aconteceram em si mesma, a passividade deu lugar à assertividade e P.03 desenvolveu a consciência de que não só merecia uma vida melhor, mas que devia isso a si mesma.

> Eu achava tudo lindo, que tava tudo bom.. uma pessoa que demonstrava muito amor, muito... só que depois de um tempo você vai vendo que aquilo não era tão bonito assim, era uma relação de possessividade e depois eu comecei a ver e principalmente depois que eu fiz a cirurgia parece que tirou uma venda dos meus olhos porque eu já sofria com algumas coisas mas achava normal ai depois da cirurgia... eu ainda não

> consigo explicar o que mudou mas eu realmente parece que tirou uma venda dos meus olhos e comecei a enxergar que aquilo tava me fazendo mal, que aquele sentimento de possessividade, aquela relação abusiva de controlador muito, inclusive eu fiz a cirurgia contra a vontade dele e foi muito difícil. Eu sei que meu humor mudou também e não foi só dentro de casa, até no serviço mesmo as pessoas observaram que eu era muito passiva, aceitava tudo, ninguém nunca escutava minha voz, sempre escondidinha e depois não... depois eu não aceitava, se alguém falasse alguma coisa que me contrariasse eu já rebatia, já estava me expondo mais.(...) O problema que mudou mesmo meu humor, e a questão de eu me impor. Eu passei a me impor mais e eu acho que isso incomodou muito... Eu acho que influenciou na questão da minha personalidade, de querer buscar, porque antes eu vivia no comodismo, comecei a me aceitar melhor e querer mais, não aceitar mais aquela vidinha. (P.03)

P.04 relata que depois da sua CB ela se permitiu inclusive vivenciar a descoberta e a vivência de um novo relacionamento amoroso.

> Eu acho que a bariátrica tem tudo a ver com minha nova personalidade. Tem tudo a ver com tudo... eu acho que antes eu não teria me permitido a viver isso [o divórcio e a relação homoafetiva posterior]. E depois eu já tava nessa onda de transformação, de me conhecer, me entender e aconteceu eu falei vam´bora. (P.04)

P.09 por sua vez encontra de volta seu papel de mulher, seu amor próprio, autoestima e sua voz.

> Sim, influenciou da forma que eu te falei, de eu me enxergar mais como mulher, de me amar mais, recuperar minha autoestima e dizer ninguém mais me diminui. Nem ele e nem ninguém. (P.09)

Nos relatos de P.03, P.04 e P.09 é possível perceber o quanto passar pela experiência da CB ressignificou a forma como essas mulheres se colocam na vida: elas passam a ser prioridade para si mesmas quando antes se colocavam sempre a serviço de alguém (marido, filhos...), se descobrem enquanto sujeitos de desejo e ressignificam o que quer dizer ser mulher antes dos outros papéis sociais que desempenham, descobrem a autoestima perdida e passam a valorizar a si mesmas e ao próprio corpo...

P.03 exemplifica magistralmente esse processo de (re)descoberta de si quando relata não saber o que mudou mas descreve a própria mudança psicológica: ela passa a enxergar o relacionamento abusivo que vivenciava e encontra sua própria voz para fazer frente a ele.

Essa descoberta de sua própria voz fala do contato com suas potencialidades e da segurança que ela adquire para se expor, para se colocar e para se afirmar na vida e no mundo. P.03 afirma que essa nova mulher, mais segura, mais consciente de si mesma, menos submissa e tolerante desagrada. Desagrada porque mexe com as estruturas cristalizadas do casamento e do ambiente de trabalho e pela própria mudança, força rearranjos e adaptações. Por meio da CB, P.03 enxerga o mundo a partir de si mesma e de suas potencialidades recém-descobertas e passa a não se conformar com a vida que levava, querendo (e fazendo acontecer) mais para si. Nesse caso o divórcio aparece enquanto ferramenta para a continuação desse processo de autodescoberta e autodesenvolvimento.

No caso de P.04, todo esse processo de autoconhecimento e empoderamento não apenas a motivou a se divorciar, mas possibilitaram autoconhecimento e aceitação para que a participante experimentasse e afirmasse sua nova relação amorosa homoafetiva. A CB de P.04 foi uma ferramenta que possibilitou a viabilização de mudanças que já vinham acontecendo em sua vida (carreira, relacionamento...).

Essas participantes demonstram que o amadurecimento psicológico viabilizado pelo processo da CB auxilia a pensar no divórcio enquanto uma alternativa pensada e mais adaptada às suas necessidades. Esse posicionamento diante da vida torna a decisão mais funcional e adaptada às realidades das participantes, em oposição a culpa, mágoas e ressentimentos que poderiam ser despertados em caso de impulsividade.

3.3.3 Insatisfação conjugal anterior

A última temática abordada foca-se na premissa de que o relacionamento antes mesmo da CB não era satisfatório aos cônjuges e os efeitos da cirurgia não mudaram esse fato, em alguns casos, pelo contrário, potencializaram estressores da relação conjugal. Destaque para o

desgaste anterior da relação, a segurança conquistada pelas mudanças proporcionadas pelo processo da CB se refletindo no protagonismo do término e a infidelidade enquanto problema relacional.

P.01 não atribui seu divórcio à CB e aponta insatisfação anterior no casamento, que só aconteceu, segundo a participante, por pressão familiar.

> Não, meu casamento já tinha ido por água abaixo há muito tempo. No caso eu casei no papel obrigada, porque a família queria, porque meu pai quando descobriu que eu tava morando com ele quase morreu, porque eu ficava no interior meu pai aqui, ninguém sabia de nada. (P.01)

P.10 também não atribui seu divórcio à CB, mas aos problemas que já existiam no casamento antes mesmo de operar.

> Eu acho que foi... foi dos problemas que a gente já tinha antes desde o início do relacionamento, não foi a cirurgia bariátrica. (P.10)

P.08, da mesma forma, também não atribui seu divórcio à CB, mas aos problemas anteriores da relação. A participante alega que o emagrecimento na verdade proporcionou a segurança para terminar.

> Não, eu acho que era mais essa questão da relação mesmo. Talvez eu por estar magra, hoje ser uma pessoa normal magra (...) eu acho que isso me da um pouco mais de segurança. Talvez se eu ainda fosse obesa eu ia ficar naquela assim de vai deixando e tal, eu acho que é mais fácil de ser aceito estando dentro do padrão, digamos assim. (P.08)

P.02 atribui seu divórcio à sua CB na medida em que seus resultados potencializaram o ciúme que já existia anteriormente e a obesidade de P.02 dava segurança ao seu parceiro, o que foi perdido após a cirurgia.

> Foi a questão mesmo da ignorância dele, ele começou a ficar mais agressivo, mas a agressividade dele foi toda relacionado a ciúme. Se eu fosse... eu penso hoje se eu fosse obesa e trabalhasse na Tupperware e ficasse viajando ele não teria tanto ciúme do que comigo magra (...) Ele tinha ciúme mas tinha uma certa segurança, depois da bariátrica eu sinto... eu posso atribuir à bariátrica o meu divorcio sim. Lógico que tiveram outras coisas... não posso falar que foi porque eu emagreci que eu decidi

> separar, não, não posso falar. Tiveram os outros motivos que se potencializaram pelo ponto da bariátrica. (P.02)

P.09 percebe influência da CB no seu divórcio, mas o atribui de forma mais enfática à infidelidade do marido.

> A bariátrica influenciou sim, mas o meu casamento começou a desabar mesmo em 2011[depois de descobrir a traição do marido] e de lá para cá meu casamento nunca mais foi o mesmo. Eu acho que depois da bariátrica foi só o ápice final. (P.09)

Estudos com a temática da conjugalidade são relativamente recentes no âmbito das ciências, tendo durante seu processo de evolução diferentes perguntas e metodologias para nortear a busca pelo aprofundamento da compreensão da relação conjugal.

Na primeira metade do século XX, fenômenos sociais como o casamento eram compreendidos enquanto resultados de características individuais combinadas, logo, a busca científica se dava no sentido de saber quais características de personalidade se relacionavam a casamentos felizes. Muitas pesquisas foram realizadas analisando-se diferentes traços de personalidade para tentar explicar a causa do sucesso ou fracasso no relacionamento, sem, entretanto, chegar a um "perfil ótimo". A partir da segunda metade do séc. XX, com o desenvolvimento dos estudos em comunicação, começou-se a questionar quais eram os padrões de interação presentes em casais funcionais e disfuncionais. Essa mudança do foco da personalidade dos parceiros para a comunicação entre eles, observada por meio da análise de interação (verbal e não verbal) enfatiza o comportamento, a cognição e o processo relacional. Pesquisas subsequentes se norteiam basicamente na descoberta do que seria disfuncional no comportamento interacional e na cognição social do relacionamento conjugal. Um dado interessante dessas pesquisas revela que a linguagem das mulheres durante um conflito conjugal tende a ser forte, assertiva, persuasiva, dura e definitiva, questionando a qualidade da relação conjugal. Pesquisas norte-americanas indicam que as mulheres começam ao redor de 80% das discussões conjugais e, normalmente, não são reticentes quanto à apresentação do

problema, a suas consequências ou a como gostariam de vê-lo solucionado e esses resultados são também encontrados na população brasileira (Féres-Carneiro & Diniz Neto, 2010). Esse dado nos é também interessante quando, entre as participantes, observa-se essa postura no questionamento da relação de forma assertiva e definitiva após a bariátrica. O que diverge bastante do perfil apresentado pelas participantes enquanto obesas. Fator também perceptível no protagonismo em relação divórcio, quando 8 das 10 participantes solicitam o divórcio ao parceiro.

Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010) destacam ainda estudos sobre satisfação conjugal dentro dessa perspectiva interacional. A família passa a ser considerada um sistema homeostático, cujo sintoma de um membro passa a ser o sintoma de patologia da família. Dessa forma os padrões disfuncionais familiares seriam fruto muito mais de uma situação sistêmica do que de características individuais de seus membros. Nessa perspectiva, padrões disfuncionais passam a ser compreendidos como padrões relacionais que impedem o desenvolvimento saudável e várias teorias se voltam para responder esses questionamentos. Destaca-se o surgimento na década 70 de evidências que suportam a importância do afeto e da subjetividade: famílias com problemas e casais infelizes eram também mais negativos e propensos a serem reciprocamente negativos. Pesquisas se focam então em aspectos do relacionamento conjugal, satisfação e estabilidade.

Os dados internacionais encontrados por Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010), são corroborados por Scorsolini-Comin e Santos (2010), em revisão bibliográfica nacional sobre satisfação conjugal. Os autores reafirmam a dificuldade das pesquisas em relação à definição do que é satisfação conjugal, e nota-se um alto índice de fatores relacionados à definição do conceito. Esses fatores mesclam tanto características pessoais (de personalidade) quanto formas de construção do casamento (interação). Entre os fatores apontados estão: bem-estar dos cônjuges e dos filhos, respostas fisiológicas dos cônjuges, características

sociodemográficas, saúde física e mental do casal, características de personalidade dos cônjuges, aspectos internos e externos da psique, sexo, grau de escolaridade, número de filhos e sua presença na casa, ajustamento conjugal (qualidade da relação), expressão de afeto, coesão, proximidade, capacidade de resolução de problemas e habilidade de comunicação.

Em pesquisa com casamentos de longa duração (acima de 20 anos) no Brasil, Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004), apontam aumento da satisfação conjugal quando há proximidade, estratégias adequadas de resolução de problemas, coesão, boa habilidade de comunicação, satisfação com seu *status* econômico e prática de crença religiosa. Scorsolini-Comin e Santos (2010) complementam que nesse contexto a satisfação se definiria subjetiva e reciprocamente, uma vez que implica na satisfação tanto das próprias necessidade e desejos quanto corresponder as necessidades e desejos do parceiro e seria relacionada com a fatores que propiciam intimidade no relacionamento, como bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança.

No caso das participantes, P.01 percebe seu casamento como construído de forma a atender uma demanda social muito mais do que por vontade sua. Em suas falas é perceptível o distanciamento afetivo entre P.01 e seu marido: ela o descreve como uma pessoa parada e sem iniciativa, que não costumava conversar ou questionar suas decisões e por isso ela se encarregava de resolver os problemas pessoais e conjugais sozinha à medida que apareciam. A principal função dada ao marido (e à CB) por P.01 foi possibilitar a ela ser mãe, função que abraçou e priorizou na vida desde então. Assim, percebe-se que a construção conjugal da relação de P.01 não apresenta fundamentalmente os fatores que Féres-Carneiro e Diniz Neto (2010) e Scorsolini-Comin e Santos (2010) apontam enquanto importantes para a satisfação conjugal.

P.02 aponta a CB enquanto catalisador de uma situação que ela já vivenciava anteriormente em sua relação e que intensifica com os resultados de sua CB. A potencialização do ciúme do parceiro, somado à agressividade dá vazão a padrões relacionais cada vez mais disfuncionais, nos quais o companheirismo, afeição e segurança se perdem em meio a brigas e discussões (estratégias inadequadas de resolução de problemas e baixa habilidade de comunicação). Interessante notar que P.02 atribui a segurança do parceiro na relação à condição de obesidade dela, ou seja, a obesidade tinha função na relação conjugal de manutenção do *status quo*. Uma vez que P.02 não ocupa mais esse lugar, o ciúme, medo do abandono e ansiedade se manifestam na forma de agressividade, uma vez que não foram trabalhadas com casal estratégias mais adequadas de comunicação e resolução de problemas anteriormente. Outro fator que se sobressai no relacionamento de P.02 diz respeito ao trabalho: quando começa a trabalhar na empresa em que se encontra, P.02 se sente mais exigida em relação ao vestuário, passando a "vestir-se melhor" e a ser mais bem sucedida financeiramente que o marido. Além da mudança no papel de submissão ao marido, que P.02 relata no decorrer da entrevista a inversão no papel de provedor financeiro da casa pode ter contribuído para o fim do casamento, uma vez que quanto maior a independência financeira da mulher, maior sua valorização ao caráter afetivo da relação e mais exigente ela se torna com seu parceiro, que precisa desvincular seu papel de apenas provedor e reinventar-se (Féres-Carneiro, 2003; Zordan,2010a; Zordan, 2010b; Zordan, Wagner & Mosmann, 2012).

Os relatos de P.08, P.09 e P.10 apontam para a CB enquanto catalisadora do divórcio a medida que proporcionou às participantes segurança na concretização do término (assumir a responsabilidade pela mudança e pelas consequências dela em suas vidas) em detrimento a "ir deixando" (afastamento afetivo da relação, que deixa de ser local seguro de construção conjunta de intimidade e satisfação conjugal para se tornar uma relação de aprisionamento numa utopia de segurança, baseada muitas vezes na ideia de devoção ao marido, que "fez o

sacrifício" de amá-la apesar da obesidade). A literatura aponta que a separação para as mulheres é compreendida principalmente em seus aspectos positivos, com alívio, tomada de responsabilidade pela própria vida e auto-valorização (Féres-Carneiro, 2003; Zordan, 2010b).

Para P.09, a descoberta da infidelidade do marido em 2011 aponta o início do fim de sua relação, mas é importante notar que esse fim só se concretiza de fato 05 anos depois, no período posterior à cirurgia em que os benefícios físicos e psicológicos da CB estão à pleno vapor. A traição é reconhecida na literatura como fator de importante contribuição para o divórcio (Féres-Carneiro, 2003; Zordan,2010b).

No caso de P.10 vale a pena ressaltar ainda a incompatibilidade sexual já relatada entre ela e o marido. No estudo de Norgren et al (2004) foi apresentada uma lista de itens na qual cada participante deveria assinalar se as características apresentadas existiam ou eram desejadas no relacionamento conjugal. Entre os itens que já existiam na relação dos casais considerados satisfeitos estavam "concordância sobre o comportamento sexual" e "atratividade do cônjuge". Por outro lado, entre os casais insatisfeitos, entre os aspectos mais desejados na relação estavam a "concordância sobre o comportamento sexual" e "satisfação sexual mútua". Dessa forma, é possível compreender a compatibilidade sexual como um preditor de satisfação sexual, que quando falta à relação pode ser um importante motivador para a infidelidade (Costa et al, 2018).

No geral, percebeu-se que a satisfação conjugal é um conceito de difícil definição e é influenciada por fatores de ordem pessoal e interacional. Muitas das participantes antes mesmo de suas CBs já notavam que seus casamentos não iam bem, porém foi perceptível que as mudanças proporcionadas pelo processo as auxiliou a se sentirem mais seguras para finalizar a relação e protagonizarem novas escolhas. Vale ressaltar que a infidelidade e incompatibilidade sexual destacam-se enquanto motivadores do término da relação e que a

CB pode atuar como potencializadora de situações de desgaste da relação, como o ciúme. Trabalhar com os cônjuges formas de potencializar os fatores de satisfação conjugal apresentados na literatura poderia ajudar os casais a lidar melhor com seus problemas de forma a minimizar as crises e potencializar os efeitos positivos da CB.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a estudar a percepção de mulheres (submetidas à CB e divorciadas após o processo) sobre a influência da cirurgia (e suas implicações) no matrimônio, na decisão e no desencadear do divórcio. De forma amis específica objetivou-se conhecer na visão das participantes: a vivência da obesidade ainda em matrimônio; a motivação para a cirurgia e como esta foi experimentada pelo casal e finalmente compreender como (e se) as implicações da CB influenciaram no divórcio. Esses objetivos foram atingidos progressivamente no decorrer das discussões.

Na primeira parte do estudo, foram investigados temas relacionando obesidade e o casamento. O casamento e a gravidez foram considerados marcos importantes que favoreceram e promoveram o ganho de peso. A condição da mulher obesa e suas dificuldades foram discutidas de forma ampliada nos planos simbólico, econômico e social. A condição de mulher obesa foi retratada como um movimento contínuo de enfrentamento à exclusão e marginalização social, no qual a (i)mobilidade e o vestuário se tornam símbolos de invisibilidade e emudecimento. Esse corpo, visto principalmente a partir de suas limitações, é exposto ao julgamento do mundo e do parceiro, sendo sua função dentro da relação a de dar prazer ao outro. Além de atender ao desejo sexual do parceiro apesar de si, a condição de esposa foi atrelada ainda ao lugar de nutriz da família, submissa ao cônjuge, com quem a mulher obesa está em eterno débito, uma vez que ele fez o sacrifício de amá-la. Observa-se que o casamento foi retratado de forma geral como um ambiente de reprodução das relações sociais abusivas e excludentes vivenciadas socialmente em que a mulher obesa está presa a um paradoxo: quanto maior o volume de seu corpo, mais invisível ela se torna.

Na segunda parte do trabalho, foram explorados temas presentes nas entrevistas sobre as principais implicações da cirurgia bariátrica na vida pessoal e conjugal das participantes.

As expectativas das mulheres em relação à CB por vezes extrapolaram a perda de peso e expandiram-se para mudanças pessoais e sociais importantes, buscando sempre validação visibilidade. A saúde e a preocupação com o acompanhamento dos filhos foram expostos como fatores decisivos para operar. Na relação conjugal ficou evidenciada a solidão do processo de decisão e busca pela efetivação da CB. O corpo nunca foi considerado na relação e a decisão pela CB gerou desconforto nos parceiros, que pela distância do processo de enfrentamento das esposas, foram surpreendidos e responderam se colocando na defensiva, por vezes de forma agressiva. A decisão pela CB, no relato delas, causou confusão quando as colocou na posição de protagonismo de suas vidas, situação estranha aos cônjuges, aos quais ficaram desconhecidas até mesmo as expectativas. Como consequências da cirurgia destacam-se mudanças físicas (alimentação e atividade física), psicológicas e na autopercepção, especialmente no aumento da autoestima e segurança, o que se associou a uma percepção mais ampla de si mesmas e de suas potencialidades e ao mesmo tempo mais negativa do casamento. As mudanças na forma de pensar e agir das participantes, aliadas à não participação dos nos cônjuges processos de transformação física e psicológica que culminou nas novas condições de vida da mulher provocaram espanto, agressividade e afastamento. Outro destaque foi o efeito positivo da cirurgia bariátrica na vida sexual dessas mulheres, por vezes de forma exacerbada, o que não foi suficiente para recuperar relações que já estavam em crise. Neste ponto, pode surgir a infidelidade e a traição como uma consequência de uma nova disposição sexual e uma nova percepção do próprio casamento. Assim, ficou claro o quanto a CB para as participantes, desde a sua decisão, foi um processo solitário, motivado por preocupações com a própria saúde mas cujo cerne ainda foi a possibilidade de cumprir satisfatoriamente o papel de mãe. A participação do cônjuge se restringiu à não – oposição e à motivação verbal à CB, sem consciência das possíveis consequências na relação e nem possibilidade de elaborar essas mudanças, o que acabou por provocar surpresa e uma posição

defensiva em relação às esposas, desgastando ainda mais a relação. Nem a melhora na sexualidade das participantes foi suficiente para resgatar o casamento e mesmo nesse contexto a traição se apresentando como opção, a maior parte delas não chega a cogitá-la, preferindo dar fim ao casamento e começar outra relação. A diferença nesse novo recomeço foi a transformação na compreensão de si mesmas enquanto protagonistas das próprias vidas e relações, o que possibilitou o encontro dos próprios desejos, da própria voz.

Na última parte, a discussão girou em torno da importância dada à cirurgia bariátrica no divórcio. Logo após a cirurgia e a perda de peso mais significativa, houve uma reação de euforia inicial, na qual as participantes expõem a transformação de seus corpos como ferramenta de visibilidade social, inclusive sexual. A vivência de uma "adolescência tardia" marcou a construção de uma nova identidade para as participantes e apresentou o divórcio como possibilidade. Em um segundo momento, perda de peso possibilitada pela cirurgia possibilitou às participantes uma mudança de percepção tanto em relação a si mesmas, quanto da situação que viviam, tornando o divórcio mais uma vez uma opção. Finalmente, as mudanças possibilitadas pela CB tornaram as participantes mais aptas a lidar com o relacionamento conjugal que vinham vivendo. Elas puderam então perceber a relação em crise e aquém de suas (novas) expectativas e enfrentar a situação de forma mais adequada às suas novas expectativas e necessidades. Assim, a CB foi percebida como o catalizador da transformação para uma nova forma pensar e agir, sobre si mesmas e sobre seu lugar na relação, trazendo para si o protagonismo das escolhas de suas vidas e a segurança de legitimar essas escolhas e suas consequências. A CB pôde ser entendida como o processo que possibilitou às participantes a visibilidade tão arduamente buscada na vida, processo esse que precisou passar pelo divórcio.

De forma geral, o presente estudo contribui para ampliar o olhar sobre a condição da obesidade feminina e elucidar discussões com objetivo de possibilitar a visibilidade pessoal,

social e acadêmica dessas mulheres. A CB surge como ferramenta que oportuniza à mulher obesa o início de um processo que vai na contramão da exclusão e invisibilidade social a que é submetida diariamente. Essa mulher é convidada a uma jornada de autodescoberta ao entrar em contato consigo mesma enquanto ser de desejos e potencialidades e a partir daí (re)conhecer seus papeis sociais e conjugais. Fica aqui ainda o esforço (necessário) no sentido de desmistificar a ideia dos cônjuges enquanto vilões tanto dos relatos coletados quanto na vida da mulher obesa em geral. A representação masculina aqui documentada vem da experiência das participantes e, resguardadas as devidas proporções, é um reflexo da forma como a mulher obesa vivencia sua existência no contexto sócio-político-econômico brasileiro, marcado pelo patriarcalismo, pelo machismo e pelo consumo. No entanto, o que se propõe, é a valorização e o encorajamento desses parceiros no processo de enfrentamento da obesidade das esposas pela via da CB. Essa presença ativa se mostra como uma dupla oportunidade: a nível social, de repensar o feminino na atualidade, exercitando a crítica e a empatia, o que futuramente poderia significar mais visibilidade a essas mulheres e um novo contexto social mais inclusivo; e também uma oportunidade a nível conjugal, no qual os cônjuges estariam mais próximos física e emocionalmente, possibilitando a elaboração conjunta de conteúdos como o corpo, sexualidade, ciúmes, expectativas e metas futuras para a relação, o que tende a fortalecer o vínculo e dessa forma ambos desfrutarem das consequências positivas da CB bem como haver suporte para superar as fases difíceis. Pode-se observar que o divórcio não é visto como um resultado direto da CB, mas como o término de um relacionamento desfavorável, servindo a cirurgia como um impulso para uma mudança de situação de vida. Neste sentido, os resultados se aproximam daqueles de outras investigações.

A interface entre os campos de estudos dos relacionamentos conjugais e da CB se mostrou área fecunda em temas de interesse da Psicologia e longe de esgotar as discussões sobre a influência da CB nas relações conjugais o presente trabalho pretendeu explorar o tema

pelo olhar das mulheres e descrever suas percepções de forma a ampliar a compreensão da temática e inspirar novas pesquisas. A Psicologia tem muito a contribuir desde os questionamentos que dão base à desconstrução de estereótipos e preconceitos que invisibilizam a mulher obesa até o auxílio terapêutico individual, grupal ou familiar tanto a essa mulher quanto ao seu cônjuge no enfrentamento da obesidade e dos desafios inerentes à CB. É papel do profissional de psicologia estar atento às reproduções de discursos e práticas preconceituosos em relação à obesidade e trabalhar na direção oposta, promovendo inclusão e saúde mental.

Como limitações deste trabalho, temos a conjugalidade vista pela ótica das mulheres submetidas à CB, ou seja, a relação conjugal é analisada sobre um único ponto de vista do casal. Outra limitação seria a amostra reduzida e heterogênea, o que não permite generalizações nos resultados, mas aponta caminhos a serem percorridos em outras oportunidades.

Futuramente seria de grande interesse a investigação da perspectiva dos cônjuges sobre o divórcio para conhecimento e comparações. Há também a necessidade de compreensão da obesidade e seu enfrentamento pelo viés masculino, no sentido de conhecer as particularidades que atravessam o processo. Também seria proveitoso o estudo dos relacionamentos que se fortaleceram após a CB e das estratégias utilizadas para lidar positivamente com as mudanças intrínsecas ao processo. Uma nova área de interesse que se descortina com o acesso à CB é o relacionamento amoroso em que ambos os parceiros tenham se submetido à cirurgia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agra, G. (2008). Vivência de mulheres submetidas à Gastroplastia (Dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba). Disponível em:<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp051904.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

Agra, G., Araújo, L.L.L. de M., Pessoa, V.V.B., Justino Filho, J., Freire, M.E.M., & Formiga, N.S. (2016). Percepção de mulheres obesas em relação ao corpo. *Revista Ibero-Americana de Salud e Envejecimiento*, *2*(3), 775-793. doi: http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(3).775

Ando, H., Cousins, R., & Young,C. (2014) Achieving saturation in thematic analysis: development and refinement of a codebook. *Comprehensive Psychology*, 3, 4. doi: 10.2466/03.CP.3.4

Arantes, F. B. (2008). O Impacto da Cirurgia Bariátrica na Relação do Casal: Uma Perspectiva dos Cônjuges Masculinos (Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás). Disponível em:< http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/1979/1/Flavia%20Bittar%20Arantes.pdf>. Acesso em: 27 jul 2018.

Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2016). Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4ªed.São Paulo. Disponível em: < http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

Bahia, L.R., & Araújo, D.V. (2016). Impacto econômico da obesidade do Brasil. *Revista HUPE*, *13*, 13-17. doi: 10.12957/rhupe.2014.9793.

Barroqueiro, R.S.B., Araújo, F.L.S.M, Barroqueiro, E.S.B., Araújo,G.F, & Garcia, J.B.S. (2012). Função Sexual Feminina, Sintomas de Ansiedade e Depressão em mulheres após a Cirurgia Bariátrica. *Revista de Ciências da Saúde*, *14*, 60-67. Disponível em: < http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/download/1090/742#page=60>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Bauer, W. B. (2003). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In M. W. Bauer., & G. Gaskell. (Orgs.), *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*.(11a. ed)(pp. 189-217). São Paulo: Vozes.

Blodorn,A., Major,B., Hunger, J., & Miller,C. (2016). Unpacking the psychological weight of weight stigma: A rejection-expectation pathway. *Journal of Experimental Social Psychology*, *63*, 69-76. doi: https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.12.003.

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Braun,V. & Clarke V. (2014). What can 'thematic analysis' offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *9*(26152). doi: 10.3402/qhw.v9.26152.

Carrera-Fernández, M. J., Guàrdia-Olmos, J., & Peró-Cebollero,M. (2014). Qualitative methods of data analysis in psychology: an analysis of the literature. *Qualitative Research*, *14*, 20-36.doi: 10.1177/1468794112465633

Castelnuovo-Tedesco, P., & Schiebel, D. (1976). Studies of superobesity: Psychiatric appraisal of jejuno-ileal bypass surgery. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 26- 31.doi: 10.1176/ajp.133.1.26

Childs, N. M. (2007). Female perceptions of marriage before and after bariatric surgery (Doctoral dissertation, University of Georgia). Disponível em: < http://purl.galileo.usg.edu/uga_etd/childs_nicole_m_200712_phd>. Acesso em: 27 maio 2017.

Clarke, V., & Braun, V. (2014). Thematic analysis. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopaedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 6626-6628. Springer, Dordrecht, Netherlands: Springer.

Correia, M. de J. (1998). Sobre a maternidade. *Analise Psicológica*, *3*(16),365-371. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a02.pdf>. Acesso em: 19 jun 2018.

Costa, M.A.da, Flores, P. de O., Farias, R.S.de, Bezerra, S.A.S.,Borba, C.deS.,& Hayasida, N.M.deA. (2018). A infidelidade conjugal como porta-voz da complexidade relacional: revisão de literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, *6*(1),57-65. doi: 10.18316/sdh.v6i1.4074.

Cowan Jr, G.S.M. (1998). What Do Pacientes, Family and Society Expect From the Bariatric Surgeron? *Obesity Surgery*, *8*, 77-85. doi: 10.1381/096089298765555105

Creswell, J.W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos*. Porto Alegre: Artmed.

Dalsin,C., Schemes,C., & Pacheco,B. (2015). Mulher, obesidade e moda: um estudo de caso na cidade de Carlos Barbosa, RS. *EFDesportes.com Revista Digital*, *20*(204). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd204/mulher-obesidade-e-moda-um-estudo.htm>. Acesso em: 19 maio 2018.

Denti, L., Barbopoulos, I., Nilsson, I., Holmberg, L., Thulin, M., Wendeblad, M,…Davidsson, E. (2012). Sweden's largest Facebook study: a survey of 1000 Swedish Facebook users. *Gothenburg Research Institute*, *3*,1-38. Disponível em: <http://novus.se/wp-content/uploads/2014/12/gupea_2077_28893_1.pdf>. Acesso em: 06 ago 2016.

Dinour, L., Leung, M. M., Tripicchio, G., Khan,S., & Yeh, M.C. (2012). The Association between Marital Transitions, Body Mass Index and Weight: A review of the Literature. *Journal of Obesity*,p.1-16. doi:10.1155/2012/294974.

Dupre, M.E., & Nelson, A. (2016). Marital history and survival after a heart attack. *Social Science and Medicine*, *170*, 114-123. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.10.013.

Féres-Carneiro, T. (2003). Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *8*(3), 367-374.doi: 10.1590/S1413-294X2003000300003

Féres-Carneiro, T., & Diniz Neto, O. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia, 20*(46), 269-278.Disponível em:< http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423778014>. Acesso em: 27 jul 2018.

Ferreira, R.A.B., & Benicio, M.H.D.A.(2015). Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Rev Panam Salud Publica*, *37*(4/5), 337–42. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/337-342>. Acesso em: 16 maio 2018.

Flick, U. (2009a). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed. Flick, U. (2009b). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2019). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. Disponível em:< http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf>. Acesso em: 22 jan 2020.

Gaskell, G. (2003). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer., & G. Gaskell. (Orgs.), *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático* (11a. ed) (pp. 64-89). São Paulo: Vozes.

Gil, A.C. (2008a). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Gil, A.C. (2008b). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Giordano,S., Victorzon,M., Koskivuo,I., & Suominen,E. (2013). Physical discomfort due to redundant skin in post-bariatric surgery patients. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *66*, 950-955.doi: 10.1016/j.bjps.2013.03.016.

Gortmaker, S.L., Must, A.,Perrin,J.M., Sobol, A.M., & Dietz, W.H. (1993). Social and Economic Consequences of Overweight in Adolescence and Young Adulthood. *The New England Journal of Medicine*, *329*(14), 1008-12. doi: 10.1056/NEJM199309303291406

Grisci, C.L.I. (1995). Mulher - mãe. *Psicologia: ciência e profissão*, *15*(1-3), 12-17. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatítica – IBGE (2010) Nupcialidade, Fecundidade e Migração. In: Censo 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=798>. Acesso em: 24 nov. 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatítica – IBGE (2015) Estatísticas do Registro Civil 2015. Disponível em: < http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2015_v42.pdf>. Acesso em: 21maio 2017.

Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2003). Entrevista narrativa**.** In: Bauer, M. W., Gaskell, G. (Orgs.) *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático***.** São Paulo: Vozes.

Kalarchian, M.A., King,W.C., Devlin, M.J., Marcus, M.D. Garcia, L., Chen, J-Y.,… Mitchell, J.E. (2015). Psychiatric Disorders and Weight Change in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: A 3-Year Follow up. *Psychosomatic Medicine, 8,* 373-381.doi: 10.1097/PSY.0000000000000277.

Kaufman, A. (2012). Alimento e Emoção. *Evidências em Obesidade e Síndrome Metabólica,60*,07-11. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/revista60/alimento_emocao.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

Kalucy, R.S., & Crisp, A.H. (1974). Some psychological and social implications of massive obesity: A study of some psychosocial accompaniments of major fat loss occurring without dietary restriction in massively obese patients. *Journal of Psychosomatic Research, 18*, 465-473. doi: 10.1016/0022-3999(74)90037-3

Kim, S.A., Yount, K.M., Ramakrishnan, U.,& Martorell R.(2007). The relationship between parity and overweight varies with household wealth and national development. *Int J Epidemiol*,*36*(1),93–101.doi: 10.1093/ije/dyl252.

King,W.C., Chen,J-Y., Belle,S.H., Courcoulas,A.P.,Dakin, G.F., Elder, K.A.,… Yvanovski,S.Z. (2016). Change in Pain and Physical Function Following Bariatric Surgery for Severe Obesity. *JAMA*, *315*(13),1362-1371. doi:10.1001/jama.2016.3010.

Lins, P.G.A., Pratti, E. de M.R., Peron, A., & Barbieri,V. (2014). O sentido da maternidade e infertilidade: um discurso singular. *Estudos de Psicologia, 31*(3), 387-392. doi: 10.1590/0103-166x2014000300007.

Lucas,R.R., Pereira, F.F., Santos Júnior, A.F., Cavalcanti, B.C., Nobre Júnior, H.V., Silva, G.R., & Magalhães, H.I.F. (2016). Fitoterápicos aplicados à Obesidade. *Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde*, *11*(2),473-492.doi: 10.12957/demetra.2016.19154.

Marcelino, L.F. & Patrício, Z. M.,(2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva,16*(12),4767-4776. Disponível em:< https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n12/4767-4776/pt>. Acesso em: 16 jul 2018.

Marchesini, S.D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, *23*(2), 108-113.doi: 10.1590/S0102-67202010000200010.

Mariano, M. L. L., Boccara de Paula, M.A., Bassi, D.G., & Paula, P.R.de (2014).Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, *41*(6), 412-420. doi: 10.1590/0100-69912014006006.

Marshall, J.R., & Neill, J. (1977). The removal of a psychosomatic symptom: Effects on the marriage. *Family Process*, *16*, 273-280. doi: 10.1111/j.1545-5300.1977.00273.x

Mazzocante,R.P., Moraes,J.F.V.N, & Campbell,C.S. (2012). Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. Revista de Ciências Médicas, 21, (1-6), 25-34. Disponível em: < http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1869/1710>. Acesso em: 24 nov.2016.

Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n°492, de 31 de agosto de 2007. *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil*, Brasília, 31 de agosto de 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt_0492_31_08_2007.html>. Acesso em: 01 out. 2016.

Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n°424, de 19 de março de 2013. *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil*, Brasília, 19 de março de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 01 out. 2016.

Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n°425, de 19 de março de 2013. *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil*, Brasília, 19 de março de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em: 01 out. 2016.

Ministério da Saúde, (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade . Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em: 01 out. 2016.

Moore, D.,& Cooper, C.E. (2016). Life After Bariatric Surgery:Perceptuions of Male Patients And Their Intimate Relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, *42*(3),495-508.doi:10.111/jmft.12155

Moreno,C.A.S., Silva,A.M., Cecato, J.F., Bartholomeu, D., & Montiel, J.M.(2011). Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Encontro: Revista de Psicologia*, *14*(20), 99-116. Disponível em: < http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2508>. Acesso em: 21 nov. 2016

Müller, A., Mitchell, J.E., Sondag, C., & Zwaan, M. (2013). Psychiatric Aspects of Bariatric Surgery. *Current Psychiatric Reports*, *15*, 397.doi: 10.1007/s11920-013-0397-9

Neill, J.R., Marshall, J.,R., & Yale, C.E. (1978). Marital changes after intestinal bypass surgery. *The Journal of the American Medical Association, 240*, 447-450. doi: 10.1001/jama.1978.03290050037013

Non Comunicable Diseases Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *The Lancet*, *387*,1377-1396. Disponível em:< http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30054-X.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Norgren, M. de B. P., Souza, R. M.de, Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004) Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, *9*(3), 575-584. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n3/a20v09n3.pdf> . Acesso em: 29 jul 18

Organização Mundial da Saúde (2012). Noncommunicable diseases: a major health challenge of the 21st century. *World Health Statistics*. WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Organização Mundial da Saúde (2014). Mental Health Atlas 2014. *World Health Statistics*. WHO, 2014. Disponível em: < https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

Organização Mundial da Saúde (2016). Obesity and Overweight. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 21 nov. 2016

Ornela, R.G., Oba, M.V., Kinouchi,F.L., Sigoli, M.A., Scandiuzzi, R.J., Soares, D.W., & Carvalho. P.C. (2016) Acupuntura no tratamento da obesidade. *Journal of the Health Sciences Institute*, *34*,17-23. Disponível em: <https://www3.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/01_jan-mar/V34_n1_2016_p17a23.pdf>. Acesso em 22 nov. 2016.

Pories, M.L., Hodgson, J., Rose, M.A.,Pender, J., Sira,N.,& Swanson, M. (2016). Following Bariatric Surgery: na Exploration of the Couples Experience. *Obesity Surgery*, *26*, 54-60. doi:10.1007/s11695-015-1720-9

Portal Brasil (2014). Saúde. Aumenta o número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS.14 mar. 2014. Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Portal Brasil (2015). Cidadania e Justiça. Em 10 anos, taxa de divórcio cresce mais de 160% no país. 30 nov 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/11/em-10-anos-taxa-de-divorcios-cresce-mais-de-160-no-pais>.Acesso em: 03 maio 2017.

Quieto (2018). Dicionário Online de Português. Disponível em: < https://www.dicio.com.br/quieto/> . Acesso em: 26 jul 2018.

Rand, C.S., Kuldau, J.M., & Robbins, L. (1982). Surgery for obesity and marriage quality. *Jama*, *247*(10), 1419-1422. doi: 10.1001/jama.1982.03320350023021

Rand, C.S., Kowalski, K., & Kuldau, J.M. (1984). Characteristics of marital improvement following obesity surgery. *Psychosomatics*, *25*, 221-226. doi: 10.1016/S00333182(84)73064-7

Reedy, S., & Blum, K. (2010) Applying middle-range nursing theory to bariatric surgery patients: experiencing transitions. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, *5*, 35-43. doi: 10.1089/bar.2009.9940.

Scheeren, P., Apellániz, I.deA.M.de, & Wagner,A. (2018) Infidelidade Conjugal: A Experiência de Homens e Mulheres. *Temas em Psicologia*, *26*(1), 355-369. doi: 10.9788/TP2018.1-14Pt.

Schneider, H. (2005). Diferenças entre homens e mulheres no uso e percepção de valor no uso da internet (Dissertação de mestrado em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Disponível em:< http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6609>. Acesso em: 06 ago 2016

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M.A.dos (2010). Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*(3), 525-531. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26n3>. Acesso em: 29 jul 2018

Sjöström,L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine*, *273*(3), 2019-234.doi: 10.1111/joim.12012.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011). Obesidade sem marcas: Cirurgia menos invasiva é um direito. Disponível em:<http://www.sbcbm.org.br/imagens/PressKit_SBCBM.pdf>. Acesso em:21 nov. 2016.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (n.d.). Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Disponível em:< http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-bariatrica-e-metabolica/>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (n.d.). Técnicas Cirúrgicas. Disponível em:< http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica/>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (n.d.). Número de cirurgias bariátricas no Brasil cresce 7,5% em 2016. Disponível em:< http://www.sbcbm.org.br/wordpress/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>. Acesso em: 01 maio 2017.

Solow, C., Silberfarb, P., & Swift, K. (1974). Psychosocial effects of intestinal bypass surgery for severe obesity. *The New England Journal of Medicine, 290,* 300-304. doi: 10.1056/NEJM197402072900603.

Souza, J.M.B, Castro, M.M., Maia, E.M.C., Ribeiro, A.N., Almondes, K.M., & Silva, N.G. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *1*, 59-67. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007 >. Acesso em: 24 nov. 2016

Souza Filho, M.F.A. de (2014). Débito conjugal no casamento: aspectos históricos, doutrinários e jurisprudências (Monografia de graduação em Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Disponível em:< https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/896>. Acesso em: 03 jun 2018.

Stenzel, L. M. (2002). *Obesidade – O peso da exclusão*. Porto Alegre: EDIPUCS.

Sundbom, M., Hedberg, J., Marsk, R., Bylund, A., Hedenbro, J.,Laurenius, A., & Näslund, E. (2016). Substantial Decrease in Comorbidity 5 Years After Gastric Bypass: A Population-based Study From the Scandinavian Obesity Surgery Registry [Abstract]. *Annals of Surgery*, 2016. doi: 10.1097/SLA.0000000000001920

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico VIGITEL (2014). *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil*, Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

Teachman, J. (2016). Body Weight, Marital Status, and Changes in Marital Status. *Journal of Family Issues*, *37*, 74-96.doi:10.1177/01925XI3508404

Torvik, F. A., Gustavson, K., Røysamb, E., & Tambs. K. (2015). Health, health behaviors, and health dissimilarities predict divorce: results from the HUNT study. *BCM Psychology*, *3*(13), 1-9.doi:10.1186/s40359-015-0072-5

Vinuto,J. (2014) Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Temáticas*, *44*, 203-220. Disponível em: <

https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>. Acesso em: 11 maio 2017.

Williams, A.L., & Merten, M.J. (2013). Romantic Relantionships among Women Experiencing Obesity: Self-Perception and Weight as Barriers to Intimacy. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, *41*(3),284-298. doi:10.1111/fcsr.12020

Zanette, M. C., Lourenço, C.E., & Brito, E.P.Z. (2013). O peso do varejo, o peso no varejo e a identidade: uma análise de consumidoras *plus size*. *Revista de Administração de Empresas*, *53*(6), 539-550. doi:10.1590/S0034-75902013005000001

Zordan, E.P. (2010a). Separação Conjugal: Uma Leitura Psicossocial dos Processos Judiciais. In: A separação conjugal na contemporaneidade: motivos, circunstâncias e contextos (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica no Rio Grande do Sul). Disponível em: < http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4828>. Acesso em: 24 nov. 2016.

Zordan, E.P. (2010b). Separação Conjugal: Aspectos Implicados nessa Decisão, Reverberação e Projetos Futuros. In: A separação conjugal na contemporaneidade: motivos, circunstâncias e contextos (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica no Rio Grande do Sul). Disponível em: < http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4828>. Acesso em: 24 nov. 2016.

Zordan, E.P., Wagner, A., &Mosmann, C. (2012). O perfil de casais que vivenciam divórcios consensuais e litigiosos: uma análise das demandas judiciais. *Psico-USF*, *17*(2), 185-194.doi: 10.1590/S1413-82712012000200002.

ANEXOS

Anexo 01 – Convite para Participação em Pesquisa

Prezados(as)

Me chamo Raíssa e estou cursando o mestrado em Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo tendo como orientador o professor Agnaldo García. Como tema de pesquisa escolhi estudar a Cirurgia Bariátrica e suas consequências no relacionamento conjugal. De forma mais precisa, como o processo da Bariátrica influencia mulheres na decisão de se divorciar. Para isso, pretendo entrevistar pessoas que se encaixem nos seguintes critérios:

- Podem participar mulheres acima de 18 anos;
- Tenham estado em matrimônio na época em que se submeteram à cirurgia bariátrica;
- Tenham se divorciado após a realização do procedimento cirúrgico (independente da técnica);

Se você se encaixa nesse perfil, por favor, considere a possibilidade de sua participação. Se conhece alguém que se encaixe, por favor, indique-nos para que possamos entrar em contato.

A proposta é investigar se houve influência e de que forma o processo cirúrgico (desde sua decisão até o pós cirúrgico) influenciou na decisão e na efetivação do processo de divórcio. Para isso, após contatos com as interessadas, serão realizadas entrevistas nos locais de melhor comodidade para a participante. Cada entrevista dura em média 2 horas.

Cabe salientar que será preservado o sigilo da identidade e das informações das participantes. Os registros das informações coletadas poderão ser utilizados com fins exclusivamente científicos e divulgações em meios científicos, como congressos e publicações, sempre resguardando o anonimato das participantes.

Na esperança de contar com sua participação, coloco-me à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir via email (raiorodrigues@gmail.com), facebook (https://www.facebook.com/raiorodrigues) ou pelo telefone (27) 998759737.

Agradeço desde já pela atenção e fico no aguardo do seu retorno.

Atenciosamente,

Raíssa Rodrigues Módolo
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP)
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Anexo 02 – Roteiro de Entrevista

A) IDENTIFICAÇÃO

Idade: Escolaridade: Profissão:
Quando a sua obesidade começou?

B) CASAMENTO

1) Ano do casamento:
2) Idade na época:
3) Idade do Cônjuge:
4) Filhos/Idades/Quem tem a guarda?
5) Quando vocês se conheceram, como você era fisicamente?
6) E como ele era?
7) E como era a relação?
8) Você levava em consideração a opinião dele sobre seu corpo? Qual era essa opinião? Depois do casamento isso mudou?
9) Durante seu casamento como você descreveria sua "personalidade"? (Características psicológicas como sociabilidade, humor, perspectiva diante da vida...)
10) Durante o casamento, como eram os hábitos sociais do casal? A alimentação era controlada? Vocês praticavam atividades físicas? Saíam juntos? Para onde costumavam ir? Quando não estavam sozinhos, estavam na companhia de quem? (amigos, familiares...)
11) Como era o suporte emocional conjugal? E o familiar?
12) Como era a troca afetiva?
13) Como era o sexo?
14) Quando vocês não concordavam, como era a resolução do problema?
15) Antes da cirurgia, como você avalia seu casamento (qualidade da relação)?

C) A CIRURGIA E SUAS ESPECIFICIDADES

1) Ano da ciurgia:
2) Idade na época:
3) Técnica utilizada:
4) SUS/Rede Privada
5) Comorbidades:
6) Como a CB se tornou opção?
7) Como você viu essa possibilidade?
8) Foi discutida pelo casal?
9) Vocês receberam informações suficientes sobre o processo? De que meios?
10) Qual era a opinião do seu cônjuge?
11) Como você chegou à decisão de operar?
12) O que sua família achou?
13) O que seus amigos acharam?
14) Quais eram suas expectativas em relação à cirurgia?
15) Quais eram as expectativas do seu cônjuge?
16) Vocês foi acompanhada pela equipe multidisciplinar? Seu cônjuge participou do acompanhamento? Você teve acompanhamento psicológico na equipe multidisciplinar? Seu cônjuge participou desse acompanhamento? Vocês viram importância nesse acompanhamento?
17) Como foi a reeducação alimentar? E atividade física? Seu cônjuge te deu suporte emocional? Ele também mudou os hábitos dele junto com os seus?

18) Quantos kg você eliminou? Como você viu esse "novo corpo"? Como seu cônjuge viu?
19) Como você descreveria sua "personalidade" depois da perda de peso? O que mudou? Como seu cônjuge viu essas mudanças? E sua família? E seus amigos?
20) Houve mudança nos hábitos sociais do casal? A alimentação mudou? Para ambos? Atividade física mudou?
21) Continuaram saindo juntos depois da perda de peso? Para onde costumavam ir? Quando não estavam sozinhos, estavam na companhia de quem? (amigos, familiares...)
22) Você percebeu mudança no olhar das outras pessoas sobre você depois da perda de peso? Seu cônjuge percebeu? Como foi essa experiência para o casal?
23) Houve necessidade de reparadoras? Como você viu o excesso de pele? Como seu cônjuge viu?
24) Como ficou suporte emocional? Houve mudança? Qual(is)?
25) Como ficou a troca afetiva? Houve mudança? Qual(is)?
26) Como passou a ser o sexo? Houve mudança? Qual(is)?
27) Houve mudança na resolução de conflitos entre vocês?
28) Como você avalia seu casamento após a perda de peso (qualidade da relação)?

D) O DIVÓRCIO

1) Ano do divórcio:
2) Idade na época:
3) Quem pediu o divórcio?
4) Foi consensual ou litigioso?
5) A que motivos você atribui mais fortemente o seu divórcio?
6) Você sente que o processo envolvendo a CB influenciou na decisão e na efetivação do seu divórcio? Como?
7) Houve mudanças na sua alimentação e atividade física após o divórcio? Quais?
8) Houve ganho/perda de peso?
9) Como você descreveria sua "personalidade" depois do divórcio?
10) Como sua família encarou o seu divórcio? E os seus amigos?
11) Sua rede de amigos/ atividades sociais mudaram? Como?
12) Qual(is) a(s) maior(es) mudança(s) que o divórcio te proporcionou?

E) PERSPECTIVAS DE FUTURO

1) Quais são seus sonhos atualmente?
2) Tem vontade de ter (outros) filhos?
3) Tem vontade de casar-se novamente?

Rubricas

Anexo 03 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Cirurgia Bariátrica e divórcio: uma relação pouco explorada.

Pesquisador: Raíssa Rodrigues Módolo.

Orientador: Prof. Dr. Agnaldo García. **Instituição:** Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP).

Justificativa da pesquisa: Acredita-se que, em vista do constante aumento do número de casos de obesidade no Brasil e consequentemente do número de cirurgias bariátricas realizadas no país, conhecer melhor a relação entre o processo que envolve a cirurgia e seu impacto (negativo) no casamento pelo viés feminino seja uma contribuição relevante para a compreensão do relacionamento interpessoal na atualidade e uma forma de preservá-lo.

Objetivo da pesquisa: O objetivo geral da pesquisa é conhecer a interface entre os processos inerentes à cirurgia bariátrica e o divórcio na visão de mulheres que se submeteram à cirurgia.

Descrição do procedimento: As participantes serão entrevistados em locais de sua preferência sobre suas experiências matrimoniais em interface com o processo da cirurgia bariátrica e como essa interface é por eles compreendida, as entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra para análise posterior.

Duração e Local: Cada entrevista dura, em média 2 horas e será realizada no local de maior comodidade para a participante.

Riscos e Desconfortos: A participação na pesquisa é voluntária e não acarretará nenhum ônus nem bônus financeiro para as participantes e também não deverá acarretar benefícios nem danos significativos para a saúde dos mesmos. A presente pesquisa envolve riscos mínimos. Como desconforto, a discussão poderá tocar em aspectos pessoais, revelando conflitos intra e interpessoais. Caso os desconfortos provocados sejam relevantes, as participantes serão encaminhados para apoio psicológico nas redes de assistência à saúde ou em clínicas escolas, como a da UFES, por exemplo.

Benefícios: Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para melhor entendimento da relação entre o processo que envolve a cirurgia bariátrica e seu impacto sobre o casamento, podendo acarretar o divórcio.

Procedimentos éticos: Todo o procedimento de pesquisa descrito seguirá rigorosamente os critérios éticos estabelecidos através da legislação que regulamenta pesquisas com seres humanos. Desse modo, a participação é voluntária, sendo garantida a recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores. Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação. Fica garantido o ressarcimento financeiro de

quaisquer despesas geradas pela participação na pesquisa, assim como fica garantida indenização mediante eventuais danos decorrentes da pesquisa. As entrevistas individuais serão realizadas de acordo com a técnica padrão, cientificamente reconhecida, sendo realizadas em local previamente acordado entre pesquisador e participante. Dúvidas, informações complementares e esclarecimentos serão elucidados e fornecidos pelo pesquisador a qualquer momento aos participantes. A previsão do período para os procedimentos descritos neste Termo é de setembro de 2017 a novembro de 2017.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:
Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, a sra. pode contatar a pesquisadora RAÍSSA RODRIGUES MÓDOLO no telefone (27) 998759737, ou endereço Av. Getúlio Vargas, nº64, Campo Grande, Cariacica. A sra. também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos UFES/Campus Goiabeiras através dos telefones: (27) 4009-7840 / (27) 3357-9500 / ramal 9820, endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Campus Universitário de Goiabeiras, Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória - ES, 29060-970 ou e-mail cep.goiabeiras@gmail.com.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, _____/_____/_____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Cirurgia bariátrica e divórcio: Uma relação pouco explorada”, eu, RAÍSSA RODRIGUES MÓDOLO, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador