



Nelia Maria Mendes N. Fernandes

**Em busca da satisfação: um estudo sobre as
repercussões psíquicas no pós-operatório de
cirurgia bariátrica**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Junia de Vilhena

Rio de Janeiro
Março de 2016



Nelia Maria Mendes Neiva Fernandes

**Em busca da satisfação: um estudo sobre as
repercussões psíquicas no pós-operatório de
cirurgia bariátrica**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Puc-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Junia de Vilhena

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Sara Angela Kislakov

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a Joana Vilhena Novaes

Departamento de Psicologia – UVA/RJ

Prof^a. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 31 de março de 2016.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Nelia Maria Mendes Neiva Fernandes

Graduada em Psicologia pela UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). É psicóloga do Serviço de Psicologia Médica do HFSE/RJ. Integrante da equipe de pesquisadores do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (LIPIS) da PUC-Rio.

Ficha Catalográfica

Fernandes, Nelia Maria Mendes Neiva

Em busca da satisfação : um estudo sobre as repercussões psíquicas no pós operatório de cirurgia bariátrica / Nelia Maria Mendes Neiva Fernandes ; orientadora: Junia de Vilhena. – 2016.

151 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Obesidade. 3. Cirurgia bariátrica. 4. Sofrimento psíquico. 5. Corpo. 6. Psichon-Rivière. I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Para meus amados Ronald e Murilo,

Pelo amor que transforma

Agradecimentos

À minha orientadora Junia de Vilhena, pela acolhida diligente e condução repositiva durante esse trajeto e por seu saber em relação às questões do corpo e à Psicanálise a mim transmitido.

Aos meus colegas do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (LIPIS) da PUC-Rio - Alessandro Bacchini, Bruna Madureira, Igor Francês e Monica Vianna - pelas trocas estimulantes que favoreceram importantes reflexões teóricas e contribuições a este trabalho e à Rafaela Grillo, uma amiga preciosa que ganhei nas salas de aula da PUC.

Aos professores Sara Angela Kislakov e Joana Vilhena de Novaes por fazerem parte da banca examinadora.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela orientação e suporte que muito agregaram.

Às estimadas Christine Christmann, Monica Cardoso e Sylvia Caram pela amizade, por acreditarem em mim, dividirem quando ficou muito pesado e por me motivarem a seguir adiante ainda que.

À Humberto Mauro Lessa de Vasconcelos por toda a escuta e companhia pelos meus desfiladeiros.

À Lia Chermont Prochnik que me ensinou a olhar a psicanálise com leveza e à Cid Vale de Sousa (in memoriam) que me ensinou a amar o trabalho hospitalar.

À Regina Solano e demais colegas do serviço de Psicologia do HFSE/RJ, pela confiança, apoio e espaço a mim ofertado.

Aos colegas da equipe de cirurgia bariátrica do HFSE/RJ e a todos os pacientes acompanhados por essa equipe que confiaram suas angústias e alegrias aos nossos cuidados.

Aos meus pais queridos, que investiram em mim e me ensinaram até o que não sabiam e a minha irmã, igualmente querida, por termos escolhido uma a outra para sermos mais que irmãs, sermos amigas.

Ao meu amado marido Ronald, que é meu parceiro de vida e a quem agradeço o incentivo diário para caminhar em direção aos meus sonhos. Presença constante e firme.

E Murilo, que transformou meus dias em sábados de sol e descortinou o melhor em mim.

Resumo

Fernandes, Nelia Maria Mendes; Vilhena, Junia de (orientadora). **Em busca da satisfação: um estudo sobre as repercussões psíquicas no pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rio de Janeiro, 2016. 151p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objetivo deste trabalho é investigar as repercussões psíquicas da cirurgia bariátrica em pacientes obesos. Buscaremos articular a prática, a pesquisa e a teoria psicanalítica com os depoimentos coletados pela autora, psicóloga membro da equipe de cirurgia bariátrica de um hospital público no Rio de Janeiro. Destacaremos o sofrimento psíquico causado pelo estigma social da obesidade, que estimula a procura por métodos radicais, como a cirurgia de redução de estômago. Em seguida, abordaremos algumas contribuições trazidas pela psicanálise ao atendimento clínico de pacientes obesos. Por último, analisaremos o grupo operativo realizado com os pacientes do ambulatório de psicologia do hospital, buscando promover sua saúde mental.

Palavras-chave

Obesidade; cirurgia bariátrica; sofrimento psíquico; corpo; Pichon-Rivière; grupo operativo.

Abstract

Fernandes, Nelia Maria Mendes; Vilhena, Junia de (Advisor). **In Search of Satisfaction: a Study about the Psychological Repercussions during the Post-operative Period of Bariatric Surgery.** Rio de Janeiro, 2016. 151p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The purpose of this work is to investigate the psychological repercussions of bariatric surgery on obese patients. We will articulate psychoanalytical practice, research and theory with patient testimonials collected by the author, a psychologist member of the bariatric surgery staff at a public hospital in Rio de Janeiro. We will highlight the psychological suffering caused by the social stigma of obesity, which stimulates the search for radical methods, such as gastric surgery. Then, we will examine the contributions made by psychoanalysis to the clinical treatment of obese patients. Finally, we will analyze the operative group carried out with psychological outpatients of the hospital, in order to promote their mental health.

Keywords

Obesity; bariatric surgery; psychological suffering; body; Pichon-Rivière; operative group.

Sumário

Introdução	14
I. De que lugar falamos?	23
1. Reflexões sobre o campo de trabalho	24
1.1 Descrição da rotina – gênese e organização	28
1.2 Algumas considerações sobre a obesidade	39
1.3 Quando comer vira doença - intercessões entre a obesidade e os transtornos alimentares	46
1.4 Ainda sobre o pré-operatório – avaliar ou ressignificar?	54
II. Corpo e cirurgia bariátrica – igual mas diferente	59
2. Mas, qual o corpo?	60
2.1 O corpo e suas diferentes formas de apreensão	66
2.2 Cultura do consumo e estetização da vida cotidiana	69
2.3 O eco do fato de que há um dizer	82
2.4 É uma neurose. Uma overdose – Algumas considerações sobre a adição na clínica da obesidade	89
III. Dividir para somar	97
3. Grupo	98
3.1 Breve visão histórica e principais teóricos das terapias de grupo	104
3.2 Grupos no hospital	109
3.3 O grupo operativo	110
3.4 A experiência com grupos no ambulatório de psicologia com pacientes de cirurgia bariátrica no HFSE/RJ	117
3.5 Grupo e holding	126
IV. Considerações finais	131
Referências bibliográficas	139

Lista de Figuras

Fig. I	Carol Lay (Evolution – 2004)	23
Fig. II	Pé de bailarina (Anônimo – Acervo Google Images)	59
Fig. III	Grupo (Anônimo – Acervo Google Images)	97

Lista de Tabelas

Tab. 1	Critérios de Inclusão para Cirurgia Bariátrica	32
Tab. 2	Critérios de Exclusão para Cirurgia Bariátrica	33
Tab. 3	Protocolo de Atendimento Psicológico ao Candidato de Cirurgia Bariátrica	38
Tab. 4	Classificação da Obesidade de acordo com IMC	42
Tab.5	Protocolo Clínico – COESAS	58

Lista de Abreviações

ABESO – Associação Brasileira para o Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica

BN – Bulimia nervosa

CFM – Conselho Federal de Medicina

FLASO – Federação Latino Americana de Sociedades de Obesidade

HFSE / RJ – Hospital Federal Servidores do Estado / Rio de Janeiro

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SCN – Síndrome do Comer Noturno

SISREG – Sistema de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção por Inquérito Telefônico

*Parece cocaína
mas é só tristeza*

Bonfá, Russo, Villa Lobos (Há Tempos, 1989)

Introdução

A obesidade é na atualidade uma patologia que cresce exponencialmente na população brasileira e objeto de diversos estudos e propostas de intervenção tanto na área médica quanto nas chamadas disciplinas psis. Longe de ser uma especificidade da população brasileira, sua prevalência aumentou acentuadamente nos últimos anos no mundo inteiro.

Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença e agravo não transmissível caracterizada pelo acúmulo de tecido adiposo no organismo, a obesidade possui etiopatogenia multidimensional e constitui fator de risco para o desenvolvimento de múltiplas doenças que incluem entre outras, a hipertensão arterial, o diabetes tipo II, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares.

No mundo o sobrepeso atinge cerca de dois bilhões de pessoas (CAMPOS, 2015). No Brasil, indubitavelmente, a obesidade é um dos principais problemas na área de saúde coletiva e muitos são os esforços realizados pelas políticas públicas para sua redução e minimização do seu impacto na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos obesos. Dentro desta chave, a cirurgia bariátrica, ou cirurgia de redução do estômago, é descrita pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) como uma técnica cirúrgica efetiva no controle da obesidade e das comorbidades a ela associadas. Sua indicação é cada vez mais expressiva e está fundamentada na investigação abrangente dos vários aspectos que estão implicados nesta problemática.

Nos últimos 20 anos, o tratamento cirúrgico da obesidade apresentou importante evolução, sendo considerado mais do que uma modificação isolada do trato digestivo. Esta cirurgia, combinada a mudanças do estilo de vida, é fundamental para o controle da enfermidade em médio e longo prazo, podendo resultar em melhoria ou resolução completa das comorbidades associadas e redução de mortalidade; tais mudanças são alcançadas através de orientação e acompanhamento adequados de equipe multiprofissional (BERTI et al, 2015; WRZESINSKI et al, 2015).

Ao englobar o indivíduo obeso dentro de uma perspectiva biopsicossocial, é possível reconhecer a efetiva influência exercida pela cultura sobre os padrões alimentares e também modelos de gordura ou magreza desejáveis.

Consideramos então, ao esquadrihar a ênfase atribuída ao modelo de corpo ambicionado na atualidade, leia-se o corpo magro, que a cirurgia bariátrica pode ser promotora de bem-estar em um sentido mais amplo, pois a obtenção desse corpo almejado representa mais do que ganho de saúde física ou estética, também é passaporte para o sentimento de pertencimento e aceitação social ambicionado e atribuído àqueles inseridos dentro da norma estética vigente.

Em contrapartida, é possível afirmar que nenhum indivíduo que se submete à cirurgia da obesidade passa ileso de algum sofrimento pois, por consistir numa intervenção cirúrgica, trata-se de um processo doloroso (NÉSPOLI, NOVAES & ROSA, 2015). Ademais, as notáveis alterações no corpo proporcionadas pela cirurgia bariátrica tornam lícito supor alterações também psíquicas, uma vez que, de acordo com o campo epistemológico da psicanálise, o psíquico e o corporal não são distintos, havendo um entrelaçamento original entre o físico e o mental.

Desta maneira, esta pesquisa nasceu da experiência como psicóloga em uma equipe de cirurgia bariátrica de um hospital da rede federal na cidade do Rio de Janeiro. Esta prática foi o motor para empreender pesquisa sobre o corpo obeso na contemporaneidade, o sofrimento psíquico oriundo dessa condição e, igualmente, sobre as repercussões psíquicas observadas a partir da mudança das formas corporais obtidas no pós-cirúrgico desse procedimento.

Ao longo do meu percurso profissional, o hospital compareceu como local de intensa atuação e interesse. Logo após concluir a graduação, passei por treinamento profissional na clínica médica do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) ligado à curso de pós graduação em psicologia hospitalar da Universidade Federal Fluminense (UFF). Próximo a conclusão do curso, obtive minha primeira oportunidade profissional como psicóloga em uma equipe de cirurgia cardíaca de um hospital privado de especialidade cardiológica e, a partir desta rica experiência, cursei extensão em psicologia em unidade de terapia intensiva, cenário onde após trabalhei por 9 anos.

Em 2007, recebi a convocação de concurso público realizado para o Ministério da Saúde e fui lotada no Serviço de Psicologia Médica do Hospital Federal dos Servidores do Estado / RJ (HFSE/RJ). Lá atuei como psicóloga hospitalar em alguns serviços e desde 2011 desenvolvo trabalho junto à equipe de cirurgia bariátrica deste hospital sob a coordenação do Dr. Daniel Antonio Lopes Ferreira.

Solicitada inicialmente a avaliar pacientes e produzir laudos respondendo a solicitações de parecer se o candidato ao procedimento bariátrico possuiria condições psicológicas para ser submetido a ele, a tarefa me fez questão.

Acostumada ao ambiente hospitalar e a clínicas cirúrgicas, este novo campo de atuação suscitou várias interrogações em torno da problemática da obesidade e suas implicações sociais. Sobretudo, as vicissitudes emocionais advindas do procedimento que modifica o corpo e a forma como o sujeito se relaciona com algo que já estaria tão enraizado, provavelmente desde os primórdios de sua constituição psíquica que é o ato de se alimentar, eram objeto de minhas especulações.

Por isso, pareceu legítimo admitir que as mudanças engendradas no corpo pela cirurgia - de um corpo obeso para um corpo magro - também acarretariam modificações psíquicas e alterações no comportamento desses sujeitos.

Envolvida nesta rotina de trabalho, interessada e entusiasmada em acompanhar o desenrolar da experiência de ter sido submetido à cirurgia bariátrica, constatei que haveria campo para desenvolver uma proposta de trabalho mais relevante e, por certo, mais pertinente porque abarcaria o acompanhamento e suporte psicológicos tanto na fase anterior quanto na fase posterior ao procedimento.

Disto, resultou uma alteração na própria organização do serviço e assim, no desenvolvimento da tarefa junto à equipe de cirurgia bariátrica. A rotina de acompanhamento psicológico aos pacientes que a ela eram submetidos passou a figurar tão fundamental quanto a avaliação pré-operatória.

Por conseguinte, a modificação no fluxo de entrada dos pacientes no Serviço de Psicologia, bem como a continuidade do acompanhamento foram alteradas respeitando essa perspectiva. A admissão dos pacientes neste serviço passou a se dar logo após sua entrada no programa. O cirurgião, após recebê-los em seu ambulatório, passou a proceder o encaminhamento imediato para os serviços de Nutrição e de Psicologia. Assim sendo, foi possível a manutenção do vínculo após a cirurgia à esses serviços, condição que concorre para assegurar bons resultados do procedimento; discurso multiplicado e apoiado por todos os membros da equipe.

O disposto pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP (2007) estabelece a avaliação psicológica como um processo técnico e científico complexo realizado com pessoas ou grupo de pessoas que, de acordo com cada área de conhecimento, requer metodologia específica. É um processo dinâmico, que se constitui em fonte

de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos de diferentes campos de atuação do psicólogo.

O processo de avaliação é capaz de prover informações importantes para o desenvolvimento de hipóteses que levem à compreensão das características psíquicas da pessoa ou de um grupo. Este refere-se a coleta e interpretação de dados que são obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica. A complexidade da tarefa de avaliação exige filiação a certo referencial teórico que guiará a compreensão do fenômeno psíquico e o planejamento da intervenção proposta.

A partir dela, segundo o CFP (2007, p.10), o psicólogo buscará informações que o ajudem a responder questões sobre o funcionamento psicológico das pessoas e suas implicações. Porém, como o comportamento humano é inter-relacional, resultante de uma série de interações, é praticamente impossível entender e considerar todas essas nuances a ponto de prevê-lo deterministicamente.

Néspoli, Novaes e Rosa (2015), ao abordarem a participação de psicólogos na etapa pré-operatória de cirurgia bariátrica, ratificam o disposto pelo CFP ao salientarem a diversidade de modelos avaliativos adotados por psicólogos das diferentes equipes. Para os autores a dificuldade em encontrar uma unicidade está associada à multiplicidade de sujeitos e discursos e, desta forma, à impossibilidade de apreendê-los de forma padronizada. Da mesma maneira, o corpo teórico plural da psicologia ao admitir múltiplos enfoques, fomenta a utilização de técnicas distintas.

Assim, a avaliação psicológica como parte do processo de diagnóstico deve estar presente nas interfaces dos procedimentos clínico e cirúrgico. Porém, para além da avaliação e detecção dos aspectos emocionais descritos como contraindicações ao procedimento bariátrico, o período pré-operatório nessa experiência, como ênfase, passou a ser considerado como um intervalo precioso para a promoção de uma apropriada articulação entre o corpo e o psíquico e a tentativa de implicação do sujeito na sua própria sintomatologia, uma vez que a reprodução de um discurso em consonância aos ditames da medicina é frequentemente observado como característica precípua desses pacientes.

A obesidade é desta forma, descrita pelos pacientes como um desarranjo metabólico. Algo estrangeiro que se instala no corpo. Uma bactéria contraída que precisa de droga muito específica para combatê-la. Tendo já recorrido a

“antibióticos” anteriores, ainda que admitindo que sem os cuidados em ministrá-los corretamente, buscam o que consideram a droga efetiva para eliminar a obesidade, ou seja, a cirurgia bariátrica.

Ao escutar no ambulatório os candidatos a esta intervenção cirúrgica, foi possível destacar a presença de um discurso que unanimemente apontava relatos de múltiplas tentativas prévias de emagrecimento com a utilização de métodos diversos para a ascensão de tal propósito. Dietas de toda ordem, orientadas ou não por profissionais de saúde, médicos e nutricionistas, passando por reeducação alimentar e utilização de fórmulas para emagrecer, associadas ou não a atividades físicas até o recurso daquelas dietas das revistas das bancas de jornais, baseadas em achados com pouco ou nenhum rigor científico e que os expunha a uma prática alimentar de baixo valor nutricional com pobre diversificação do elenco alimentar. Sempre frustrados em seu objetivo de emagrecer e, sobretudo, permanecer magros.

A trivial referência à angústia e ansiedade como justificativa para a obesidade antecipa como o psiquismo está implicado nessa dinâmica e carece de uma abordagem que o abarque e permita sua elaboração. Contudo, para o contexto específico desta pesquisa, conta mais a verificação do sofrimento psíquico que está associado a obesidade e seu exame na fase anterior à cirurgia e no pós operatório do que a investigação da existência ou não de aspectos psíquicos que sejam pertinentes a uma psicodinâmica própria de grandes obesos ou que possam ser descritos como fator patognomônico.

Isto porque, conforme é reiterado, os processos de saúde e adoecimento são influenciados por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Desta maneira, transtornos mentais, como os alimentares, a depressão e a ansiedade, favorecem o desenvolvimento da obesidade, assim como esta aumenta a incidência dos transtornos mentais. Isto aponta de forma decisiva para a fundamental necessidade de que o cuidado efetivo às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a obesidade, seja organizado a partir de modelos que possam abordar também estes aspectos.

Fato destacado por Melca & Fortes (2014) ao sustentarem que o tratamento para ser efetivo necessita ser integral, centrado na pessoa, não organizado ao redor da doença. Este olhar é fundamental no tratamento da obesidade, pois esta se relaciona diretamente a hábitos de vida, estado emocional e nível de estresse,

dependendo de uma transformação do indivíduo e de sua forma de viver para que se alcance a resposta desejada.

A moderna neurobiologia vem clareando os mecanismos daquilo que a experiência clínica há muito já sabia: os transtornos mentais compartilham, além de estruturas, mecanismos fisiopatogênicos com as enfermidades crônicas não transmissíveis. Assim sendo, não se pode mais pensar e agir baseado na velha máxima da formação tradicional biomédica de que a psicogênese só é importante quando todos os possíveis mecanismos biológicos foram excluídos na compreensão da etiologia dos processos de saúde e doença. Toda doença física tem componentes psíquicos e sociais. Toda a ação terapêutica necessita ser integral para que o cuidado seja realmente efetivo (MELCA & FORTES, 2014)

A reincidência na clínica de crônicas de vidas marcadas por histórias de depreciação, vergonha, desamparo e que eram amainadas repetidas vezes pelo ato do comer estimulou o exame do laço estabelecido com a comida bem como a identificação das funções emocionais do comer e alertou para o uso aditivo da comida diante de situações que remetem para sensações de desconforto, muitas vezes inomináveis.

O reconhecimento de que a fase pós-operatória também pode ser um período repleto de angústias e questionamentos para alguns dos pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica e que se não acompanhados adequadamente, leia-se, acompanhamento de uma equipe multiprofissional, são capazes de comprometer o sucesso do procedimento, foi o estímulo para delinear novo olhar sobre a tarefa previamente solicitada, a saber, avaliar os candidatos a cirurgia bariátrica do ponto de vista emocional.

Logo nos primórdios da constituição do trabalho, escutando e observando o retorno dos pacientes ao ambulatório da psicologia após a realização da cirurgia foi possível identificar que a crença inicial de que a cirurgia bariátrica seria uma solução para além da perda de peso, uma saída para incomôdos dos mais diversos que antes eram atribuídos exclusivamente a obesidade, desmontava-se.

Os relatos de conflitos conjugais que se exarcebaram no período pós-operatório, antagonismos de toda ordem, o desafortunado confronto com a vontade de comer mesmo sem a fome que insiste em comparecer, a manifestação de condutas alimentares evitativas e compensatórias ou outros comportamentos ditos inadequados porque trazem consigo consequências adversas, como comprar ou

beber em demasia, são denúncias pertencentes a constelação de narrativas de uma parcela das pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica.

“Percebi que alguma coisa não ia bem quando vi que esperava minha mãe sair para trabalhar e saía logo atrás para o comércio. Se antes eu comia escondido, agora eu compro escondido. Compro todas as miudezas que vejo porque não posso aparecer em casa com um monte de coisas novas... elástico de cabelo, bijuterias, maquiagem... Outro dia, entrei em uma loja e ‘tava’ escolhendo sapatos. Ele me ligou, olhei o celular e reconheci seu número. Ele ‘tava’ viajando a trabalho. Joguei o celular na bolsa e voltei a comprar. Tem alguma coisa que não tá indo bem porque agora tô magra, namorando o cara que sempre quis... mas me sinto tão esquisita...”
(M., 28a. 1a pós cirurgia)

A frequente referência ao uso aditivo ou compulsivo do objeto, quer seja a comida ou outro que se apresente como apaziguador das sensações de desconforto considerado aqui como fato clínico, descortina a imperiosa reflexão a respeito da presença da pulsão no campo analítico e na vida do paciente. Conceito de laboriosa explicação, ressalta-se o quão importante ele é no âmbito deste trabalho, assim como, suas formas de reincidência no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Se ao tomarmos o campo da medicina como eixo paradigmático a cirurgia bariátrica pode ser avaliada como exitosa, dado a diminuição de peso que acarreta inequívoca promoção na qualidade da saúde e vida dos pacientes que se submetem ao procedimento; sob o referencial da psicanálise ao lançarmos foco nas repercussões psíquicas no pós-operatório dessa cirurgia, o cenário não é tão auspicioso. Há um expressivo número de pacientes que cursam no pós-operatório dessa cirurgia com algum grau de sofrimento psíquico, evidenciando uma angústia que antes era atribuída apenas à obesidade.

Assim, tornou-se mister uma pesquisa que tem como objetivo investigar as repercussões psíquicas da cirurgia bariátrica nos pacientes que a ela se submetem. Para isto, estudaremos o corpo obeso no enredo específico da contemporaneidade, verificando o estigma social vinculado a obesidade como potente fomentador do sofrimento psíquico nestes sujeitos que se encontram marginais à norma estetizante do corpo que é atualmente preconizada. Em seguida, abordaremos algumas contribuições da psicanálise ao estudo e ao atendimento clínico de pacientes obesos. Buscaremos igualmente expor a proposta de trabalho realizado no HFSE/RJ, analisando a potencialidade dos grupos operativos como dispositivo de promoção

de saúde mental nos pacientes candidatos e também aos já submetidos à cirurgia bariátrica.

Para tal, desenvolveu-se um estudo teórico do tipo exploratório realizado através de pesquisa bibliográfica apoiada no referencial psicanalítico sobre o tema da obesidade, cirurgia bariátrica, corpo, estigma social e grupo operativo obtidos em livros e artigos científicos. Foram utilizadas vinhetas clínicas ao longo da dissertação como forma de ilustrar a teoria e as observações realizadas com a prática clínica. Desse modo, o trabalho progride pelo viés prática-pesquisa-teorização, estruturado em três capítulos conforme segue.

Inicialmente, consideramos explorar o campo de trabalho ao conceituar e tecer uma visão panorâmica sobre este. Para isto, gênese, organização e rotina do trabalho desenvolvidos no ambulatório do serviço de psicologia do hospital em questão destinado aos pacientes da equipe de CB são objeto de reflexão. Destacamos o liame entre obesidade e transtornos alimentares, apresentando uma revisão de literatura acerca da avaliação psicológica na fase anterior à cirurgia e as recentes recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, em forma de protocolo clínico em psicologia, para orientar os profissionais desta área que atuam no segmento de cirurgia bariátrica.

No segundo capítulo, o corpo é o destaque. Abordamos as diferenças do estatuto do corpo para a medicina e para a psicanálise e promovemos a reflexão acerca do estigma social da obesidade como poderoso agenciador do sofrimento psíquico que estimula algumas pessoas a procurar recursos como o da cirurgia bariátrica.

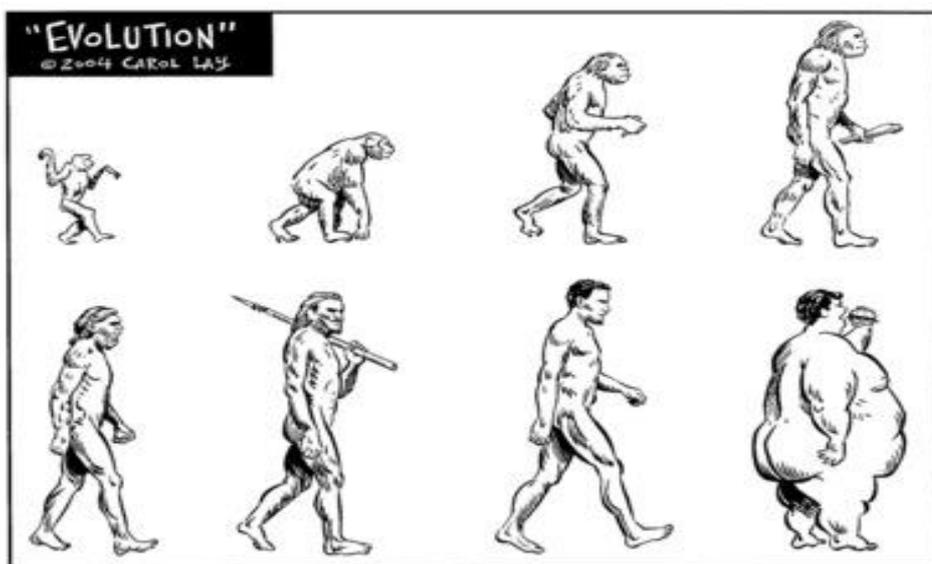
Procuramos destacar e desenvolver, igualmente, o conceito freudiano de pulsão como balizador para a compreensão do corpo em psicanálise. Corpo erógeno imerso no universo das representações.

O desenvolvimento deste capítulo apóia-se em autores da psicanálise, mormente Freud, Abraham e Winnicott e em alguns teóricos da psicanálise contemporânea, como Gurfinkel e Birman. Autores da sociologia e filosofia, como Baurillard, Le Breton, Lasch e Dufour também balizam o exposto neste capítulo.

Por fim, o terceiro eixo considera os diferentes dispositivos de atendimento oferecido aos pacientes que se candidatam e realizam o procedimento. Mormente,

o grupo operativo como dispositivo de promoção de saúde mental ao auxiliar na minimização dos medos básicos e no favorecimento do rompimento dos estereótipos que funcionam como barreira à mudança. O caráter terapêutico no grupo ocasionado pela identificação de seus membros, suporte oferecido, esclarecimento quanto às fantasias relacionadas ao procedimento e pós-operatório e acolhimento de ansiedades e angústias relacionada a todo período pré e pós-operatórios também será abarcado. Refletiremos, igualmente, sobre os atendimentos individuais como espaço privilegiado para a elaboração do sofrimento psíquico. Para o embasamento teórico nos voltamos para as obras de autores como Pichón-Rivière, Mello-Filho e Zimmerman.

Compreender as repercussões psíquicas da CB em pacientes que a ela se submetem constitui-se relevante pois poderá auxiliar psicólogos e demais membros da equipe de saúde a lidar melhor com as vicissitudes emocionais do procedimento possibilitando desenvolver intervenções de cuidado mais eficazes.



Reprinted from The Funny Times / PO Box 18530 / Cleveland Heights, OH 44118
phone: (216) 371-8600 / e-mail: ft@funnytimes.com

I

De que lugar falamos?

La médecine sauve des vies, la psychanalyse des existences.
Elisabeth Roudinesco

1

Reflexões sobre o Campo de Trabalho

Para abordar o trabalho do psicólogo desenvolvido junto à equipe de cirurgia bariátrica do HFSE/RJ proponho preliminarmente contextualizar o campo específico onde as observações que motivaram esta produção puderam ser desenvolvidas.

O HFSE/RJ é um hospital de nível terciário, inaugurado em 1947 e destinado, inicialmente, a servidores públicos federais. Historicamente, é um hospital de referência e excelência constituído por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestantes de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave.

O Serviço de Psicologia Médica do HFSE/RJ fundado em 1976 pelas psicólogas Mariza Campos da Paz e Sara Angela Kislánov, está situado dentro do rol das 45 especialidades entre clínicas, cirúrgicas e serviços de apoio que o hospital dispõe para o atendimento de sua população.

Atualmente é composto por 15 psicólogos, 2 secretárias e é vocacionado para atividades de acompanhamento psicológico à pacientes, famílias e grupos em enfermarias, resposta de parecer e interconsultas com a equipe de saúde e atendimentos ambulatoriais individuais e em grupos. A proposta geral é a promoção de ações transformadoras na assistência hospitalar em busca da saúde no sentido mais amplo.

Em harmonia ao tripé assistência, pesquisa e ensino próprios da psicologia hospitalar, nota-se também intensa atividade de ensino com parcerias realizadas junto à universidades e que possibilitam o treinamento supervisionado de alunos de graduação em psicologia, bem como pesquisas desenvolvidas de acordo com a área de interesse e atuação dos diferentes membros da equipe de psicologia nos serviços onde estão referenciados.

Assim, conforme introdução, em 2011 passei a compor a equipe de cirurgia bariátrica que se organizava neste hospital. A prática de mais de dez anos como psicóloga clínica em hospitais tanto da rede privada quanto pública proporcionaram

a reflexão da especificidade do trabalho do psicólogo dentro da instituição hospitalar. Desta forma, a essa classe profissional cabe, assim como entendo, ocupar-se das representações que o indivíduo tem de sua doença e adoecimento, contemplando os aspectos simbólicos do adoecimento daquele indivíduo do qual tratamos.

Desta maneira, como sublinhado por Romano (1999), a assistência psicológica ao paciente e sua família objetiva implicar o paciente em seu processo de adoecimento, auxiliando-o a apropriar-se de sua doença e comprometendo-o com todo o processo. Tratando-se, seguramente, de uma postura ética que estimula a autonomia, pressuposto bioético básico, destes sujeitos submetidos à ações de uma equipe de saúde (p.30).

A aceção de um lado inconsciente, por vezes ininteligível, que é parte essencial do psiquismo e gerador de conflitos e queixas que podem complicar evoluções ou reduzir a eficácia da terapêutica prevista é de conhecimento amplo de médicos e demais profissionais que compõem uma equipe de saúde. Desta maneira, é sabido que os aspectos psíquicos que permeiam toda e qualquer experiência de um indivíduo podem alterar as reações, modificar a adesão ao tratamento e interferir na tomada de decisões que influenciarão o sucesso de um determinado procedimento médico proposto.

É no campo da compreensão do que não está manifesto, mas que abala a experiência do sujeito diante do processo saúde/doença que vigorará a possibilidade de atuação e contribuição do psicólogo como parte integrante das equipes de saúde.

Novaes (2012) aponta que um dos pilares fundamentais do cuidado integral é a importância do reconhecimento mútuo entre profissionais e destinatários das ações de saúde para a construção de práticas de atenção bem-sucedidas. É no plano do cuidado que a prática e o manejo clínico do sofrimento psíquico dos sujeitos obesos deve ser situado. A autora indica a relevância do suporte acolhedor e lúdico do cuidador para que o outro ganhe autoconfiança e se aproprie criticamente de seus pertencimentos identitários, colocando-se em melhores condições para participar criativamente da construção de alternativas para compreender sua dor, identificar suas vulnerabilidades e superar os obstáculos aos seus projetos de felicidade (p.110-111).

Outro aspecto fundamental, salientado ainda no mesmo artigo por Novaes, diz respeito à mudança de lugar subjetivo alcançado ao proporcionarmos visibilidade, escuta e atenção ao sofrimento dos pacientes. A prevenção é compreendida segundo a premissa de que o melhor conhecimento de si mesmo acarreta, senão o negativo da doença, pelo menos a diminuição do sofrimento a níveis mais toleráveis para o indivíduo. A autora reitera, menor sofrimento psíquico e emocional e também diminuição de riscos e danos, do ponto de vista médico.

Assim, ainda que não possuindo experiência preliminar específica no cenário da intervenção bariátrica, a atividade prévia no campo hospitalar serviu como norteadora para pensar a demanda que fora endereçada pela equipe da cirurgia bariátrica à psicologia, ou seja, a resposta de parecer sobre se do ponto de vista psíquico os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica estariam aptos a serem submetidos a tal procedimento.

Para Lima (1994), na prática diária no âmbito hospitalar o psicólogo pode desempenhar uma diversidade de tarefas que constantemente se sobrepõem e que são classificadas em psicopedagógicas, psicoprofiláticas e psicoterapêuticas.

O preparo emocional para um procedimento cirúrgico pode ser citado como exemplo desta justaposição porque espera-se através dessa intervenção, que pode ser breve e pontual ou atravessar alguns encontros com o paciente, que ele apresente melhores condições de ser submetido a um procedimento médico. Desta forma, informações previamente disponibilizadas podem ser consideradas como fármaco poderoso capaz de minimizar ansiedades e fantasias relacionados a experiência de necessitar de cuidados de uma equipe de saúde.

Em verdade, o acompanhamento psicológico é recomendado nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) no cuidado ao indivíduo que será submetido à cirurgia de redução de estômago. A sugestão é a de que o foco deva ser educativo e preventivo. Porém, educar sujeitos configura em si uma questão que se impõe a prática psicanalítica que anima minha atuação, pois pretende responder um a um os sujeitos, não universalizando suas práticas.

Assim, observamos de um lado, o referencial médico que educa e previne; de outro, a psicanálise em que pesquisa e tratamento coincidem, conforme explicita Freud no artigo de 1912 *“Recomendação aos médicos que exercem a psicanálise”*.

Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se os enfrenta com liberdade, sem quaisquer pressuposições... Não posso aconselhar os meus colegas a tomarem como modelo, durante o tratamento psicanalítico, o cirurgião, que põe de lado todos os sentimentos, ..., e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível. Nas condições atuais, o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica de alcançar, ..., algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas. Isto não apenas o colocará num estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas torna-lo-á impotente contra certas resistências do paciente,...

(FREUD, 1912, p.153)

Anos depois, já em 1926, abordando a questão da análise leiga, Freud reafirma essa ideia ao dizer que existe um laço inseparável entre cura e pesquisa, atribuindo à psicanálise essa peculiaridade de ser o único método no qual investigação e cura coincidem. Para Freud, o trabalho com seus pacientes era, ao mesmo tempo, terapêutico e investigação científica: *"Na psicanálise tem existido desde o início um laço inseparável entre cura e pesquisa"* (FREUD, 1926).

...a psicanálise é diferente da radiologia; os físicos não precisam de uma pessoa doente para estudar as leis dos raios X. Mas a psicanálise não tem outro material senão os processos psíquicos do ser humano, pode ser estudada apenas no ser humano.... subtrair esse material a quem deseja aprender e aplicar a psicanálise significa privá-lo de boa parte de suas possibilidades de formação... Meu pequeno livro sobre a questão da análise leiga procura justamente mostrar que, observando-se determinadas precauções, os dois interesses podem muito bem ser harmonizados, e que tal solução também vai ao encontro do interesse médico, se este é corretamente entendido. (FREUD, 1927, p. 223-24)

O que podemos apreender disso é justamente a resposta um a um a que fazemos referência e as consequências possíveis de serem extraídas de uma teoria que não universaliza, mas se fundamenta na subjetividade de cada um. Assim, a proposta de trabalho é pensar a obesidade para além do paradigma determinista que frequentemente desconsidera aspectos subjetivos da gênese da obesidade.

A rotina ambulatorial ratifica o disposto acima. A obesidade não é um fenômeno idêntico em todos os sujeitos e se coloca na prática clínica de forma

bastante diversificada, demandando lançar no campo da subjetividade as reflexões sobre o tratamento.

Como apontado por Figueiredo e Machado (2000), a psicanálise nos indica que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica. Realidade que inclui o ego-realidade mas também o sintoma. Sua fonte primária é o inconsciente, em sua dimensão desconhecida, que emerge através da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. Ao tratarmos do sofrimento psíquico, fazemos pelo que surge dessa realidade em palavras e ações plenas de sentido. Trata-se da única realidade que diz respeito e que interessa ao sujeito e, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se coloca o mundo e até mesmo se desconhece (p.66 e 67).

Reiteram ainda as mesmas autoras que o psicanalista, operando através da transferência, concepção que marca desde início os instrumentos de diagnóstico e tratamento, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem.

Essa premissa fundamental auxiliou a mudança de foco na direção do trabalho inicialmente proposto e, imersa nessa concepção, o espaço oferecido no ambulatório de psicologia inovou e se afastou da proposta avaliativa originária para o da promoção de um espaço onde os candidatos ao procedimento pudessem elaborar e ressignificar a relação com seus corpos e com a comida.

1.1

Descrição da Rotina – gênese e organização

Fenômeno de análise e de intervenção em diversos campos do conhecimento humano, a obesidade desenvolveu-se de forma célere ao redor do mundo e no âmbito público deixou-se notar, sobretudo, pelas comorbidades a ela associadas que impactam severamente nos gastos com a saúde.

As consequências econômicas da obesidade e doenças associadas não se limitam aos elevados custos médicos, mas incluem também os custos indiretos ou sociais, tais como: diminuição da qualidade de vida, perda de produtividade,

dificuldades de ajuste social, incapacidade com aposentadorias precoces e morte (BAHIA & ARAUJO, 2014).

A mídia eletrônica veiculou estudo internacional conduzido pelo McKinsey Global Institute, reputada consultoria americana sediada em Nova York, que mostra o aumento dos gastos no combate ao problema da obesidade no mundo. Em específico, a obesidade custa ao Brasil 2,4% de seu Produto Interno Bruto (PIB). Isso equivale a cerca de R\$ 5,2 trilhões, segundo a pesquisa (Portal G1, 2014).

O relatório aponta que existe um crescente “pedágio econômico” decorrente da obesidade: os custos financeiros impactam não apenas o setor de saúde pública, mas se distribuem amplamente na economia. Ao provocar doenças, por exemplo, a obesidade diminui os dias úteis e afeta a produção.

Ainda segundo a pesquisa, o custo mundial da obesidade é quase o mesmo de doenças decorrentes do fumo ou perdas em consequência de conflitos armados - e tão relevante quanto o alcoolismo e as mudanças climáticas.

No Brasil, a obesidade é o terceiro de uma lista de problemas de saúde pública que mais pesam na economia, atrás de mortes violentas e alcoolismo, mas na frente de tabagismo. Recente levantamento do M.S. - o VIGITEL, 2014 (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) confirma a disposição mundial e evidencia que a obesidade cresceu no país e atingiu percentual de 17,9% dos brasileiros.

No entanto, quando o recorte é o sobrepeso, os dados são ainda mais significativos. Mais da metade da população brasileira (52,5%) encontra-se acima do peso ideal quando considerado o que é preconizado pela OMS através do IMC (índice de massa corporal) - medida de referência internacional para o cálculo do risco de obesidade (BRASIL, 2014). Estes algarismos colocam o Brasil na 5ª posição dentre as nações com o maior número de obesos, contribuindo para o aumento quantitativo de cirurgias bariátricas em nosso país, que é superado apenas pelos EUA (CAMPOS, 2015).

A cirurgia bariátrica é considerada padrão ouro para o tratamento da obesidade mórbida e é proposta quando as outras alternativas terapêuticas resultaram em insucesso.

Estudos longitudinais demonstram a eficácia da cirurgia bariátrica (RIOS MARTÍNEZ & FUEYO 2012; LASAGNI, 2012; GORDON et al, 2011; ABESO, 2009-10). Taxas glicêmicas que se normalizam, níveis da pressão arterial que retornam a patamares compatíveis com a saúde física, redução de danos osteoarticulares que resultam em maior mobilidade e disposição para as atividades da vida diária são alguns dos efeitos considerados e amplamente exaltados da redução do estômago.

A cirurgia bariátrica no SUS foi regulamentada pela portaria nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, e estabeleceu inicialmente 22 centros de referência no país. Porém, esta portaria, certamente, não contemplava os acontecimentos dos anos que se seguiriam e acabou dimensionando um serviço de referência em cirurgia bariátrica para cada quatro milhões de habitantes. Em 2007, uma nova portaria foi publicada, a de nº 1569 de 28 de junho, instituindo diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Seis anos depois, através da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, do MS, fica determinado, entre outras medidas, os recursos humanos e de infraestrutura para a adequação e cadastro do chamado "Centro de Alta Complexidade para o Atendimento a Pacientes com Obesidade".

É deste cenário muito específico que tratamos ao longo desta produção; um grave problema de saúde pública, que implica em gastos substanciais na esfera do SUS. O programa de cirurgia bariátrica na qual estou vinculada e de onde pude travar contato e lançar olhar sobre a temática aqui exposta, atua em conformidade com as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica do MS (portarias nº 425/MS), que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Ainda de acordo com essa portaria, fica definido como Serviço de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade local que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade.

O tratamento cirúrgico é apenas uma ação dentro de toda linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. É parte do tratamento integral da obesidade, que, prioritariamente, é baseada na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal.

Designa-se cuidado clínico longitudinal aquele que inclui orientação para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na atenção básica e/ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Ressalta-se a necessária compreensão por parte do indivíduo e de seus responsáveis sobre todos os aspectos do tratamento e o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo determinado pela equipe. O candidato à cirurgia bariátrica também deve participar de todas as etapas da programação.

Corroborando a pesquisa, de modo geral, encontram-se já bem estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão de um candidato à cirurgia bariátrica. Constatase que ao aludir aspectos psiquiátricos e emocionais, há relativo consenso na literatura de que não haja contraindicação absoluta para a cirurgia, mas condições que contraindiquem temporariamente o procedimento, para que sejam manejadas e estabilizadas previamente, diminuindo os riscos cirúrgicos.

Sem hesitação, considera-se a avaliação psicológica e psiquiátrica pré-operatória de extrema importância. Delas dependem o diagnóstico e o tratamento de eventuais transtornos psiquiátricos e a abordagem do sofrimento psíquico associado, objetivando assegurar aderência ao tratamento multidisciplinar, melhorar a qualidade de vida e, possivelmente, melhorar o prognóstico pós-cirúrgico.

Como exposto a seguir, transtornos psiquiátricos sem controle ou tratamento, adição à drogas e álcool, pessoas que apresentam déficit cognitivo sem suporte familiar adequado, bem como falta de motivação para o procedimento bariátrico que impossibilite a adesão às instruções dietéticas pré e pós-operatórias são identificadas como condições merecedoras de atenção e de possível exclusão do programa para tratamento e acompanhamento na esfera pertinente. São estas as

diretrizes que norteiam, de modo geral, a legibilidade ou não de um candidato ao procedimento:

Crítérios de Inclusão para Cirurgia Bariátrica
<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) 50 Kg/m²;
<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos com IMC > ou =40 Kg/m² com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.
Os seguintes critérios devem ser observados:
<p>1. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;</p>
<p>2. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área . Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do riscobenefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;</p>
<p>3. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;</p>

<p>4. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).</p>
<p>Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (http://www.scbm.org.br/legislacao.php) referentes às Portarias GM 424 e 425 / 2013 – Ministério da Saúde</p>

Tab.1- Critérios de inclusão para a cirurgia bariátrica

Critérios de Exclusão para Cirurgia Bariátrica	
1.	Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
2.	Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
3.	Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
4.	Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
5.	Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.
<p>Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (http://www.scbm.org.br/legislacao.php) referentes às Portarias GM 424 e 425 / 2013 – Ministério da Saúde</p>	

Tab.2 Critérios de exclusão para cirurgia bariátrica

A Resolução nº 2.131/15 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2016), amplia, entretanto, as comorbidades que poderão ter indicação para a realização da CB. Nota-se, no novo texto, 21 doenças associadas à obesidade que podem levar a uma indicação da cirurgia. Dentre elas, estão agora listadas, depressão e estigmatização social.

O disposto no novo texto do CFM vem ao encontro das observações realizadas no ambulatório do intenso sofrimento psíquico e prejuízo social acarretado pela condição de obesidade e, embora esta não deva ser considerada uma psicopatologia, salvaguardadas as situações nas quais comparece associada à um transtorno alimentar, é inquestionável sua potência como promotora de sofrimento psíquico e de alterações do modo como o sujeito se insere na cultura.

Logo, poderíamos admitir que o emagrecimento ocasionado pela cirurgia bariátrica seria encarado como a derradeira solução apresentada pela medicina para a extinção da infelicidade fomentada pelo excesso de peso. Um elixir poderoso capaz de salvaguardar a pessoa da praga da obesidade e de suas nefastas consequências. Infelicidade que pode ser identificada quer em queixas de ordem psicossomática, quer nos corriqueiros e vastos relatos colhidos no ambulatório de situações onde a discriminação social se faz notar.

Tentei doar sangue para minha irmã... quando eu cheguei, me impediram. Disseram eu não poderia doar porque sou gorda demais. O que eles pensam? Que eu ia entalar na cadeira? Que a cadeira ia quebrar? Gente, virei bicho... É muito sofrimento. Sou olhada igual bicho. (G, 37a)

Nota-se que em anuência com as diretrizes do MS e da SBCBM quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia.

A avaliação para o tratamento cirúrgico da obesidade neste hospital contempla todos os critérios de indicação e contraindicação e é realizada por equipe multiprofissional composta por:

- Cirurgião
- Endocrinologista
- Psicólogo
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Assistente Social
- Equipe de pareceristas (psiquiatra, cardiologista, odontólogo, ginecologista)

Em consonância às diretrizes do SUS, o fluxograma de encaminhamentos obedece, em geral, o seguinte percurso:

1. O candidato à cirurgia bariátrica é encaminhado da rede básica de saúde para o hospital;
2. Passa por avaliação do cirurgião especialista;

3. O cirurgião realiza o encaminhamento para o endocrinologista, para a psicologia, para a nutrição e demais membros da equipe multiprofissional.

Portanto, o indivíduo portador de obesidade grave é encaminhado ao Serviço de Psicologia após avaliação especializada da necessidade de cirurgia e após ter percorrido um percurso na rede básica de saúde.

No ambulatório da psicologia, os candidatos à cirurgia bariátrica são avaliados e acompanhados em sessões individuais e também de grupo durante o pré e pós operatórios. Eles são recebidos, inicialmente, em um dispositivo de acolhimento individual quando é realizada a primeira entrevista. Neste primeiro contato são colhidas informações gerais, tais como: identificação, local de moradia, data de nascimento, idade, grau de escolaridade e profissão. Também são registrados o peso e altura relatados. Estes serão informados a cada mês com o objetivo de indicar a adesão do paciente às orientações que estão sendo passadas pela equipe e a necessária modificação de seu comportamento alimentar. Informações tais como idade do início da obesidade e histórico pessoal também são registrados neste acolhimento.

Solicita-se também no primeiro encontro a escrita de um diário alimentar – automonitoramento - que deverá ser realizado por pelo menos três dias e mais um final de semana. Nele, o candidato ao procedimento fará o registro de tudo o que consumir. Também deverão ser registradas as quantidades que comeu e os horários em que comeu. Neste período, eles são motivados a acessar o que sentem e também realizar esse registro. Este material é compartilhado pela psicologia e pela nutrição e compõe instrumento relevante para que os pacientes possam se auto-monitorarem.

A verificação e identificação de possíveis alterações do humor também são incentivadas objetivando que possam diferenciar quando sentem fome, fisiologicamente falando, e quando sentem vontade de comer.

Apura-se com frequência nesse primeiro contato que esses indivíduos obesos não possuem uma rotina bem estabelecida no que tange aos seus hábitos alimentares. Irregularidade na frequência de alimentação e nos horários, passando muitas vezes por extensas horas em jejum e que segue, invariavelmente, por período de grande ingestão de alimentos, na maioria das vezes com alto índice glicêmico.

Tal comportamento justifica a crença que muitos trazem inicialmente de que não comem ou que não comem uma quantidade que explique a obesidade que possuem. Dentro do escopo da psiquiatria, estes são relatos indicativos de um transtorno alimentar. Assunto que acompanharemos mais adiante.

Há no encontro inicial desses pacientes no serviço de psicologia um marcado viés psicopedagógico. A rotina da equipe segue no sentido de esclarecer os efeitos da irregularidade alimentar para o mau funcionamento metabólico do organismo, enfatizando a importância do estabelecimento de horários periódicos para as refeições associado a escolhas alimentares menos calóricas e mais nutritivas.

O início da realização de atividade física, sempre quando possível e as condições clínicas do paciente permitirem, também é motivado pela equipe. Assim como, orientações sobre a importância da saúde bucal também são necessárias, pois a boa mastigação também é condição sine qua non para o sucesso do procedimento.

Em acordo estabelecido com a equipe, todos os profissionais que a ela pertencem, devem estar aptos para sinalizar a qualquer tempo sobre contra-indicações observadas. Ainda que não pertinentes exatamente a sua seara de conhecimento. A proposta é que o funcionamento da equipe possa estimular o trânsito dos pacientes e possa assegurar, tanto quanto possível, que a cirurgia seja realizada em condições, senão padrão ouro, como utilizado no jargão médico, ao menos o mais próximo a isso.

A manutenção de um espaço individualizado no serviço de psicologia para cada paciente candidato à cirurgia bariátrica é uma aposta na possibilidade de particularizar e subjetivar a história de obesidade de cada um. Assim, durante o acompanhamento, esses pacientes frequentarão além das reuniões de grupo, sessões individuais.

As reuniões de grupo ocorrem semanalmente. São grupos operativos abertos, informativos e que objetivam a troca de experiências e a facilitação de esclarecimentos importantes para o processo. Neste fórum frequentam pessoas que já se submeteram ao procedimento, bem como candidatos à realização.

Ainda que não seja o objetivo precípua, há um forte caráter terapêutico no grupo ocasionado pela identificação de seus membros, pelo suporte oferecido, o esclarecimento quanto às fantasias relacionadas ao procedimento e pós-operatório, da mesma maneira, acolhimento de ansiedades e angústias relacionadas a todo período pré e pós-operatórios.

O grupo foi, portanto, pensado e idealizado nesta experiência como um espaço continente e facilitador da busca por condições melhores para se vivenciar a experiência da cirurgia bariátrica e todo o seu entorno. Retornaremos a questão do uso do grupo como ferramenta nessa experiência em capítulo adiante.

Ainda sobre a fase anterior a cirurgia, é importante a investigação sobre o repertório alimentar do candidato e histórico de tratamentos clínicos e/ou alternativos realizados anteriormente. Apresenta-se também como significativo no campo da psicologia, a análise de antecedentes psiquiátricos, uso de psicotrópicos e outras comorbidades psíquicas e/ou psiquiátricas. Tratamentos anteriores para depressão ou outros transtornos do humor e uso de drogas ou álcool também devem ser apurados.

Eventuais transtornos de humor e quadros compulsivos relativos ao comportamento alimentar ou uso abusivo de substâncias, quando identificados, deverão ser orientados, encaminhados a rede e tratados. Possíveis questões que se coloquem como obstáculo a boa adesão do paciente às modificações necessárias ao estilo de vida deverão também ser abordadas nesse período.

Sob o ponto de vista emocional, configuram-se como contraindicação à realização da cirurgia bariátrica, como já demonstrado, quadros psicóticos graves sem acompanhamento, tentativa recente de suicídio, uso abusivo de álcool ou outra substância e dificuldades cognitivas que comprometam a compreensão e adesão ao tratamento no pós-operatório e que não possuam adequado suporte familiar.

A assistência pós-operatória é garantida pela equipe multiprofissional. E, embora, a premissa do ministério da saúde oriente o acompanhamento pós-operatório por pelo menos 18 meses, há pessoas que continuam frequentando o serviço de psicologia ainda que com frequência irregular há mais de 36 meses.

Nessas situações, os relatos dos pacientes apontam para o sentimento de segurança que sentem naquele espaço hospitalar, que reassegura possibilidade de retorno às orientações, caso flexibilizem demais a direção dada pela equipe.

Em conformidade com o disposto pelo MS, no primeiro mês de pós-operatório, os pacientes retornam para atendimento individual e de grupo na psicologia. A manutenção do espaço individualizado é avaliado no caso a caso. Porém, em geral, nos doze primeiros meses é realizado pelo menos um atendimento individual por mês. Todos são orientados a participarem das sessões de grupo. Neste caso, não são realizadas marcações.

Resumidamente, o protocolo de suporte psicológico ao paciente portador de obesidade grave aplicado neste hospital apresenta-se conforme o quadro abaixo:

Protocolo de suporte psicológico ao portador de obesidade grave candidato à cirurgia bariátrica		
Fase pré-operatória	Acompanhamento individual quinzenal	Participação no grupo de pacientes de cirurgia bariátrica
Fase pós-operatória	Geral: acompanhamento individual mensal do 1º ao 6º mês + 1 sessão individual a cada 3 meses (9º, 12º, 15º e 18º mês) Manutenção de outros modelos de frequência de atendimento a partir da avaliação caso a caso.	Participação no grupo de pacientes de cirurgia bariátrica

Tab.3 Protocolo de atendimento ao candidato à cirurgia bariátrica

Sobre a emissão do parecer psicológico indicando ou não o procedimento cirúrgico, procura-se delinear uma redação mais geral sem trazer dados que configurem sigilo.

Neste parecer além da identificação do paciente é indicado e nomeado a passagem por tratamentos clínicos e/ou alternativos anteriores, dados sobre o comportamento alimentar apresentado, antecedentes psiquiátricos ou comorbidades psíquicas, uso de medicação psiquiátrica ou realização de acompanhamento na saúde mental prévio, histórico familiar de obesidade, expectativas em relação à cirurgia, grau de orientação e entendimento sobre o procedimento e cuidados no pós-operatório e observação sobre sinais psicopatológicos que possam contraindicar o procedimento cirúrgico, caso o paciente os apresente. Ao término da redação ressalta-se, quando se fizer necessário, a necessidade de manutenção do acompanhamento psicológico individual e o motivo da conduta sugerida.

Este laudo é encaminhado para a endocrinologista da equipe que o anexa junto aos demais pareceres em prontuário do paciente. A verificação da regularidade em todas as condições de elegibilidade para o procedimento é de responsabilidade do endocrinologista da equipe que, então, comunica ao cirurgião para que seja realizada a guia de autorização de internação hospitalar e a cirurgia possa, então, ser marcada.

1.2

Algumas Considerações sobre a Obesidade

O fenômeno da obesidade e suas múltiplas facetas constituem um desafio em várias áreas do conhecimento humano. Trata-se sem dúvida de um problema bastante atual que polariza a atenção de muitos profissionais. Médicos de diferentes especialidades, psicanalistas, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, sociólogos, legisladores, entre outros, dedicam-se a pensar sobre o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, suas consequências e implicações.

Historicamente considerada de forma positiva, associada a riqueza e saúde, na atualidade a obesidade está mais próxima da falta de recursos e ao adoecimento,

que pode se manifestar em qualquer faixa etária e classe socioeconômica (NOVAES & BARROS, 2013).

Ela é reconhecida na atualidade como uma pandemia e, por seus riscos associados, é responsável por severas consequências no âmbito da saúde pública. Sua prevalência tem aumentado em todas as faixas etárias e estima-se que 2 a 8% do total de gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo sejam destinados à ela. Além de custos indiretos relacionados a afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadoria precoce (ABESO, 2009; FANDIÑO et al, 2004; COUTINHO & PÓVOA, 2002).

No cenário nacional, estudos prospectivos apontam o Brasil como o quinto país do mundo a apresentar em sua população problemas de obesidade em 2025 (ROMERO & ZANESCO, 2006).

Ademais, o levantamento anual realizado pelo MS (VIGITEL2014) aponta aumento expressivo da obesidade entre os brasileiros, acarretando consideráveis custos em tratamentos para seu combate e com consultas médicas no Brasil. Dado sui generis em um país que ainda empenha-se para erradicar a miséria e a desnutrição em sua população.

Há um paradoxo onde a desnutrição e a obesidade convivem lado a lado como importantes questões no âmbito das políticas públicas desafiando pesquisadores a buscar soluções viáveis para as duas realidades.

Berg (2011) afirma que a obesidade tem se tornado uma patologia de interesse particular nos dias de hoje porque representa o oposto da imagem de corpo perfeito, contrapondo-se ao ideal de alimentação saudável. A autora relata que no Brasil, a obesidade aumentou 70% entre 1975 e 1989, o que sugere que essa enfermidade está se tornando, aos poucos, um problema mais grave que a fome (p.184).

Já em uma perspectiva mais global, a OMS revela que o número de obesos entre 1995 e 2000 passou de 200 para 300 milhões, perfazendo quase 15% da população mundial (DÂMASO, 2003).

Análises epidemiológicas em populações latino-americanas apresentam dados preocupantes que fortalecem os dados evidenciados por Berg. À medida que

se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais frequente e mais grave que a desnutrição.

Esse fenômeno de transição nutricional sugere que por falta de acompanhamento e informação as pessoas estão passando da desnutrição para a obesidade, sobrecarregando o sistema único de saúde com uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas a obesidade, como diabetes tipo 2, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. É provável que 200.000 pessoas morram anualmente na América Latina em decorrência dessas complicações (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003; BERG, 2011; COUTINHO, 1999).

Esses achados corroboram a perspectiva da OMS (2009) que projeta panorama de uma população de 700 milhões de obesos e 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso no mundo inteiro em 2015, caracterizando uma pandemia e impactando severamente nos gastos com a saúde pública.

À medida que os índices de obesidade aumentam mundialmente, os profissionais da área médica, incluindo os profissionais ligados à saúde mental, são convocados para tratar esses pacientes. O que torna fundamental que todos os profissionais envolvidos nos cuidados e tratamento do indivíduo obeso tenham condições de entender a natureza da obesidade, bem como seu relacionamento com o funcionamento mental (DOBROW et al, 2002).

O IMC é uma medida de referência internacional reconhecido pela OMS utilizada para o cálculo do risco de obesidade. Ele é determinado dividindo-se o peso do indivíduo (massa) pela altura ao quadrado. Assim, de acordo com a tabela abaixo, podemos classificar a normalidade quando o indivíduo apresenta um IMC com resultados entre 18.5 e 24.9 kg/m², o sobrepeso o IMC entre 25.0 e 29.9 kg/m², obeso grau I aquele que possui o IMC entre 30,0 a 34,9 kg/m², obeso grau II quando IMC apresenta-se entre 35,0 a 39,9 kg/m² e o obeso grau III aquele que possui IMC igual ou superior a 40,0 kg/m².

A tabela do IMC contempla ainda outras duas categorias. A de pessoas que estão abaixo do peso classificado como normal, ou seja um peso igual ou inferior a

18.4 kg/m². E, também, os super obesos que são pessoas que possuem um IMC superior a 50 kg/m².

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m²)
ABAIXO DO NORMAL	≤ a 18.4
NORMALIDADE	Entre 18.5 e 24.9 kg/m ²
SOBREPESO	25.0 e 29.9 kg/m ²
OBESIDADE GRAU I	Entre 30.0 e 34.9 kg/m ²
OBESIDADE GRAU II	Entre 35.0 e 39.9 kg/m ²
OBESIDADE GRAU III	≥ a 40.0 kg/m ²
SUPEROBESIDADE	> 50

Tab.4 Tabela de classificação da obesidade

Ao destacar os riscos de comorbidades associadas à obesidade, as diretrizes brasileiras de obesidade propostas pela ABESO (2009-10) - preconizam risco moderado no obeso grau I, risco grave no obeso grau II e risco muito grave no obeso grau III, que é também nomeado “obesidade mórbida” por seu risco de morbimortalidade.

A obesidade tem etiopatogenia multidimensional resultando da interação de diversos fatores que congregam os genéticos, metabólicos, neuro-endócrinos, sócio-culturais, estilo de vida e psicológicos. Pode, dessa forma, ter determinação genética com fatores endocrinológicos e metabólicos envolvidos, como também ser influenciada por fatores externos, sejam eles de origem dietética, comportamental ou ambiental.

A problematização dos fatores que estariam contribuindo para a escalada vertiginosa da obesidade em diferentes populações, incluindo países industrializados e economias em transição, introduz o necessário questionamento sobre os fatores que estariam determinando esta epidemia.

Coutinho (1999), médico endocrinologista com reconhecida atuação em áreas de pesquisa sobre a obesidade e tratamento cirurgico da obesidade, contribui

considerando que o patrimônio genético da espécie humana não pode ter sofrido mudanças importantes em um intervalo de poucas décadas, atribuindo aos fatores ambientais a explicação desta epidemia. Segundo Coutinho, estima-se que os fatores genéticos possam responder por 24% a 40% da variância no IMC. Acredita-se, no entanto, que as mudanças de comportamento alimentar e os hábitos de vida sedentários atuando sobre genes de susceptibilidade sejam o determinante principal do crescimento da obesidade no mundo. Desta forma, é provável que a obesidade surja como a resultante de fatores poligênicos complexos e um ambiente obesogênico.

A ABESO e a Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO) esclarecem que a obesidade não pode ser considerada uma doença mental e que os aspectos hereditários, metabólicos, ambientais, comportamentais e psicológicos interagem para seu desenvolvimento de uma maneira ainda não totalmente compreendida pela ciência. No entanto, enfatizam que ela pode acarretar inúmeras complicações psicológicas e psiquiátricas, não havendo característica de personalidade, psicológica, intelectual ou outra nesse campo que se apresente como sinal patognomônico.

As perturbações da esfera emocional frequentemente são descritas como precipitantes de episódios de hiperfagia, em um fenômeno descrito como “obesidade reativa”. Em pessoas deprimidas ou que apresentem algum outro tipo de privação emocional, a hiperfagia pode exercer um papel compensatório que favorece o aumento do peso. A psicopatologia que, por ventura, possa acompanhar a obesidade não deve ser considerada necessariamente como sua causa primeira, porém tratar esse aspecto é fundamental no cuidado global, uma vez que pode interferir no manejo do paciente obeso (FLASO, 1999).

Outrossim, Romero & Zanesco (2006) descreveram os fatores externos como mais relevantes na incidência de obesidade quando comparados aos fatores genéticos porque a vulnerabilidade genética a obesidade pode expressar-se em maior ou menor grau dependendo das condições ambientais que se apresentem. Para os autores, o peso é o resultado de um processo acumulativo da interação de fatores diferentes. A probabilidade de problemas de sobrepeso e obesidade surgir está condicionada ao grau de suscetibilidade que indivíduos possuam e sua

exposição contínua a fatores de risco como, por exemplo, alimentação hipercalórica e sedentarismo.

Como a obesidade é uma condição médica crônica de etiologia complexa e multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens. Tradicionalmente, ela é tratada por programas que envolvem dietas, exercícios, orientações comportamentais e psicológicas, além da utilização de drogas para diminuição do apetite. Porém, não existe nenhum tratamento farmacológico que não envolva mudança de estilo de vida (ABESO, 2009-10, p. 27).

Contudo, como a manutenção do peso está diretamente relacionado com a mudança de hábitos, vários pacientes podem não responder a esses tratamentos de maneira eficaz, tornando a manutenção dos resultados a longo prazo tarefa infecunda.

Diversos estudos indicam que a obesidade mórbida é uma doença crônica que está relacionada ao declínio da qualidade de vida, a alta incidência de comorbidades, diminuição de expectativa de vida e resultados positivos pouco expressivos a tratamentos não invasivos. O tratamento da obesidade mórbida utilizando métodos convencionais tem resultados pouco efetivos. A cirurgia bariátrica é uma alternativa terapêutica para essas pessoas que permitirá o controle do peso, assim como, prevenção das comorbidades associadas (LASAGNI, 2012; FANDIÑO et al, 2004; SEGAL & FANDIÑO, 2002; COUTINHO, 1999).

Nas últimas décadas, diversos estudos longitudinais tem demonstrado a eficácia da cirurgia bariátrica no controle de peso em longo prazo e na redução da mortalidade resultante de complicações clínicas associadas à obesidade. Espera-se com a intervenção cirúrgica a perda do peso e a não recuperação deste (RIOS MARTÍNEZ, 2012; LASAGNI, 2012; GORDON et al, 2011; ABESO, 2009-10).

A cirurgia bariátrica ou redução do estômago como é trivialmente conhecida, reúne técnicas respaldadas cientificamente destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele (*informação disponibilizada no site da SBCBM – www.sbcm.org.br*).

O tratamento cirúrgico é apenas uma ação dentro de toda linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. É parte do tratamento integral da

obesidade, que prioritariamente, é baseada na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme orientação da portaria nº 424 /2013 do MS, que dispõe sobre as diretrizes para o tratamento cirúrgico da obesidade.

A indicação da cirurgia bariátrica, como visto, obedece a critérios relacionados ao aumento do índice de massa corporal, a presença de comorbidades que representem significativo agravo à saúde e histórico de insucessos no tratamento longitudinal.

Ela tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. Por isso, a indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais. Entretanto, sua proposta baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente.

O tratamento cirúrgico está indicado para pacientes com obesidade mórbida ou naqueles com obesidade grau II acompanhada de comorbidade associada e de risco, que apresentaram histórico de resistência aos tratamentos conservadores (dietoterapia, tratamento farmacológico e atividade física) realizados regularmente por pelo menos dois anos, mais motivação, aceitação e conhecimento sobre os riscos da cirurgia e ausência de contraindicações clínicas, psiquiátricas ou sociais.

Além da perda de peso e remissão das doenças associadas à obesidade, espera-se com a realização da cirurgia diminuição dos riscos de mortalidade, aumento da longevidade e melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

Conforme estabelecido no I Consenso Latino Americano Sobre o Manejo Psicológico em Cirurgia Bariátrica (1999) a limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado, quadro de transtornos psiquiátricos não controlados, incluindo psicoses e dependência de álcool ou outras drogas, assim como a falta de motivação para ser submetido ao procedimento e cooperação com o tratamento pós-cirúrgico, são evidenciados como contraindicações psicológicas para a realização do procedimento bariátrico.

Uma dinâmica familiar disfuncional, tentativas de suicídio, história prévia de uso frequente de álcool e/ou outras drogas ou a consideração da cirurgia como uma solução mágica para problemas também são consideradas contraindicações à realização da cirurgia. A verificação de qualquer dessas contraindicações elencadas

acima sugerem que o candidato à bariátrica seja submetido a tratamento psicoterápico e/ou farmacológico.

Ainda assim, comparecerá sempre a necessidade de valorar em equipe multidisciplinar e a luz da gravidade clínica do paciente os benefícios aguardados pelo procedimento para a decisão de se e quando operar.

Salienta-se que em anuência com as diretrizes do MS e da SBCBM quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia.

Ainda que não seja possível correlacionar obesidade e aumento da morbidade psiquiátrica ou classificá-la como um transtorno alimentar, nota-se nas pessoas obesas que procuram tratamento, um aumento da prevalência de sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos, alterações do comportamento alimentar e maior vulnerabilidade aos preconceitos sociais que apontam para a inquestionável relação entre obesidade e sofrimento psíquico. (GORDON et al., 2011; FANDIÑO et al., 2004; SEGAL&FANDIÑO, 2002).

Rios Martinez & Fueyo (2012) destacam que 20 a 60% dos pacientes que estão inscritos em programas de cirurgia bariátrica apresentam quadros psiquiátricos. Sendo os transtornos do humor e os transtornos do comportamento alimentar os diagnósticos mais frequentemente observados nessa população. Os dados demonstram também que, quanto maior o nível de obesidade, mais exacerbados são os sintomas psicológicos. Desta forma, podemos compreender que embora a obesidade não possa ser considerada como uma psicopatologia, ela pode sim ser designada como um condição (psico) patológica devido a sua grande prevalência e expansão no mundo contemporâneo como algo que afeta o sujeito.

1.3

Quando Comer Vira Doença - Intercessões Entre A Obesidade e os Transtornos Alimentares

Conforme a obesidade foi se tornando um problema de saúde pública, a produção científica que versa a respeito foi se tornando também mais expressiva. Do lugar de falha moral e um problema que deve ser admitido sob o controle volitivo para o de sua consideração levando em conta aspectos da genética e vulnerabilidade às condições ambientais, são diversas as publicações disponíveis.

Destacamos os esforços dentro do campo epistemológico da psiquiatria na compreensão se a obesidade se constitui ou não um transtorno alimentar, ou seja, se existe algo patológico no comportamento alimentar dos indivíduos obesos.

No passado, a obesidade mesma era considerada um transtorno alimentar. No entanto, há pessoas que são obesas por distúrbios metabólicos ou que comem excessivamente mas permanecem magras porque adotam algum tipo de conduta purgativa. Há também os que comem em exagero e não engordam.

Dentro dessa perspectiva, atualmente entende-se que pessoas obesas tem uma maior ingesta de comida quando comparadas a pessoas com IMC normal. Porém, essa quantidade ingerida é proporcional à sua maior massa corporal magra. Assim, os indivíduos obesos parecem comer de acordo às suas maiores dimensões corporais.

Portanto, a obesidade só deve ser considerada como um transtorno alimentar quando associada a algum outro transtorno alimentar como, por exemplo, o transtorno da compulsão alimentar, o transtorno da compulsão alimentar periódica ou a síndrome do comer noturno.

Dentro do espectro dos transtornos alimentares distingui-se a bulimia, a anorexia, o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a síndrome do comer noturno (SNC) (DOBROW, 2002). No entanto, em consonância com esse estudo e dentro da temática da obesidade, os dois últimos serão enfatizados, uma vez que ambos são mais prevalentes entre pessoas obesas e super obesas do que entre pessoas com peso normal.

Muito embora nem todos os pacientes que apresentem TCAP sejam obesos, grande parte deles evidenciam problemas de controle do peso corporal. Sem dúvidas, o TCAP tem sido descrito como um fator comumente ligado ao ganho de peso em obesos mórbidos. A maioria apresenta história de repetidas tentativas de fazer dietas e referem muita ansiedade diante da dificuldade de controle da ingestão de alimentos.

Assim, também as pessoas que apresentam transtorno do comer compulsivo têm ataques bulímicos repetidos, mas não evidenciam as medidas patológicas de controle de peso que os pacientes com bulimia nervosa utilizam, como os

comportamentos compensatórios (vômitos, abuso de laxativos, exercício excessivo) que sucedem o episódio bulímico (FAIRBURN, 1995).

Em conformidade com os novos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o TCAP é evidenciado na ocorrência de episódios recorrentes de binge-eating, que caracteriza ingestão em grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou quanto come, uma vez por semana, com evolução de pelo menos três meses. Os binges causam sentimentos de angústia, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Exclui-se bulimia nervosa (BN) quando não acompanhados de comportamentos compensatórios extremos de perda de peso.

Nessa categoria diagnóstica também observa-se maior ingestão calórica dentro e fora dos binges quando comparados a obesos não-TCAP e maior incidência do comer emocional. Estima-se que 25 a 30% dos pacientes obesos tem TCAP e que 27 a 47% dos pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica tenham esse transtorno (WADDEN & SARWER, 2006; WADDEN & STUNKARD, 1993).

Em contraposição a BN, onde a compulsão é claramente finalizada por algum comportamento purgativo, o TCAP não apresenta essa lógica. A distinção com a BN também pode ser realizada com a verificação de que no TCAP o IMC costuma ser superior do que nos portadores de BN, que revelam ocorrência de dietas mais restritivas e perda de peso, enquanto que os comportamentos do TCAP são mais variáveis (AZEVEDO & FONSECA, 2004).

Dentro do TCAP há uma alta prevalência de comorbidez psiquiátrica. No entanto, não há evidência de que ele interfira na evolução pós-operatória de cirurgia bariátrica quando detectado e tratado no período de preparo para a intervenção cirúrgica.

Já a síndrome do comer noturno (SCN) caracteriza-se pela ocorrência de apresentam grande ingesta alimentar, três ou mais vezes por semana. Pesquisas apontam que a SCN está associado à obesidade, depressão, baixa auto-estima e diminuição da fome diurna em pacientes ambulatoriais obesos. Além disso, é observado que pacientes ambulatoriais obesos com SCN apresentam menor êxito nos programas de redução de peso do que seus equivalentes obesos sem a SCN (DOBROW, 2002).

Ademais, o estudo realizado por Lundgren (2010) mostra que 30.6% dos pacientes que foram diagnosticados com a SCN apresentam uso regular de substâncias psicotrópicas. Número quase 4 vezes maior do que o de pacientes obesos que não apresentam a síndrome. De acordo com esse mesmo estudo, pacientes psiquiátricos obesos possuem 5 vezes maior ocorrência de SCN do que pacientes psiquiátricos não-obesos. A pesquisa sugere que pessoas que estão ou possuem condição de risco psiquiátrico apresentam probabilidade aumentada de transtorno da compulsão alimentar ou síndrome do comer noturno quando comparados com a população em geral.

A pesquisa de transtornos alimentares no pré operatório de cirurgia bariátrica é de fundamental relevância, mais para assegurar aderência ao tratamento multidisciplinar, melhoria da qualidade de vida e a possível melhoria do prognóstico pós-cirúrgico do que para apoiar uma restrição a ela. Sublinha-se o consenso na literatura de que não haja contraindicação psiquiátrica absoluta ao procedimento bariátrico e que sua constatação demandará maiores cuidados aos pacientes que ela possui, principalmente no período pós-cirúrgico.

A dinâmica emocional do obeso é descrita como fator de risco para a compulsão alimentar, de modo que contribui para desencadear o ato compulsivo. No Brasil, entre os portadores de obesidade que realizam a cirurgia bariátrica a prevalência de TCA é de 27% a 47%, porém esta dimensão pode variar, em parte, devido às dificuldades diagnósticas. Por ser um complicador no pós-operatório, Oliveira & Yoshida (apud VENZON & ALCHIERI, 2014, p. 243) afirmam que a compulsão alimentar deve ser bem avaliada no pré-operatório, e quando detectada deve alterar o planejamento terapêutico pré e pós-cirúrgicos visando focar seu tratamento para otimizar e manter os resultados obtidos com o procedimento bariátrico.

Machado et al. (2008) em estudo realizado sobre compulsão alimentar antes e depois do tratamento cirúrgico para redução do estômago, afirmam que pacientes que apresentam compulsão alimentar têm maior frequência de recaídas após o tratamento para a perda de peso, maior comorbidades como depressão, abuso de álcool e drogas, transtornos de personalidade e insatisfação com a imagem corporal quando comparados com obesos sem TCA (p.185).

Ainda segundo Machado et al., a limitação imposta pela cirurgia de redução do estômago, onde cria-se um componente restritivo, pode representar grande risco

aos pacientes compulsivos, justamente pela limitação imposta pela operação, tornando-se difícil a adaptação à nova condição alimentar.

Atestam os autores que os pacientes portadores de obesidade mórbida que apresentaram compulsão diferiram em vários aspectos dos não compulsivos. Também demonstraram que a operação como recurso de tratamento para estes pacientes, influencia diferentemente na sua evolução.

Os dados de sua pesquisa apuraram os índices de compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica utilizando a técnica Fobi-Capella¹ em seguimento de pelo menos dois anos e demonstraram que os pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos à cirurgia bariátrica apresentaram indícios de compulsão alimentar antes e após a operação.

Ela está relacionada a aspectos psicológicos como dificuldade em organizar emoções, ansiedade, depressão e estrutura emocional prejudicada. Segundo os achados, características de impulsividade, controle, rigidez e instabilidade emocional também contribuem para a manifestação de episódios compulsivos.

Os hábitos e preferências alimentares modificaram-se após a operação, de modo que os pacientes passaram a consumir alimentos de fácil ingestão frente a situações que os faziam comer compulsivamente, não sendo observado trocas de compulsão. O comportamento alimentar inadequado, portanto, persiste ou é agravado após a operação.

Concluíram a íntima relação entre a necessidade de comer e a dificuldade em lidar com os conflitos de maneira simbólica, considerando a obesidade necessária à manutenção do equilíbrio, cuja ruptura pode predispor transtornos psiquiátricos graves.

Bassan, et al. (in VEZON & ALCHIERI, 2014, p.241), realizaram uma pesquisa com 80 pacientes que realizaram cirurgia bariátrica após dois anos do procedimento. Constataram, então, 23% de reganho de peso na amostra. Estes resultados indicaram associação positiva entre aumento de peso e descuido alimentar, não inserção de atividade física na rotina dos pacientes no período pós-operatório e abandono de acompanhamento psicológico.

¹ Técnica cirúrgica padrão ouro atual para cirurgia bariátrica (SBCBM). Conhecida também como derivação em Y de Roux. Um dos procedimentos para a perda de peso mais realizados no Brasil.

Esses dados representam a maioria das pesquisas disponíveis acerca dos resultados de cirurgia bariátrica em estudos de seguimento. A cirurgia é considerada frustrada quando a perda é menor que 50% do peso excedente inicial ou o reganho é de mais que 10% do peso perdido com a cirurgia. As causas do elevado percentual de “fracasso” do tratamento cirúrgico em longo prazo apontada pelos dados apresentados pelas autoras ainda não são claras, necessitando de mais estudos que envolvam os diferentes aspectos relacionados à obesidade, incluindo os aspectos psíquicos, foco deste estudo.

A cada vez mais expressiva indicação médica de cirurgia bariátrica entre a população para o tratamento da obesidade insere a necessidade de pensar categorias que antes poderiam ser compreendidas em oposição a obesidade mórbida, como é o caso da anorexia nervosa e da bulimia nervosa.

Cordás (2004) alerta para o seguimento pós-operatório e o risco de desenvolvimento de um transtorno alimentar. Os autores sustentam que na avaliação pré-cirúrgica, a prevalência do TCAP é maior entre os obesos mórbidos e que esse transtorno pode permanecer ativo comprometendo, assim, o resultado pós-cirúrgico. Ainda colaboram afirmando que a imagem corporal, que sofrerá modificações após o procedimento cirúrgico, pode estar distorcida nesses pacientes, sendo outro fator de preocupação por parte do avaliador. A presença da distorção da imagem corporal aumenta o risco de transtornos alimentares no pós-operatório, pois há a permanência da preocupação excessiva com a perda de peso.

Uma paciente acompanhada no ambulatório da psicologia evoluiu no segmento pós-operatório com diferentes e severos comprometimentos de seus exames laboratoriais. Observava a contínua investida da equipe médica para a reposição das diferentes substâncias e correção dos exames dessa paciente e, embora já conseguido alcançar a meta de perda de peso estipulada, admitiu, no atendimento da psicologia, o uso de termogênicos e diuréticos. A princípio como forma de “agilizar” seu processo de perda de peso. Logo em seguida, para garantir seu acesso ao padrão contumaz de se relacionar com a comida, ou seja vorazmente. O que seguiu foram episódios bulímicos que exigiram manejo diferenciado e intensificado a paciente.

Cordás (2004) reitera nesse mesmo estudo que ainda que a cirurgia bariátrica seja considerada exitosa para a redução de peso, ela não garante a remissão do comportamento alimentar alterado prévio. Observa-se uma melhora do

comportamento alimentar precocemente após a cirurgia, mas o retorno dos transtornos alimentares em pacientes submetidos à redução do estômago em um seguimento de até três anos levam a um reganho de peso rápido, geralmente dois anos após o procedimento.

Os autores ainda afirmam que a partir de uma anamnese pré-operatória, a presença de um transtorno alimentar deve, de forma mandatória, conduzir a um acompanhamento pela psiquiatria no pós-operatório para a detecção precoce de um agravamento do mesmo. Os autores descrevem que há a prevalência aumentada de transtornos alimentares em obeso grau III e, na presença deles, risco de complicações quatro vezes maior e, ainda que não seja possível a previsão da ocorrência de transtornos alimentares ou outros transtornos de ordem psiquiátrica no pós-operatório, a observação de tais patologias no período anterior a cirurgia deve advertir para maior observação do paciente no período após o procedimento cirúrgico.

Conquanto, os transtornos alimentares prévios tendem a sofrer uma parada momentânea ou alteração em sua manifestação depois da cirurgia. Os pacientes podem, por exemplo, substituir os ataques compulsivos ou binge eatings por episódios de grazing, que são descritos como o comportamento de beliscar ao longo do dia.

Ressalta-se que o padrão alimentar desordenado é a tônica repetida após o procedimento e pode complicar a condição clínica do paciente e, a longo prazo, facilitar o reganho de peso.

Em outro estudo acerca da prevalência dos transtornos alimentares no período após a cirurgia bariátrica, Peixoto e Ganen (2010) pesquisaram 30 pacientes, de ambos os sexos, onde 93,34% eram do sexo feminino e 6,66% do sexo masculino. Neste universo, 26 pacientes apresentaram perfil para anorexia nervosa com intensa preocupação com o peso corporal, medo intenso de engordar, relatando preocupação na quantidade de calorias dos alimentos consumidos, relatos de sentimentos de culpa ao comer, entre outros. Dentre os quais 83,33% deles eram do sexo feminino.

O estudo realizado por Peixoto e Ganen confirma os demais estudos a respeito da correlação positiva entre transtornos alimentares e pós-operatório de cirurgia bariátrica. A pesquisa destes autores certifica que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem apresentar transtornos alimentares, pois a alteração

exigida do comportamento alimentar após o ato cirúrgico interfere diretamente no aspecto psicológico do paciente, mesmo porque pessoas obesas tendem a apresentar depressão, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal e também sofrem com o preconceito social. Tais fatores associados podem levar a uma psicopatologia.

Desse modo, concluem os autores, é importante encorajar o acompanhamento psicológico e nutricional antes e após a cirurgia bariátrica, oferecendo tratamento psicoterápico, pois o corpo sofre mudanças físicas, mas a parte psíquica continua com a mente de um obeso, o que os levam as alterações alimentares e comportamentais.

Lazzarini et al (2013) acerca da expressiva quantidade de casos transtornos alimentares na atualidade reiteram a importância da articulação entre o fenômeno clínico e os aspectos culturais.

Para as autoras, o manejo clínico desses pacientes requer uma diversidade daquele da neurose clássica freudiana, por apresentar diferenças em seu funcionamento psíquico e na constelação de seus sintomas. Considerando que a clínica freudiana foi construída e estruturada tomando por fundamento a estrutura da neurose, e a castração como mecanismo de referência, os desafios trazidos à clínica psicanalítica pelas novas modalidades de mal-estar dizem respeito, à novidade das formas clínicas destes casos, tendo em vista a sua inserção em outro momento histórico e cultural que ainda não é findo (p.73). Assim, a constituição da clínica psicanalítica estará sempre vinculada ao modo como a subjetividade dos pacientes articulam-se às estruturas sociais e culturais dialeticamente.

Apoiadas na teorização de Anzieu, as autoras referem que uma vez que a cultura atual favorece as satisfações das tendências narcisistas do sujeito, a repressão agora não será um princípio regulador social. O limite que poderia ser colocado pela vivência edípica e estrutural e que promoveria um corte às demandas narcísicas, aqui nestes casos ditos atuais, a vivência edípica não vigora. O sujeito produz os sintomas comuns à atualidade, sintomas que, se por um lado, permitem a idealização e adoração do corpo, os esforços na tentativa de manter-se jovem e a falta de barreiras à intimidade, por outro também estimulam a depressão, a dependência química e a ausência do estabelecimento de vínculos. Deste modo, o mito atual do corpo é construído por uma concepção de bem-estar como produto de uma ciência e de uma técnica que visam promover o apagamento das limitações do sujeito.

Estes elementos reforçam a idéia de que o acompanhamento no período pós cirúrgico é tão importante quanto no pré-operatório. No entanto, constatamos uma menor valorização deste acompanhamento no período posterior ao procedimento por alguns dos pacientes que ainda consideram que o trabalho é findo com a realização da cirurgia.

1.4

Ainda sobre o Pré-operatório – Avaliar ou Resignificar?

O exposto até aqui aponta para a vocação do trabalho da psicologia no referido ambulatório de cirurgia bariátrica. Muito mais do que avaliar as condições do paciente candidato, a proposição é de refletir sobre os vínculos estabelecidos com a comida e o comportamento alimentar.

Rocha, Vilhena e Novaes (2009) afirmam que em uma sociedade em que o mote é o prazer, é de extrema importância pensar o laço do obeso mórbido com a comida, com o seu desejo e com a falta inerente a todo sujeito. Esta é uma reflexão que objetiva a possibilidade de resignificação de seu corpo. Do corpo obeso marcado pelo desprezo e olhares de hostilidade e discriminação para um corpo que desperta o olhar do outro, do social, admirado. Antes um amontoado de gordura disforme para então, apenas após o emagrecimento que a cirurgia bariátrica oportuniza, um corpo pulsional. Daí, a metáfora do renascimento que muitos pacientes fazem referência.

Meu sofrimento vem desde que botei o pé na Terra. Minha mãe foi “voar” e eu fiquei com o peso. Minha avó era obesa. Mais que eu. Assim ó, gordona. E eu que tive que cuidar dela. Saí do colégio na quarta série para cuidar dela. Me perdi com 15 anos e engravidei. Casei... Tudo que fiz foi cuidar. Primeiro da minha vó, depois das minhas filhas. Tenho três... Vivi minha vida para elas e elas só me deram desgosto. Eu não me conformo.... agora uma resolveu ser sapatão. A mais nova engravidou para sair de casa. Foi morar com o namorado. Não acreditei... Lá na minha casa falta as coisas, eu sei... Ela preferiu a casa arrumada. Sempre olhei por elas. Esse foi meu mal. Todo mundo diz isso. Se tivesse deixado elas “ir” para o baile funk... A minha do meio diz que só faço elas “passar” vergonha. Mas, não é isso não dra. Deixei ela ir “pra” praia pela primeira vez sozinha com as “colega” quando ela tinha 17 anos. Depois ela veio me mostrar que às 10h da manhã, tinha 57 ligações no celular dela. Mas, ela não atendeu. Se tivesse atendido, eu parava... eu cansei dra. Acho que agora tenho que tentar cuidar de mim. (W.L. 42 anos – primeira entrevista pré operatória).

Essa paciente traz seu peso. O excesso que escapa a sua possibilidade representacional e que fica traduzido na voracidade das relações que trava com o mundo. “Ficar com o peso” foi atribuído inicialmente a responsabilidade de ter que cuidar da avó, obesa mórbida, ainda em um tempo onde era ela que deveria estar sendo cuidada. Em seguida, “ficar com peso” ganha novos contornos. Inspirados na demanda pela cirurgia bariátrica e pelo novo corpo que anseia, símbolo da guinada em sua vida, o peso que carregava vira a marca do abandono que comparece na relação hiperprotetora que estabelece com suas filhas. Sente-se mais uma vez abandonada. Não amada. Quer, agora, dar fim a esse peso. Um trabalho contíguo com a cirurgia, certamente. Mas que se estenderá, também por certo, para além dos domínios de uma avaliação crua.

Ressalta-se, não ignorando o lado constitucional, a proposta de compreensão da obesidade inserida na biografia do indivíduo que a possui. Esta destacada posição confere segundo o psicanalista A. Kahtalian (1992), singularidade ao fenômeno ao conceber a quantidade de tecido adiposo como testemunha de uma história que por vezes é intensa, grave, duradoura, removível ou etena. Porém, sem suspeitas, repleta de frustrações. Para o psicanalista, a quantidade de tecido adiposo e o tempo de sua existência já remetem para o grau de dificuldade e a possibilidade de êxito da tarefa assistencial. Assim, obesidades de longa duração e os chamados “grandes obesos” já indicam a imposição de limites bem estreitos de redução ponderal quando comparados as obesidades do tipo “reacionais”, ou sejam, aquelas que se instalaram a partir de crises existenciais ou acidentais recentes (gravidez, processos de separação, luto, etc).

Lucena et al (2011) destacam os aspectos centrais para a realização da avaliação e acompanhamento psicológico no pré-operatório. São eles:

1. Aspectos gerais

- Entendimento da obesidade como uma doença epidêmica, crônica, dispendiosa, multifatorial e com morbidades e mortalidade elevadas, conforme a OMS;
- Percepção da intervenção cirúrgica como uma das etapas do tratamento da obesidade;

- Conhecimento sobre os critérios de indicação para a cirurgia: índice de massa corpórea, co-morbidades, insucesso do paciente em tratamentos anteriores, apoio familiar e avaliação pré-operatória rigorosa;
- Existência de uma equipe interdisciplinar conhecedora das especificidades próprias da obesidade.

2. Aspectos específicos

- Levantamento da história clínica do paciente: estilo de vida, hábitos, costumes, atividades, relacionamentos, pensamentos, sentimentos e comportamentos;
- Investigação sobre o início da obesidade, padrões familiares, maneiras de lidar com a doença, quantas e quais tentativas buscou para emagrecer, prejuízos causados pela obesidade em sua vida, casos de obesidade na família, autoestima e imagem corporal, estado de humor, qualidade do sono, vida social e profissional, expectativas quanto ao procedimento cirúrgico;
- Verificação quanto à presença de compulsões, crises de ansiedade e fantasias acerca do emagrecimento, relação com o alimento e possibilidade de algum transtorno alimentar (compulsão alimentar periódica, anorexia, bulimia), níveis de stress, ansiedade e depressão do paciente;
- Observação da capacidade de manutenção do controle frente às situações de stress/tensão e de aspectos psicossociais que possam comprometer os resultados;
- Conhecimento de aspectos que podem inviabilizar o procedimento, cirúrgico: transtornos psicológicos mais graves como Transtorno Bipolar ou Esquizofrenia, Depressão (sem que esteja em tratamento), demais transtornos mentais e dependência química;
- Considerações sobre a percepção social diferenciada referente aos obesos de sexo masculino e feminino (discriminação e exigência social);
- Relação entre o comer e os fatores emocionais;
- Manutenção de conduta cautelosa e de encaminhamento para tratamento anterior à cirurgia quando necessário;
- Identificação de preditores de sucesso pós-operatório;

- Previsão e disponibilidade para realização de monitoramento da adaptação pós-operatória;
- Possibilidades de implementação de mudanças nos hábitos de vida permanentes: ajustes nos padrões alimentares, prática de exercícios físicos e demais necessários a cada caso;
- Importância de se considerar a possibilidade de acompanhamento psicológico pré e/ou pós-operatório.

Reitera-se, no entanto, não haver consenso em relação a como os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica deverão ser avaliados. A pesquisa orientada para encontrar norteadores para a realização de avaliação psicológica no pré-operatório apresenta uma variedade de modelos e de filiações teóricas que amparam a prática de psicólogos nas equipes de cirurgia.

A esse respeito Néspoli, Novaes e Rosa (2015) consideram essa multiplicidade de modelos de avaliação no pré-operatório relacionada a impossibilidade de apreender todas as possibilidades de discursos de forma padronizada e também a variedade teórica pertencente às práticas da psicologia.

Em um esforço de promover melhorias nos serviços prestados pelos profissionais da psicologia, tanto no pré quanto no pós operatório de cirurgia bariátrica, um comitê de psicólogos associadas às COESAS (Comissão de Especialidades Associadas) da SBCBM, elaboraram um primeiro protocolo clínico em psicologia, para orientar os profissionais desta área que atuam no segmento de cirurgia bariátrica.

O protocolo foi estruturado em três fases e em cada uma há recomendações para o alcance dos objetivos pertinentes. Abaixo segue estrutura do protocolo que foi compilado entre março de 2013 e novembro de 2014 e que representa o I Consenso Clínico na área de cirurgia bariátrica e metabólica. Ele foi apresentado e aprovado durante o III Fórum de Psicologia Bariátrica de COESAS, ocorrido paralelamente ao XVI Congresso da SBCBM, no Rio de Janeiro em novembro de 2014.

Fases	Principais Objetivos	Metodologias e Intervenções
Avaliação pré-operatória e preparo psicoeducacional	<p>Fornecer acolhimento e escuta.</p> <p>Identificar a história do paciente, da obesidade e antecedentes familiares.</p> <p>Levantar fatores psicossociais.</p> <p>Promover autoconhecimento.</p> <p>Investigar a rede de apoio social.</p> <p>Oferecer informações e orientações (paciente e familiares).</p>	<p>Avaliação psicológica individual.</p> <p>Psicoeducação.</p> <p>Atuação em Equipe Multiprofissional.</p> <p>Entrevista com familiares.</p> <p>Elaboração de relatório.</p> <p>Entrevista devolutiva e entrega de relatório.</p>
Transoperatória (fase facultativa ou opcional)	<p>Favorecer a expressão de emoções e sentimentos.</p> <p>Minimizar a ansiedade e o estresse desencadeados.</p> <p>Auxiliar na compreensão do ato cirúrgico, proporcionar um clima de segurança.</p> <p>Facilitar a comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde.</p>	<p>Acompanhamento hospitalar (Centro cirúrgico e Internação).</p> <p>Orientação familiar.</p> <p>Orientação à equipe de saúde.</p>
Pós-operatória e follow-up	<p>Facilitar a compreensão e adaptação de <u>paciente e familiares ante as mudanças provocadas e exigidas pela cirurgia</u> (hábitos, imagem corporal).</p> <p>Estimular autocuidado, motivação e adesão ao tratamento e às orientações da equipe.</p> <p>Avaliar a evolução da adaptação ao novo estilo de vida (promoção de saúde e prevenção de agravos).</p> <p>Auxiliar o paciente na retomada ou desenvolvimento de projetos de vida.</p> <p>Facilitar no manejo de estressores cotidianos e na busca de qualidade de vida.</p>	<p>Acompanhamento psicológico individual ou em grupo.</p> <p>Psicoeducação: orientações e informações gerais sobre o pós-operatório.</p> <p>Orientação familiar.</p> <p>Psicoterapia.</p>

Tab. 5 – Protocolo Clínico COESAS



II

Corpo e Cirurgia Bariátrica – Igual mas diferente

Um pé mostra o que aprendemos a admirar: a beleza da sapatilha de cetim, a habilidade, a graça da bailarina. O outro grita o custo disto. Todo o conhecimento existe a partir de algumas dores e muitos esforços

Leandro Karnal

2. Mas, Qual o Corpo?

Com a história da psicanálise (...), aprendemos que o inconsciente rechaçado ressurgiu no corpo, opondo forte resistência às disciplinas e às práticas que visam excluí-lo. Diferentemente do saber médico, para a psicanálise a obesidade estaria mais próxima de ser um sintoma, remetendo menos a um estado doentio do que a um processo chamado inconsciente (Vilhena, Novaes e Rocha, 2008).

No princípio eram três as possibilidades de intensa observação. Três mulheres candidatas à cirurgia bariátrica. O corpo obeso que trazia consigo o diabetes de difícil controle era o laço que as assemelhava. Jovens, com idades que variavam entre 25 e 48 anos, foram selecionadas criteriosamente pelos médicos da equipe entre pacientes que frequentavam o ambulatório de endocrinologia. Obedecidos os parâmetros clínicos recomendados, despontaram com o perfil ideal e iniciaram o acompanhamento e o preparo para a cirurgia.

Da psicóloga, as pacientes queriam o laudo. Das pacientes, a psicóloga queria suas histórias. Da psicóloga, a equipe médica queria um laudo. Da equipe médica, a psicóloga queria o espaço para desenvolver e aplicar seu método de trabalho.

Neste campo de tensões, todos obtiveram o que requisitavam. Todos confrontados com ansiedades e exigências do algo novo que se constituía - a tarefa que se desenvolvia e se implementava ao longo dela mesma, como um trem que a cada estação cumpre parte do trajeto e que, ao mesmo tempo, também inaugura a nova etapa a se cumprir.

A despeito da abundante literatura disponível, a escuta dessas pacientes iniciais foi o balizador para a construção de uma proposta de acompanhamento psicológico aos pacientes da cirurgia bariátrica. Sem dúvida, o trabalho é tributário a elas.

A compreensão da complexidade da tarefa e atuação do psicólogo nesse campo nem sempre foi óbvia para equipe ou pacientes. Da primeira, a crença de que apenas uma entrevista seria suficiente para a elaboração do documento de liberação para o procedimento. Dos últimos, a estranheza de ter que ir ao psicólogo porque queriam fazer uma cirurgia que se manifestava pelos comentários a respeito do imaginário de loucura.

Deste cenário obscuro, o farol norteador foi a base na qual se assentam as práticas de uma aplicação da psicanálise no hospital. Assim, a singular importância de considerar a história da pessoa como basilar para a compreensão da obesidade que interessa à aquele sujeito específico. É este o pressuposto inaugural da escuta clínica aos pacientes de cirurgia bariátrica.

Danilo Perestrello, médico e psicanalista, foi o precursor das ideias da psicossomática no Rio de Janeiro. Ele fundou em 1958 a *Divisão de Medicina Psicossomática* no Serviço de Clínica Médica do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia. Logo, foi seguido por Abram Eksterman, que em 1962 funda o “Setor de Medicina Psicossomática” em outra enfermaria também de clínica médica deste mesmo hospital. Já em 1965, Perestrello e Eksterman se unem a um projeto único e formam o *Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro*. Dentro da concepção psicossomática, a psicologia médica é definida como o braço clínico que tem como campo de ação o espaço da relação médico-paciente.

A Medicina da Pessoa, que tem em Danilo Perestrello seu principal expoente, possui o preceito de que a doença não é algo que vem de fora e se sobrepõe ao homem, e sim um modo peculiar da pessoa se expressar em circunstâncias adversas. Na visão de Perestrello, da qual somos partidários, o homem não é um sistema fechado, no sentido de que se comunica, afeta e é afetado pelo seu entorno. Desta forma, a obesidade, este *envelope corporal* como proposto por Vilhena (2012), pode ser lida como um modo de existir, um modo de se estar no mundo.

O principal instrumento de aplicação da Medicina da Pessoa é a História da Pessoa, termo cunhado por Abram Eksterman e instrumento chave da psicologia médica, que diz respeito a uma anamnese não dirigida que possibilita um relato espontâneo das circunstâncias do adoecimento, como também, apreensão da biografia da pessoa – uma biografia viva.

Destaca-se que o importante não são os fatos cronológicos, em um compromisso com a verdade e sim, a biografia como o doente a conta; as circunstâncias de vida dentro das quais adoeceu ou costuma adoecer; a maneira

como estabelece relações com as pessoas significativas de sua vida e situações de conflito anteriores.

Todos esses aspectos informam a respeito da psicodinâmica daquele que nos fala. Sendo assim, é fundamental escutá-los compreendendo que de suas falas surge o desenho de como o mundo é visto e como se relacionam com este.

A guisa de contribuição, Hess (1995) pontua que o médico, tendo à sua frente um corpo histórico, vê um corpo físico. Ao fazer perguntas objetivas, orientado por uma anamnese dirigida para ouvir somente respostas objetivas, exclui a história do doente e despreza sua subjetividade, fixando-se nos sintomas e na busca de um diagnóstico sempre norteado por um pensamento lógico. Relacionando-se, desta forma, com órgãos e sistemas (p.100).

O modelo corpo-máquina, de inspiração cartesiana, do qual Ortega e Zorzanelli apontam (2010), é uma clara ilustração do estabelecimento de um conhecimento objetivante sobre o corpo e que desvaloriza sua capacidade de transmitir significados simbólicos. A redução da experiência do corpo subjetivo ao corpo objetivo, portanto quantificável, mensurável e fragmentado, corresponde a uma relação objetificada com o corpo, na qual ele perde sua capacidade de transmitir sentidos e, em última análise, retira desse corpo justo o que o torna humano.

Foucault (1991;1990) igualmente problematiza a questão do corpo e faz alusão ao “Homem-máquina” de La Mettrie (1975, p. 126) e a noção de docilidade. *Ipsis litteris*: “*É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado*”.

Em verdade, para Foucault, a anulação do sujeito é influenciada pela constituição histórica do saber e dos poderes disciplinares. A disciplina é uma espécie de fábrica de corpos submissos, corpos dóceis. Disciplina apresentada como meio de dominação/poder que ainda pode ser observada em várias instituições como colégios, hospitais e quartéis.

A docilidade/disciplina dos corpos não está mais ligada à violência física marcada no corpo como expôs em “*O corpo dos condenados*” (1991), mas ao estabelecimento de violências simbólicas. Nesta asserção, os olhares de repúdio ao

corpo obeso, sua dessexualização ou, ainda, a destituição de qualquer predicado construtivo relacionado a ele, pode ser compreendido como práticas de violência simbólica.

Como pode ser observado a partir de Foucault, o objetivo da disciplina, como instrumento de poder disciplinar é docilizar os indivíduos através de técnicas específicas, “confeccionando-os” para que, do ponto de vista social, econômico e político, estejam mais aptos para maior produção e geração de lucros.

A interrogação a respeito das práticas psicoeducacionais no hospital possui aqui destacada importância. Machado (1990), ao discutir a partir de Foucault a idéia do poder evidencia que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem no nível do direito, nem da violência; nem são contratuais nem unicamente repressivas, sendo falso definir o poder como algo que diz não, que impõe limites e castiga. O aspecto negativo do poder, não é tudo e talvez não seja o mais fundamental.

Machado, desta forma, convida a reflexão dos aspectos positivos ou transformadores dessas mesmas relações ao salientar a positividade e a eficácia produtiva exercida sobre os corpos, contida na ideia de que o indivíduo é uma produção do poder e do saber.

Tal idéia contida na genealogia foucaultiana de que o indivíduo é um efeito do poder é, para Machado, fundamental e merecedora de maior esquadramento. O autor refere à noção, para ele, equivocada de que o poder descaracteriza e massifica, implicando em uma existência anterior de uma individualidade com características, desejos, comportamentos, hábitos e necessidades, que seria investida pelo poder, dominada e impedida de se expressar (p. XIX).

De fato, isso não ocorreu. Reitera o autor que, atuando sobre uma massa confusa e desordenada, as relações disciplinares faz nascer uma multiplicidade ordenada no seio do qual o indivíduo emerge como alvo de poder. Para exemplificar seu ponto, Machado coloca em pauta o nascimento do hospício, que não destruiu a especificidade da loucura, mas caracterizou-a como doença mental, afastando-a de uma população mais vasta na qual se viu antes englobada. *É o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder* (p. XIX). Em resumo, o poder disciplinar não

destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. Assim, o indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; e sim, um dos seus mais importantes efeitos. Ele é o produto de um poder individualizante, subjetivante e normalizante.

Valendo-se da mesma problematização, Machado assevera que não é todo poder que individualiza, mas um tipo específico que, seguindo uma denominação que aparece com frequência em médicos, psiquiatras, militares, políticos, entre outros, do século XIX, Foucault chamou disciplina.

A ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção do poder. Mas também, e ao mesmo tempo, como objeto do saber. Das técnicas disciplinares, que são técnicas de individualização, nasce um tipo específico de saber: as ciências humanas. (MACHADO, 1990. p. XX)

Ortega (2001) contribui pontuando que Foucault desenvolveu nos anos 1970, uma noção de subjetividade como efeito e produto de práticas de disciplinamento corporal. Desta forma, os sujeitos seriam constituídos de maneira heterônoma como objetos de um poder individualizante, onde o corpo aparece como material pré-subjetivo sobre o qual o poder atuava, fosse no processo de disciplinamento corporal, fosse na sexualidade, dando início, assim, ao processo de subjetivação.

Em sua análise, Ortega acentua que a disciplina é a forma de poder exercida sobre o corpo e seu resultado a “fabricação” de indivíduos. O dispositivo da sexualidade também atua como poder sobre o corpo, doando-lhe uma identidade que constitui uma forma de assujeitamento. Processos de individuação e subjetivação são, sob essa perspectiva, descritos através de um poder que atua sobre o corpo, moldando-o, disciplinando-o, tornando-o dócil e submisso, ao mesmo tempo que o constitui como uma identidade.

Ortega ainda realça que em Foucault a introdução do cuidado sobre si e da estética da existência, produz um deslocamento que tem como principal produto a assunção do eixo da subjetividade em detrimento do eixo do poder. Disso resulta,

o sujeito deixar de ser concebido como resultante de práticas disciplinares e passar a ser considerado a partir da análise das diferentes maneiras por meio das quais se constitui historicamente como sujeitos morais. Desta forma, é destaque para o autor, que na genealogia foucaultiana, o indivíduo se constitua como sujeito moral mediante as práticas de si.

Esta noção de sujeito moral convoca não mais uma constituição passiva da subjetividade, mas uma constituição ativa, não mais identificada com a singularidade somática, base do sujeito da disciplina. A ascese corporal é, portanto, uma noção complementar porque representa a capacidade de efetuar determinadas operações sobre si mesmo para se transformar e constituir uma forma desejada de existência.

Para além da promoção de uma psico-educação, em nossas práticas, buscamos a compreensão do que há de fundamental no sofrimento daquele que nos fala, buscando a individualização do caso clínico para a consequente adaptação da terapêutica adotada no caso a caso. Em tese, técnicas cirúrgicas, IMC, comorbidades e motivações para a cirurgia compartilhadas, mas talvez seja apenas isso. A aposta da abordagem da psicologia sempre foi na clínica das heterogeneidades, do particular e da singularização da experiência da obesidade.

Prescindir da obesidade e subjetivar a escolha pela cirurgia bariátrica implicam, desta forma, na reflexão sobre o por quê e para que o psiquismo organizou-se em torno do corpo pesado, na simbolização deste corpo e na reflexão de como aquele sujeito específico que chega ao ambulatório público solicitando a cirurgia bariátrica tem se servido dele até então. Tarefa clínica ímpar e de grande monta que possui coadjuvância para o êxito do procedimento. Disto resulta o entendimento de que estamos no campo da clínica das heterogeneidades (PINHEIRO & VILHENA, 2007), pois a obesidade é uma ocorrência que se coloca na prática clínica de forma bastante diversificada, demandando lançar no campo da subjetividade as reflexões sobre o tratamento.

2.1

O Corpo e Suas Diferentes Formas de Apreensão

A proposta de dar voz a essas pessoas, oferecendo-lhes um espaço de reflexão acerca do lugar que ocupam em suas relações e no mundo, mostra-se fator de maior implicação e adesão ao tratamento proposto, pois este entendimento favorece uma particularização da terapêutica ao incluir a compreensão de que qualquer encontro humano se dá permeado pela carga transferencial. Assim, projeção, introjeção, identificação são os mecanismos básicos observados e que expõem processos de intercâmbio e define a relação estabelecida.

Cabe aqui a noção de “clínica da delicadeza”, tal qual forjada por Novaes (2012), onde a transferência não apenas comparece, mas é vivenciada como experiência única de atenção recebida em um serviço público de saúde. Ouvir esses pacientes é fato capital, *“mas não com a ideia, hoje tão difundida, de que os fatores emocionais interferem no curso de algumas doenças. Seria preciso ouvi-los para poder entender o seu pedido humano de ajuda e saber se e como poderá ajudá-los”* (HESS, 1995).

Há 40 anos, Eksterman sustentou durante o I Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática em Buenos Aires que a proposta defendida por ele, Perestrello e demais asseclas, mas do que tornar consciente o inconsciente, tratava-se do estabelecimento de uma relação terapêutica menos preocupada com causas que com a compreensão dos complexos dinamismos do processo transferencial-contratransferencial. Desta forma, o sintoma não é um fato produzido por um conteúdo sob repressão. É um significado compreensível quando desvelado seu contexto histórico.

A Psicanálise, contribuindo de forma extraordinária para a compreensão do relacionamento humano e para a visão da unidade do homem, permitiu a D. Perestrello afirmar que todas as enfermidades são psicossomáticas. Quando o fez, há mais de dez anos, em simpósio internacional, recebeu dos comentadores do simpósio a crítica: “Isto é certamente um *reductio ad absurdum* da especialidade”. E neste nosso encontro argentino-brasileiro, dedicado às “Contribuições da Psicanálise à Medicina Psicossomática”, creio que poderemos concluir que a maior contribuição da Psicanálise neste setor do conhecimento, além de, inicialmente dar-lhe origem, é agora extinguí-lo como especialidade, e assim, graças ao imenso caudal de conhecimentos que acumulou, fixar a Psicossomática como atitude e ajudar o médico na difícil tarefa de clinicar. (EKSTERMAN,1975)

Essa interessante visão inspira a posição intrínseca do psicólogo desta equipe e marca algumas diferenças entre medicina e psicologia, que exploro brevemente agora.

O corpo biológico da medicina é tomado para a psicanálise como erógeno, pulsional. Se a medicina ouve o sintoma tomado como sinal de mau funcionamento do corpo biológico, em nossa proposta o texto do paciente sobre seu sintoma é o fato valorizado. Por isso, interessamo-nos mais pela história da pessoa e menos por seu diagnóstico, marcando uma importante diferença na direção da condução da escuta e tratamento. Menos a causa do que a relação estabelecida. Desta forma, empreendemos o oportuno estudo das diferenças do estatuto do corpo para a medicina e para a psicanálise.

Sabemos que o corpo aparece como objeto de estudo em um variado espectro de saberes. Das ciências às artes, são múltiplas suas possibilidades de apreensão.

Em consonância com o presente estudo, entretanto, para a medicina o corpo é o corpo biológico, da anatomofisiologia e dos estudos intervencionistas e invasivos, que obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e sistemas funcionais, constituindo um todo em funcionamento, isto é um organismo. Ele é visto como uma coisa física, e a doença é definida como um fato observável, que pode ser verificada por meio de recursos técnicos e localizada em uma parte desse corpo.

Já o corpo abordado pelo instrumental teórico clínico da psicanálise é o corpo subjetivo, representacional, que ultrapassa o somático, que obedece às leis do desejo inconsciente e constitui um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito. A psicanálise, assim, realiza uma passagem da lógica da anatomia para a lógica da representação. O corpo da psicanálise é então um corpo atravessado pela incidência da linguagem, criando novas modalidades de sofrimento. (LAZZARINI & VIANA, 2006; FERNANDES, 2006).

Segundo Mandet, apud Lazzarini & Viana (2006) o corpo a que se refere a psicanálise é o corpo enquanto objeto para o psiquismo, é o corpo da representação inconsciente, o corpo investido numa relação de significação, construído em seus fantasmas e em sua história.

Com efeito, vários outros autores dedicaram-se ao desenvolvimento teórico da questão do corpo em psicanálise, no entanto, se na atualidade ele é visto como lugar privilegiado da expressão do sofrimento humano, na história do movimento psicanalítico, nem sempre desfrutou desse lugar.

Fato mesmo, destacado por Birman (2014) que afirma que uma parcela significativa da comunidade analítica esqueceu-se que a subjetividade sofre com um corpo e que, a rigor, não existe sujeito e seu corpo numa dualidade e polaridade insuperáveis, mas um corpo-sujeito propriamente dito (p.21).

A consequência desse lapso é onerosa para a psicanálise, que delegou à medicina a tarefa de cuidar do corpo enquanto seguia ocupando-se do psiquismo, que nas palavras de Birman, é a versão cientificista da alma ou a parte nobre da subjetividade.

Já Fernandes (2006) salienta que o fato de a psicanálise fazer da linguagem o seu material privilegiado de trabalho, fez com que, no interior mesmo do movimento psicanalítico, houvesse a tendência de circunscrever a experiência analítica a uma leitura das representações e dos significantes dos processos psíquicos, excluindo desse campo tudo aquilo que não fosse passível de ser representado no âmbito da palavra.

O primado da linguagem e do pensamento no campo da psicanálise favoreceu, tal qual indicado por Birman (2014) e Fernandes (2006), um certo recalçamento da problemática do corpo em seu estatuto, assim como contribuiu para que questões pertinentes ao corpo fossem tomadas a partir do discurso da psicossomática, que como sabido repousa sua ênfase sobre o corpo adoecido ao buscar a influência dos fatores subjetivos nos processos de adoecimento somático. Medicina e psicanálise tomadas par a par, conduziram a segunda a uma expansão de seu campo clínico. Disto resulta, o alicerce de novos conceitos no âmago de sua teoria.

Se essa ampliação permitiu a inclusão do corpo no alvo de interesse dos psicanalistas, esse interesse parece dirigir-se, em um primeiro momento, prioritariamente ao corpo doente. Ora, na atualidade a presença do corpo na clínica psicanalítica vai muito além daquelas situações em que uma queixa somática é formulada. O mal-estar na contemporaneidade testemunha que o corpo se faz presente também, insistentemente, pelo negativo, o que nos convida a explorar a diversidade de formas pelas quais ele vem se apresentando na situação analítica (FERNANDES, 2006)

A respeito da crescente produção e interesse psicanalíticos em torno das manifestações psicopatológicas que se articulam ao corpo, Ferraz (2007) descreve que o corpo “*Não é mais àquele corpo da histeria – corpo erógeno ou representado –, mas o corpo biológico ou soma*”.

Este expressivo número de publicações se justifica ao pensar que há um aumento da incidência das patologias, que de modo distinto das neuroses, ligam-se de algum modo ao corpo somático. Assim, as somatizações, os transtornos alimentares, o transtorno do pânico, as adicções, fenômenos de modificações e manipulações corporais ganharam em definitivo a cena e convoca-nos a um olhar mais detido a esse respeito. Como afirmado por Fernandes (2006), de veículo ou meio de satisfação pulsional, o corpo passa a ser, cada vez mais, veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento.

2.2

Cultura do consumo e estetização da vida cotidiana

Entendemos que o corpo é uma estrutura simbólica e um fenômeno social porque é objeto de representações e de símbolos. Por meio do seu corpo, o ser humano interage com o mundo que o cerca. O corpo é a forma que o sujeito tem de estar e de existir no mundo.
VILHENA, 2012

O mal-estar da atualidade não é mais aquele descrito por Freud, centrado no conflito psíquico, nos quais se opunham os imperativos das pulsões e os das interdições morais. Diferente da cultura vitoriana da qual Freud fazia parte, o modelo do recalque parece não mais ajustar-se ao homem narcísico atual preocupado com sua auto-imagem.

Ao contrário do modelo repressivo de outrora, tudo é exposto e motivado a superexposição. Nesta acepção compartilhada por entre outros, Mello Filho (2004), a psicanálise da atualidade é mais a psicanálise do corpo real enquanto a psicanálise de Freud foi mais a psicanálise do corpo fantasmático (p. 27). Sua aplicação, no entanto, se dá mediante sujeitos que sofrem e revelam a dialética entre esses dois corpos.

Saroldi (2011) propõe que aqueles que por conta de sua própria constituição não conseguem concordar com as limitações a que são submetidos na cultura tornam-se *outsiders* diante da sociedade. Sentimento frequentemente relatado por muitos pacientes acompanhados no ambulatório de psicologia ligado à cirurgia bariátrica.

De fato, Freud já introduzira em 1908 no texto “*Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna*”, que o agenciador do mal estar era a moral presente na modernidade e os impasses derivados da impossibilidade de sublimação das pulsões em um grande número de pessoas. Estas seriam as condições de possibilidade das perturbações nervosas.

Para ele, havia uma relação direta entre o aumento do número de doenças nervosas e o aumento do número de restrições sexuais da época. Acrescenta Birman (2012,p.60) que a moral incidiria efetivamente sobre a erótica das individualidades, impondo, assim, restrições e imperativos tão insuportáveis que seriam capazes de perturbar o funcionamento do espírito.

Claro está a mudança sofrida nas subjetividades e no discurso social atual quando comparados à época vitoriana de Freud. Do supereu interditor do gozo a um supereu mandante que determina que se goze a todo instante (SAROLDI, 2011), do modelo do recalque para o modelo centrado na felicidade, no culto do eu e no prazer, estamos diante de um tipo estranho de satisfação que não leva em conta os interesses de preservação do eu e que incita o sujeito a ir além do seu bem-estar.

O mal estar contemporâneo se inscreve, segundo Birman (2102, 2014), nos registros do corpo, da ação e das intensidades. Para o autor, o corpo é o registro antropológico mais eminente no qual se enuncia na atualidade o mal-estar. Mal-estar, que por estar em íntima relação com o sujeito, se inscreve no campo da subjetividade.

Neste sentido, o que parece estar em jogo é uma crise de identidade, uma perda de sentido da vida, uma sensação de irrealidade e medo do aniquilamento que expressa a flagrante falência da lei que comparece como uma marca da pós-modernidade. Estabelecida que está pelo imperativo do mais gozar. Na contemporaneidade, a elaboração psíquica cede lugar à ação com o objetivo de obtenção do próprio prazer.

Indiscutível, portanto, que entre o final do século XIX e a clínica atual se interpuseram transformações na sociedade que promoveram alterações na forma do sofrimento psíquico. O estudo das peculiaridades da cultura, desta forma, é imperativo e auxilia na formulação de hipóteses sobre as novas representações e os novos usos que se fazem do corpo, uma vez que, a experiência do corpo é sempre modificada pela experiência da cultura.

Acentua-se aqui mais uma vez os fatores culturais como concorrentes para fomentar o sofrimento psíquico entre os pacientes obesos que fazem parte da clínica de cirurgia bariátrica, assim como, salienta-se que o padecimento causado pelo estigma social da obesidade, muito recentemente, passou a vigorar como critério de elegibilidade para a realização da cirurgia. Em um claro reconhecimento do impacto que o olhar social causa nas subjetividades.

Neste cenário, ao mesmo tempo, observamos a valorização da beleza corporal associada a magreza como expressão verdadeira de saúde, produtividade e motor de desejo. Não obstante, essa valorização é potencializada pela “prescrição” dos discursos médico, midiático e da indústria da moda, que tornaram-se importantes articuladores do novo ideal estético que desencadeia práticas sociais que a todos subordina a serviço do próprio corpo.

Um corpo que parece transformado em objeto fetichizado, passível de consumo, mediado que está pelo seu culto e obsessão. Corpo alienado ao modelo narcísico da contemporaneidade e utilizado frequentemente como recurso social, uma vez que, nesse ideário, somos o que parecemos ser.

Alicerçados pelo aporte teórico de Baudrillard (1981), Debord (2003), Dufour (2010), Lasch (1983), Le Breton (2006, 2003) entre outros, é possível analisar as relações que a cultura estabelece com a corporeidade humana e a concepção de que o corpo é uma realidade construída socialmente e com múltiplos sentidos construídos pela cultura.

Na concepção comungada por esses autores, o corpo está na intercessão de todas as instâncias da cultura e no fundamento de qualquer prática social. Ele é um dos objetos que assume valor simbólico expressivo na pós-modernidade e, desta maneira, esboçado em acordo com a noção de consumo e formação de novos mercados que é vigente.

Se antes recalcado, hoje o corpo é posto em evidência e, nesta perspectiva, assimilado como prótese imagética a serviço do aprimoramento possível conferido pela tecnociência. Disto resulta o consumo cada vez mais expressivo da indústria comestológica, suplementação alimentar, cirurgias de reparação estética ou de “harmonização” das formas e, por que não também, cirurgias bariátricas.

Baudrillard (1981), em “A Sociedade de Consumo”, assinala a característica de consumo da sociedade atual que reduz o indivíduo a condição de consumidor com suas relações modeladas por esta prática.

Para o autor, não consumimos mais coisas, somente signos que alimentam a sociedade forjada pela aparência. A insatisfação é, ela mesma, o incentivo que converte o indivíduo em um consumidor modelo sempre pronto a consumir outra promessa de plenitude e felicidade. Porém, a satisfação nunca é plena e nunca será. Neste projeto, pessoas felizes e satisfeitas não precisam mais consumir. Toda a “máquina” social funciona para que a satisfação seja sempre um advir.

O consumo é o trâmite necessário para reparar privações. Felicidade tercerizada por produtos a consumir que exigem, para sua obtenção, sacrifícios econômicos ou físicos. Como corolário, uma dependência socialmente autorizada e, desta forma, transformado na moral do mundo pós-moderno, o consumo atua como causa de inclusão mas também, para aqueles que estão espontânea ou forçosamente à parte dessa lógica, como fator de estigmatização e exclusão.

Em “A Sociedade do Espetáculo”, Debord (2003[1967]) sinaliza o impacto da moderna sociedade de consumo e sua incidência sobre as subjetividades. Crítica que se mantém muito atual a despeito do meio século que separa sua primeira publicação e o presente.

Em sua instigante leitura, Debord destaca que a sociedade do espetáculo, na qual estamos todos submersos, diz respeito às relações sociais mediatizadas por imagens. O espetáculo é o cerne de uma sociedade pautada no irreal, onde o culto ao corpo e à aparência, a cultura da imagem e do consumismo ganham vulto e passam a ser valorados como norteadores de um bem viver.

Já as formulações de Lasch (1983) a respeito da cultura do narcisismo e sobre a personalidade narcísica da atualidade também são importantes ferramentas

teóricas para encorpar a compreensão a respeito de como se engendram as novas formas de subjetivação na contemporaneidade, onde a grande busca é pelo ideal narcísico de perfeição. Também para a proposta deste trabalho que é a apreensão do sofrimento psíquico que motiva o obeso a se submeter a práticas de aprimoramento corporal, o autor nos presta grande contribuição. Segundo Lasch, o mundo estaria centrado no eu da individualidade, com o sujeito buscando sempre a estetização de si mesmo.

Na análise do autor, os homens sempre foram egoístas e os grupos etnocêntricos, mas a ocorrência das desordens do caráter com as mais destacadas formas de patologia psiquiátrica, é atribuída às mudanças de nossa sociedade e cultura. Por isso, menos do que culto ao privatismo que manifestações que se originam da desintegração da vida pública, são o escopo da investigação de Lasch.

Em seu desenvolvimento teórico destaca o apuro em discutir a etiologia do narcisismo como sustentação de uma visão onde traços de caráter associados ao narcisismo psicológico podem ser explorados, oferecendo um melhor entendimento entre essas conexões.

Assim, o intenso temor do envelhecimento, o fascínio pelas celebridades, as relações deterioradas entre homens e mulheres ou a obstinação pelo corpo que mascara transtornos alimentares sob a égide da saúde ou do investimento em qualidade de vida, que traz como presença o inefável sofrimento psíquico, são exemplos corriqueiros e, por isso, bem ilustrativos da íntima relação narcisismo e cultura.

Fenômenos muito atuais como a ortorexia² e a vigorexia³ são considerados variantes sintomáticos dentro do espectro obsessivo-compulsivo que evidenciam como as patologias, ou no mínimo, os sintomas mentais, evoluem e se transformam

² Ortorexia – exagero em dietas naturalistas (macrobióticas) ou pronunciado excesso de retidão dietética que pode ocasionar danos à saúde pela expressiva perda de peso ou carência de nutrientes no organismo.

³ Vigorexia - ou overtraining. Associada ao transtorno dismórfico corporal. A chamada Síndrome de Adonis, é mais comum entre homens e caracteriza-se por uma preocupação excessiva em ficar forte. Trata-se de um transtorno onde as pessoas são adictas ao exercício físico, praticando-o de forma contínua, quase fanática, ignorando eventuais consequências nefastas ou contra-indicações médicas.

ao longo do tempo ou entre as diversas culturas, mostrando-se sensíveis às mudanças sócio-culturais.

Se em outros transtornos da conduta alimentar, como a anorexia e a bulimia, o problema gira em torno da quantidade de comida, na ortorexia o que está posto em questão é a qualidade do que se ingere. Por sua vez, a vigorexia também pode ser incluída dentro do campo dos transtornos alimentares, uma vez que o critério geral para os transtornos alimentares estabelece que sua principal característica é uma grave alteração da conduta alimentar acompanhada de alterações da percepção da forma e peso corporais.

Na vigorexia encontramos casos de extrema quantidade e reduzida variedade de alimentos – dieta baseada em consumo de proteínas e eliminação tanto quanto possível de gorduras, no entanto não se acha comprovado que sujeitos com vigorexia possuam um padrão alimentar patológico.

Embora pareça que anorexia, bulimia e vigorexia compartilhem da alteração da imagem corporal, pois nos três transtornos os afetados não percebem o tamanho e a forma do seu corpo como de fato o são.

Ora, acompanhamos a maciça influência dos meios de comunicação, que dedicam cada vez mais espaço em sua programação e intervalos publicitários a temas correlatos. Indubitavelmente, estes servem como um estímulo às práticas as quais pessoas optam por um tipo de alimentação ou estilo de vida que podem ser mais danosos que benéficos. Cabe, entretanto, pontuar que a busca por práticas mais saudáveis é estimada. A crítica está centrada nos excessos promovidos em nome desta.

Para Lasch, fundamentado em Freud em “*Psicologia das Massas e Análise do eu*” (1921), a psicanálise esclarece melhor a conexão entre sociedade e indivíduo, cultura e personalidade quando se debruça sobre o meticuloso exame do indivíduo. A investigação clínica empreendida por Freud é indispensável quando se entende que a mente inconsciente representa a modificação da natureza pela cultura, a imposição da civilização sobre o instinto - matéria de exame também em “*O Mal Estar na Civilização*” (1930), onde afirma o antagonismo inevitável entre as exigências do ID e as restrições da civilização que compele à renúncia da satisfação pulsional, submetendo-as às exigências do viver coletivo.

Nesta mesma ótica, Birman (2014) alude ao autocentramento do sujeito na atualidade e a cultura do narcisismo e do espetáculo, onde o que comparece como ponto nevrálgico é a *exaltação gloriosa do próprio eu*.

A cultura da imagem é análoga à estetização do eu, na qual o sujeito vale pelo que parece ser. Sua importância é diretamente proporcional às curtidas em mídias sociais que recebe da personagem que forjou para si. Neste sentido, para Birman, a exigência sempre refeita de alto desempenho é marca do indivíduo na cultura do espetáculo e do narcisismo, que guarda nítida influência dos pressupostos de Baudrillard, Debord e Lasch.

Nesta proposição, parecer algo ou ter coisas se amalgama com o ser, e afirma a marca incontestável narcísica da atualidade que demanda que o eu seja exaltado tal qual uma *majestade, iluminado que é o tempo todo no palco da cena social* (Birman, 2014, p. 181). Desta forma, as psicopatologias da pós-modernidade estão marcadas pelo fracasso do indivíduo em realizar esta exaltação e estetização do eu.

O conceito de espetáculo unifica e explica uma grande diversidade de fenômenos visíveis que afirmam a aparência como capital. Assim, a obesidade, que outrora já esteve associada a valores positivados como a riqueza ou à saúde, atualmente está em posição oposta nessa escala imagética socialmente exaltada associada que está à doença e estigmas como os de feiúra e infelicidade.

Ainda a propósito do corpo e da sociedade do espetáculo, Novaes (2013) reitera a perversidade do estigma da feiúra, frequentemente associado à gordura. Considera que a cultura da imagem ou, como a autora enfatiza, cultura cada vez mais tela e menos páginas, toma o lugar do próprio sujeito e torna-o estrangeiro em seu próprio corpo, alienado em si, pois existe somente como imagem (p.59).

O corpo do homem é a própria imagem da cultura (Remaury apud Novaes, 2013), assim igualmente, problemas com uma má aparência, como a atribuída a obesidade, e que são concebidas como desleixo com o corpo, transgressão moral, falta de vontade, ou pior, de vergonha, inscreve como as formas de apreensão do corpo na atualidade se dão.

Em outros trabalhos Novaes (2013, 2010) também traz uma expressiva contribuição ao perscrutar como se forjou essa representação estetizante do corpo na atualidade e se criaram as condições para a produção e disseminação dessa idéia. No interior da lógica do corpo de consumo tão própria da contemporaneidade, estar magra é fato valorizado em qualquer contexto social, sendo passe para a inserção. Ao obeso o lugar menor, à margem do consumo.

A tirania do corpo ideal, entendida por muitos como um acesso à felicidade e todas as pequeninas coisas que dela fazem parte está presente nos discursos de muitas dos pacientes acompanhados no ambulatório de psicologia destinado aos pacientes de cirurgia bariátrica. Ainda que réplica do discurso de saúde da disciplina médica, antecipa o desejo comum de possuir um corpo magro como autorização para a felicidade que é conquistada através do corpo socialmente positivado. *Numa realidade em que o belo é o corpo magro, a impossibilidade de se ter esse corpo traz um sentimento de inferioridade e culpa* (BERG, 2008, p.118).

“Acho que fazer essa cirurgia vai ser muito bom para mim... meu diabetes e minha pressão estão gritando. Vivo triste. Tenho vergonha do meu corpo. Não quero mais sair... W. me deixou. Tínhamos uma vida feliz, muito boa e cheia de conforto. Ele é moto taxi na comunidade. Estávamos sempre lanchando no Mc Donald's e no Habib's. Nunca fui magrinha, mas era do tipo gostosa. Comecei a engordar e ele foi me esculachando... Agora vive na moto com uma magrinha 'empuleirada' nela. Não quero mais viver assim, vou emagrecer e aí ele vai ver...” (J, 28 anos, pré-operatório)

Nesta visada, Le Breton (2006, 2003) corrobora a discussão ao considerar a construção do corpo como um fato social e cultural. Este se apresenta como objeto de representações e imaginários a partir da qual as relações com o mundo são construídas. Este pensamento ampara a ênfase dada ao corpo como alicerce das relações com o mundo e como agenciador de subjetividades.

Assim, o autor tece uma sofisticada teia na qual o corpo da pós-modernidade comparece como lócus privilegiado de construção identitária fortemente intermediado pela tecnociência, modelado pelas exigências de um tempo e normatizado pelo biopoder, que submete os indivíduos à imolação das ideologias contemporâneas de aperfeiçoamento corporal.

Desta forma, absortos em um recorte cultural atual paradoxal, onde a sociedade é ao mesmo tempo obesogênica e lipofóbica assistimos, de forma

privilegiada, o sofrimento psíquico associado à obesidade que é frequentemente tema das narrativas dos pacientes do ambulatório.

Este pode ser entendido como um reflexo dessa dupla direção onde práticas e contexto econômico-social que propiciam o excesso de peso despontam lado a lado às exigências de padrões estéticos que se confundem, muitas vezes, com julgamentos morais.

O obeso, neste cenário, é referenciado por suas formas que seguem em oposição aos ideais estéticos preconizados na atualidade. Como aponta Novaes (2010), os obesos são os “novos feios” a quem nenhuma crítica é poupada e, junto ao envelhecimento, a maior forma de exclusão socialmente validada como já fora sublinhado.

À obesidade o lugar do diferente. Diferença vivenciada no cotidiano uma vez que, inspirados no olhar de Le Breton acerca das deficiências (2006, p. 73) podemos dizer que o discurso social afirma que o grande obeso é um homem normal membro da comunidade, cuja dignidade e valor pessoal não são enfraquecidos por causa de sua forma física. No entanto, ao mesmo tempo, ele é objetivamente marginalizado, mantido fora do mundo do trabalho, afastado da vida social por causa das dificuldades de locomoção, assentos adequados e, sobretudo, vitimados por olhares de incômodo e de reprovação.

Em nossa sociedade, a obesidade é estigmatizada, sendo reservado a ela sutis ou ostensivas avaliações pejorativas de descrédito e escárnio. O diferente é socialmente transformado em estigma, em indício de imperfeição moral, colocando em xeque a precariedade da condição humana ao lembrar pelo poder da presença o imaginário do corpo disforme que assombra a muitos.

As reações provocadas no outro tecem uma tênue hierarquia do terror, que se expressam em maior ou menor grau, conforme o índice de omissão às normas de aparência física. Para Le Breton, quanto maior a derrogação a essas normas socialmente construídas, maior o horror e espanto declarado nas relações sociais (2006,p.75). A forma ostentada pelo corpo passa a índice de qualidade das relações sociais que serão desenvolvidas.

“Hoje eu quero dizer que fiz sinal para o ônibus e entrei pela frente, passei pela roleta e me sentei. Ninguém ficou olhando para mim com aquele olhar de vai entalar. Isso é maravilhoso. Nem acreditei!!! Poder comprar a roupa que eu quero comprar. Fui na loja e pedi um numero maior de uma bermuda... a vendedora disse que eu não era 50 e sim 48. Gente, isso é igual mastercard, não tem preço. Tô muito feliz!!!” (G, 38 anos, pós-operatório)

A reflexão em torno do discusso normatizador do corpo que estabelece mimetismo entre a magreza e a beleza, símbolo da nossa contemporaneidade hedonista, possui aqui destacada relevância porque contribui de forma indelével para a cada vez maior utilização de procedimentos médicos e intervenções cirúrgicas corretivas e estéticas como saída para um mal estar.

O interjogo entre o homem e o mundo é cátedra abordada por muitos autores psicanalíticos. Freud, em “*O Mal Estar na Civilização*” de 1930, já apontava o mútuo pertencimento entre o indivíduo e a cultura, tendo o recorte de tempo específico e costumes sociais que nos dão um entorno, função auxiliar na constituição do psiquismo.

Indissociáveis, o pensamento sobre o sujeito exige um olhar sobre seu tempo e cultura porque este resulta em meios de expressão e, logo, incidências na clínica.

Desta forma, o olhar clínico demanda olhar para o fato de que vivemos em um tempo que promete ao homem mais do que satisfação. Traz também a ilusória expectativa de um ideal de plenitude, com a qual pretende encobrir o desamparo próprio da condição humana. Se o mal estar na teorização freudiana tem a marca da restrição e da contenção das pulsões; é possível acompanhar na atualidade transformações na subjetividade caracterizadas pelo excesso e pela não repressão das pulsões.

Dany-Robert Dufour (2010 [2009]), filósofo francês, assiná-la que uma nova economia psíquica está se constituindo e é preciso estar sensível a estas modificações que o social e a lógica do mercado liberal impõe.

No cerne do caldo do projeto liberal de mercado que é fundado sobre a emancipação das pulsões, no qual estamos todos submersos, repousa o imperativo categórico do gozar. Ao não reprimir as pulsões o mercado passou a oferecer aos consumidores todos os objetos possíveis e inimagináveis para satisfação dos

desejos com a promessa de felicidade e “salvação” pelo crescimento infinito de riquezas.

Se em Freud (1930), a civilização só poderia se desenvolver às expensas da renúncia pulsional, eis que no princípio liberalista vigente, a repressão das pulsões não é mais necessária. Sendo este o motivo exato de como a economia do mercado atinge a economia psíquica, segundo Dufour.

No pensamento deste importante filósofo contemporâneo, o fundamento liberalista promove a saída do enquadre freudiano clássico da neurose e a entrada em um enquadramento pós-neurótico no qual predominam a perversão, a depressão e o vício.

Tais quadros são a consequência lógica de um mundo que promete a satisfação pulsional generalizada e oferece sempre um produto, um objeto, um fantasma, capaz de satisfazer qualquer que seja o apetite.

A incidência da lógica implícita de que é o objeto que mostra o que falta ao sujeito e não a falta do sujeito que o dirige ao objeto, que é tão própria a pós-modernidade produz, para Dufour (2010 [2009]), consequências na esfera social gerando o fenômeno da segregação, do racismo e da violência.

Assim, assistimos inertes ao desmonte de uma economia do desejo e sua substituição por uma economia do gozo que rejeita a castração e evidencia o engano de que a satisfação da demanda é equivalente a satisfação do desejo.

En la economía de mercado lo que se constata es la reducción del espacio del sujeto, con una producción múltiple de objetos de goce que conducen a la anulación del deseo y a la ausencia de satisfacción, característica del discurso capitalista: producción de objetos, sujetos atados a las leyes de mercado, un discurso relacionado con el hambre del súper yo, con el imperativo categórico de GOZAR, rechazo de lo simbólico y de la castración. Un discurso del AMO moderno. (MUNIZ, 2011)

Do interior dessa exposição preliminar da cultura como condicionante de subjetividades, Campos (2011) propõe uma interessante articulação entre a obesidade e a subjetividade, apontando formações culturais que tornam a obesidade uma expressão da fetichização do corpo na modernidade.

Em sua perspectiva de trabalho, procura a compreensão do sofrimento associado à obesidade como fenômeno psíquico. Desta forma, destaca que o sujeito obeso é também um sujeito de fala; como tal, a expressão do seu sofrimento pode ou não estar construída tendo a obesidade como significante.

Ainda neste artigo, Campos apresenta um modelo de análise onde o sujeito sofre a influência de frustrações e cobranças sociais, as quais acionam mecanismos que levam ao comer em demasia. Para fazer frente ao corpo opulento, adota o emagrecimento como solução, associando perder peso a aceitação social, tornar-se belo e feliz. Ao mesmo tempo, a indústria da moda, a cultura do consumo e a mídia, formam o trio perverso, que veiculam as fantasiosas soluções para ter acesso rápido e, muitas vezes, mágico ao emagrecimento, que representa em última análise, a meta de ser belo, feliz e localizado no olhar do Outro.

A partir daí, pode ser observado o quanto que a perda de peso desvinculada de um olhar para as causas que concorrerão para seu acúmulo, tendem a ineficiência, claro que fica que insatisfações e frustrações podem não desaparecer com a gordura perdida. Os esforços empreendidos são percebidos como inúteis, alimentando um insidioso ciclo de vergonha e culpa que tem como resultado a retomada da compulsão como solução. Quer a compulsão para comer como promotora de alívio e apaziguadora do mal-estar, quer a compulsão por emagrecer recorrendo a toda e qualquer ordem de coisas.

Na interessante concepção disponibilizada por Campos (2011), a obesidade não é ou deve ser tratada como um sintoma, pois não há tal coisa como psicopatologia da obesidade. Porém, ela pode ser entendida como uma expressão de diferentes formas de subjetivação. A obesidade, assim, tem valor de significante, que toma monta de fala quando pode ser lida como manifestação do sofrimento em torno do corpo pesado e em torno de sua invisibilidade para o mundo, paradoxalmente, que se faz notar justo pela visibilidade do mesmo ou em torno da relação estabelecida com a comida.

A subjetividade é assim a resultante do esforço do sujeito de construir verdade sobre si e sobre o mundo, dentro de uma cultura estabelecida. Nesta leitura, corroborando o disposto por Novaes (2013;2010), meios de comunicação reforçam o ideal definido de beleza que nutrem os transtornos e oferecem significantes

culturais do magro-belo e do gordo-feio, e que sob a inspiração midiática perversa, e porque não também das ciências médicas, o gordo é relacionado ao infortúnio. A felicidade depende diretamente dos padrões ofertados culturalmente e, em nome da obtenção dessa tal felicidade, muitos sofrem e se sacrificam.

Surge uma lógica que parece apropriar-se de uma inspiração evolucionista, que estabelece que indivíduos que melhor se adaptam ao meio tem maiores chances de sobrevivência do que os menos adaptados, poderíamos pensar que os indivíduos capazes de realizar variações favoráveis às condições do ambiente onde vivem têm maiores chances de sobreviver.

A busca pelo emagrecimento pode ser compreendida, em última instância, como símbolo dessa sobrevivência e resistência aos ataques morais que angústia a tantos, em uma espécie de eugenia estética.

Se somos o que parecemos ser, se somos valorados pelo que possuímos, se a imagem vale mais do que a palavra, como querem as campanhas publicitárias, o corpo é palco privilegiado de expressão do sentimento gregário que ampara a condição humana. Então, finalmente emagrecidos, sentiremo-nos parte do grupo, da coletividade e teremos a garantia de cidadania.

É esse o destaque dado no discurso dos pacientes que frequentam o ambulatório de psicologia no qual esse trabalho se originou. O corpo que se apresenta à cena no hospital em um primeiro momento é, certamente, aquele que padece pelo diabetes, hipertensão ou algo equivalente. No entanto, a escuta sinaliza que é o sofrimento psíquico fusionado a experiência da obesidade que se quer erradicar.

Ser magro é, em nossa cultura, garantia de acessibilidade no sentido mais plural e em prol da obtenção do que deveria ser inalienável, ou seja, o exercício de direitos e deveres em uma sociedade, verdadeiros desvarios, molas para mais sofrimento, são cometidos.

De fato, as mulheres são as mais afetadas por essa construção cultural. Embora, homens também sejam afetados, é o gênero feminino que constatamos comparecer em maior número ao ambulatório solicitando à redução do estômago.

Sabe-se que, historicamente, os homens negligenciam o cuidado a saúde porém, na perspectiva aqui colocada, ser bela é pressuposto irrefutável para a mulher que fica em posição de maior vulnerabilidade às pressões sociais que estimulam os preconceitos. Talvez aí estejam assentadas as bases para os transtornos psicológicos, alimentares, ansiedade e depressão prevalentes no universo do qual tratamos no hospital.

2.3

O eco do fato de que há um dizer

A fome e o amor movem as engrenagens do mundo

Schiller

“E hoje faz 3 anos que operei. Me arrependo de não ter operado antes. Não foi fácil. Ainda não é... Todo dia tenho que ser vigilante para não ganhar peso de novo. E muitos dias tenho que me debater para não ser engolida pela vontade de comer mais ou o que eu não devo. Mas é isso mesmo... existe a tal cabeça de gordo. O estômago é pequeno, mas a cabeça... Digo uma coisa para vocês: ‘se vocês não mudarem a cabeça, é melhor nem fazer. O Dr. D. opera nosso estômago, mas continuamos os mesmos. Só que agora com um estômago reduzido. Se não mudar, se não fizer diferente, as chances de não dar certo são bem grandes’”(G., 34a).

O pequeno fragmento que inaugura esta sessão é cada vez mais frequentes na prática clínica como psicóloga da experiência em questão. Passados 5 anos da constituição da equipe multidisciplinar, o trabalho ganhou em unidade que pode ser percebida no discurso da equipe replicado pelos pacientes de que a cirurgia só representa uma solução se puder vir acompanhada de novas atitudes frente à vida.

Desta forma, ressalta-se que a cirurgia bariátrica está longe de ser uma solução milagrosa para o sujeito e que é necessário muito empenho para alcançar bons e efetivos resultados. Assim, *a nova identidade corporal não é desprovida da percepção de que outras transformações se fazem necessárias* (VILHENA, NOVAES & ROCHA, 2008) e que para prescindir da obesidade é preciso implicar-se na busca de sentidos para este corpo.

No entanto, uma interrogação persistia e insistia, talvez como metonímia do conceito psicanalítico que designa – a pulsão. A habitual referência ao uso excessivo ou abusivo da comida em situações que remetem para o mal-estar psíquico, comumente relatados sobre as roupagens de ansiedade ou depressão, antecipava a indagação do que aconteceria no momento em que, após a cirurgia e quando atravessando mares revoltos nos quais todos nós somos lançados em nosso cotidiano, não pudessem mais contar com o ancoradouro tranquilizador outrora utilizado.

Em uma resposta rápida há de se desenvolver novos atracadouros. No entanto, por certo, a solução rápida também revela o laborioso trabalho que é constituído na escuta cuidadosa que particulariza e subjetiva cada história trazida pelos pacientes deste ambulatório para permitir a nova arquitetura psíquica. No geral, como dito, técnicas cirúrgicas, IMC, comorbidades e motivações para a cirurgia compartilhadas, mas talvez seja apenas isso.

A máxima popular americana orienta “*gain insight, lose weight*⁴”. Logo, nova arquitetura psíquica promove novo edifício corporal. Pode-se pensar, no entanto, esta lógica como comutativa. Desta maneira, admitimos que o novo edifício corporal favorece também uma nova performance mental. O que não implica em garantias de mudanças qualitativas ou ausência de sofrimento envolvido em qualquer destas operações.

Retomamos o argumento de muitos pacientes de que comem por ansiedade e o implícito movimento de vai e vem descortinado quando o alívio experimentado com a ação específica de comer é fortuíto inaugurando nova - será mesmo nova? - experiência de desprazer. Igualmente, prosseguimos com o exame das vicissitudes psíquicas frente à restrição do uso amplo do objeto eleito como apaziguador no pós-operatório da cirurgia em questão.

“Percebi que alguma coisa não ia bem quando vi que esperava minha mãe sair para trabalhar e saía logo atrás para o comércio. Se antes eu comia escondido, agora eu compro escondido. Compro todas as miudezas que vejo porque não posso aparecer em casa com um monte de coisas novas... Elástico de cabelo, bijuterias, maquiagem.” (M. 28a)

⁴ “tenha insights e perca peso”

“Ninguém me disse que eu ia emagrecer esse tanto. Olha como eu tô!!! Cheia de pelancas. Pareço uma caveira. Fiquei velha... não posso mais colocar uma camiseta, não posso mais colocar uma saia. Fica essa muxiba à mostra. Horrível! Não sei como essas mulheres fazem cirurgia e dizem que estão bem ou sentindo-se bonitas. É tudo mentira. Tenho vontade de falar para todas elas que não façam porque vão se arrepender... Meu marido perdeu o interesse em mim. Estamos mal. Quase separados... não consigo comer direito. Enjôo, vomito. Já precisei reinternar várias vezes por anemia. Tenho vontade de dormir e não acordar. Estar acordada é muito triste para mim, sabe? Outro dia, tomei tanto tranquilizante... me levaram para o pronto socorro. Lá disseram que eu tentei suicídio. Mas não, não foi isso. Só quero dormir. Depois dessa cirurgia tudo piorou. Se eu soubesse que seria assim... não teria feito mesmo”. (T. 48a)

“Estou agora com o corpo que sempre sonhei. Já vou para minha terceira cirurgia reparadora. Fiz abdome, braços. Agora quero retirar o excesso de pele das coxas e depois colocar silicone no busto. Estou bem feliz. Mas, tem uma coisa que me incomoda e que me deixa muito triste. As mulheres na igreja agora ficam me olhando de cara feia... soube que espalharam que tenho um caso com o pastor... Ele sempre me ajudou. Mas, agora, só porque estou magrinha, tenho sofrido este tipo de injúria. Acho que elas pensam que vou roubar o marido delas. Seria incapaz disso” (L. 47a)

Na concepção do trabalho desenvolvido e como assoalho teórico fundamental está o conceito metapsicológico que se situa na fronteira entre o psíquico e o corporal, a pulsão. O pensamento sobre suas características - fonte, meta, pressão e objeto – e vicissitudes serviram como enquadre para acompanhar as aventuras e desventuras daqueles que atravessavam a experiência de ser submetido a cirurgia bariátrica.

É em 1915 em “*Pulsões e seus Destinos*”, que Freud expõe sistematicamente o conceito metapsicológico da pulsão (ou trieb), fundamental para a teoria psicanalítica e para a abrangência das questões aqui postas. No entanto, em sua obra, pode-se observar a introdução do conceito já em 1905, no artigo “*Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*”.

Mesmo nos textos pré psicanalíticos, a noção do aparelho psíquico como um aparelho de captura, transformação e ordenação (Garcia-Roza, 1995), cujo encargo é dominar excitações que em caso contrário provocariam sensações penosas ou efeitos patogênicos, já apontava a aptidão de sua regulação por leis econômicas.

A Pulsão é “...o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à

mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo." (Freud, 1915).

A exigência é para representar, simbolizar estes estímulos que, por característica, emanam de dentro do soma, exercendo uma pressão mais ou menos constante, que reivindicam satisfação. Satisfação que somente é possível por intermédio de objetos.

O objeto *"é o que há de mais variável na pulsão e, originalmente, não está ligado a ele, só lhe sendo destinado por ser peculiarmente adequado a tornar possível a satisfação."* (Freud, 1915).

Em seu apuro teórico, Freud aponta que uma pulsão nunca será objeto da consciência. Apenas seus representantes psíquicos - *vorstellung* e *affekt* - o serão. Idéia expressa por Garcia-Roza (2003) abaixo:

A suposição de Freud é de que a pulsão procura uma satisfação que já foi obtida um dia nossa pré história individual, antes do interdito que nos tornou humanos. A partir de então, foi inibida quanto ao seu objetivo e obrigada a caminhos de aventuras que Freud chamou de *Tribschicksale* – as vicissitudes da pulsão. Pela ameaça que trazia consigo, foi proibida de se apresentar diretamente aos olhos assustados do humano. Portadora do gozo e da morte, viu-se forçada a fazer-se representar pelos seus representantes para poder ter acesso ao mundo da subjetividade. A *Vorstellung* e o afeto são seus delegados, e é sobre eles que a psicanálise nos fala. À pulsão em si mesma, fica reservado o lugar do silêncio. Isso, porém, não significa que tenha sido suprimida, mas que, tal como dragões mitológicos, foi condenada a viver reclusa numa caverna à entrada da qual ouvimos apenas os rugidos e sentimos o cheiro de enxofre que exala de suas narinas. Cada um de nós vive a ameaça da virgem que lhe tem de ser oferecida em sacrifício.

A clínica com os pacientes da cirurgia bariátrica é pródiga em virgens oferecidas em sacrifícios. Todas permutadas pela satisfação. No entanto, que sacrifícios serão possíveis para a obtenção do prazer? Que caminhos a trilhar quando aquele já marcado e sensibilizado, em uma certa complacência somática, está restrito ou é negado?

Ora, tomando a ficção freudiana e a plasticidade do objeto que lhe é intrínseca, podemos pensar que não há destino certo ou caminho garantidor do

nirvana absoluto. A idéia de errância (Garcia-Roza, 1995, p.118) é marca da pulsão. Não há um caminho preestabelecido.

Ao contrário dos estímulos advindos da exterioridade que são passíveis de empreender fuga, os estímulos endógenos exigirão mais do aparelho psíquico. Será necessário, uma ação específica complexa e interligada, através dos quais o mundo externo é modificado no sentido de promover a satisfação.

Em seu primeiro texto sobre a teoria pulsional, Freud teorizou sobre as vicissitudes possíveis da pulsão. Assim, o aparelho psíquico trabalharia com vistas a manter a quantidade de excitação dentro dele tão baixa quanto possível e a esse quantum de energia ou excitação reduzida, corresponderia a uma sensação de prazer. Sua natureza de captação do disperso pulsional, impõe destinos variados, que podem ser compreendidos também como modalidades defensivas.

Ao postular os dois representantes psíquicos da pulsão - o representante ideativo e o afeto - Freud (1915) irá estabelecer que a cada um destes corresponde vicissitudes distintas que obdecem a diferentes mecanismos de transformação.

Desta maneira, reversão a seu oposto, retorno em direção ao próprio eu, a sublimação e o recalque são os destinos possíveis do representante ideativo, enquanto a transformação do afeto na histeria de conversão, o deslocamento deste observado na neurose obsessiva e a troca de afeto na neurose de angústia e melancolia são os assim chamados destinos do afeto (Garcia-Roza, 1995, p. 120) responsáveis por garantir certa homeostase psíquica.

A reversão a seu oposto e o retorno em direção ao próprio eu, Freud denominou como destinos primários do representante ideativo da pulsão. Enquanto que, a sublimação e o recalque, por suporem maior trabalho do aparelho psíquico, são mais complexos.

Desta forma, o desejo intenso que cambia para a repulsa observada, por exemplo, nas situações em que o paciente evolui com quadros anoréxicos, poderiam ser pensados a luz destas considerações dos destinos primários da pulsão ou, melhor exposto, destinos que não empreendem grande exercício de elaboração e, por isso, muito próximos a uma descarga "*in natura*" da pulsão.

A observação clínica, no entanto, levou Freud a verificar que o mecanismo é mais elaborado. Fenômenos como a ambivalência, o masoquismo e, especialmente, a repetição compulsiva de situações desprazerosas ou traumáticas,

quer em sonhos ou através de uma atuação, apresentavam-se como paradoxais e desafiadoras.

Em realidade, a mesma interrogação que se faz presente no cotidiano do ambulatório. A evidência da compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer é fato não geral, mas corriqueiro. O que leva uma pessoa que se submeteu à redução do estômago a comer para além do que poderia ou escolher o que não poderia comer ou, mesmo, lançar-se em ações que lhe são deletérias, como o uso abusivo de álcool ou outra substância sedativa qualquer que lhe seja apresentada?

Em todo seu desenvolvimento teórico, a noção de princípio do prazer como regulador do funcionamento mental conserva-se sem grande alteração. Em contrapartida, Freud foi levado a pesquisar a relação entre o princípio do prazer e outras referências teóricas, como a compulsão à repetição.

Desta forma, em 1920, com a noção de compulsão à repetição no cerne de sua investigação, Freud postulou a segunda teoria pulsional, ao mesmo tempo em que introduziu a segunda tópica do aparelho psíquico, um modelo estrutural que sucede e amplia o modelo econômico.

No caminho de sua reflexão, a tese de que o que é sentido como desprazer em uma instância do aparelho psíquico, para a outro é prazer. O ego apresenta-se, desta forma, como uma diferenciação progressiva do Id, uma parte do Id que travou contato com a exterioridade, e que leva a um contínuo aumento do controle do aparelho psíquico. É, sem dúvidas, um pólo defensivo, que intermedia, integra e harmoniza as pulsões do Id, as exigências do Superego e as demandas da realidade exterior.

A partir dessas novas concepções, Freud permaneceu dialético, porém, o dualismo pulsional estabeleceu-se não mais entre as pulsões sexuais e as pulsões do Eu. Nessa perspectiva introduzida, se oporia à pulsão de vida (Eros), a pulsão de morte (Tanatos).

Voltadas inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma da pulsão de agressão ou de destruição (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 407)

Noção bastante controversa no meio psicanalítico, a pulsão de morte foi adotada por Freud em suas formulações a respeito da compulsão a repetição, quando não podia explicar a repetição que estava além da compreensão econômica

do aparelho psíquico. A pulsão de morte era para Freud esse *além do princípio do prazer*, uma tendência à destruição do outro ou de si mesmo manifesta como uma satisfação libidinal.

Reinaldo⁵, 42 anos, obeso mórbido, apresenta IMC superior a 60. Refere, como muitos, a causa da obesidade relacionada à ansiedade. Ao falar livremente na primeira entrevista o que surge é a experiência de desamparo muito comum nos relatos de outros pacientes escutados. Associa seu comportamento compulsivo a tentativa de abrandar sua angústia.

A mãe saía para trabalhar e deixava a comida pronta no fogão. Ele, aos 5 anos, ficava sozinho com sua irmã três anos mais velha. Embora, a avó materna morasse ao lado, em suas lembranças permanecia sozinho.

Assim, como estratégia para acalmá-lo, distraí-lo ou, mesmo, ocupá-lo, os biscoitos recheados eram oferecidos. Estratégia que recorre diuturnamente na atualidade e que apresenta muita resistência para abandonar.

Podemos pensar que come para abrandar a dor por não ter a mãe próxima? Come para incorporar a mãe? Desta forma, de modo fantasístico, faz penetrar e conservar um objeto no interior do seu corpo?

De saída, a dor. Dor mental. Gravada na fronteira psicobiológica. Dor que não se sabe bem onde é que dói. Dor de alguém que *depois de um bombardeio / Se levanta no meio dos escombros / E sente a dor das pedras rebentadas, / Mais alta do que o grito das criaturas, / A dor do chão, dos muros, das calçadas, / De onde o pranto não brota, dores duras.* (Dante Milano). Ou, poderíamos igualmente pensar, a dor de alguém que sonha com a mãe morta, ou quase morta, nunca presença, apenas ausência.

Devorar os biscoitos talvez representasse a incorporação da mãe como defesa contra a ameaça de aniquilamento. Provavelmente, a ausência da mãe foi sentida por ele como a perda de algo (o seio-mãe) que deveria estar acoplado à sua boca. Em uma certa medida, biscoitos e mãe foram equacionados: ele e a mãe eram um só objeto e o sintoma compulsivo, entendido como prótese protetora.

⁵ Nome fictício

O desdobramento teórico da noção de pulsão de morte como algo que põe em xeque o princípio do prazer, guiou a outro axioma – o *objetivo de toda vida é a morte* (Freud, 1920, p.204), ou a experiência de retorno a um estado anterior (Princípio do Nirvana). Assim, o princípio de prazer parece estar de fato a serviço de tanatos.

Até aqui empreendemos um olhar para os desdobramentos emocionais relativos ao pós operatório de cirurgia bariátrica, a partir da força motriz constante que opera de dentro do corpo e que exige representação psíquica. A, entendida desta forma, solicitação de limite imposta pelo procedimento cirúrgico, alude diretamente a fantasia de castração, referida à ordem de que o direito a um determinado uso de um objeto é correlato a uma interdição e, nesta visada, terá participação significativa nos desdobramentos do desenvolvimento psíquico dos sujeitos que a ela são submetidos.

É preciso, como explicitado, aguardar os efeitos desta interdição, da nova *lei* que passará a vigorar que poderá apresentar-se na experiência concreta, no dia-a-dia, sob as mais diferentes tons. Então, na clínica, surgem aqueles que aceitam os novos limites e se adequam a uma nova rotina e relação com os objetos. Também aqueles que sabem dela, mas mesmo assim denegam e, burlam suas exigências, em um funcionamento aproximado ao perverso. Ou, ainda aqueles que forcluem por completo a realização da mesma. Estes mais raros porém, passíveis de ocorrência.

A clínica ambulatorial é generosa em ocorrências de um funcionamento onde é possível observar um uso perverso do objeto. E é essa relação patológica que será destacada a seguir.

2.4

É uma neurose. Uma overdose – algumas considerações sobre a adição na clínica da obesidade

Como as toxicomanias, a obesidade é evidentemente marcada pela insistente evitação do mal-estar associado, neste caso, à sensação de fome ou mesmo de vazio no estômago.... O que importa é sentir-se cheio,.... A comida seria repetidamente utilizada como um recurso de contenção do sofrimento, sendo revestida imaginariamente como o objeto capaz de aplacar a angústia suscitada pelo vazio corporificado. Ora, o próprio sintoma compulsivo denuncia a impossibilidade de realizar o preenchimento, remetendo sempre a um novo objeto a possibilidade de satisfação... (SEIXAS, 2009)

Em uma tentativa de expansão do campo de compreensão do fenômeno, o exposto no título desta seção pretende figurar outras compreensões possíveis subjacentes aos quadros acompanhados na clínica com indivíduos obesos. A intenção sob nenhuma hipótese é esgotar o tema proposto, mas reunir elementos teóricos que de algum modo possam contribuir para a discussão.

A dedicação à reflexão sobre a clínica com os pacientes da cirurgia bariátrica brinda a observação de ocorrências onde o sujeito põe sua integridade em risco e a acídia com seu próprio corpo. Poderíamos pensar em uma espécie de ‘desregulação’ pulsional que evidencia a agressividade voltada para o próprio indivíduo e que coloca em xeque a autoconservação da espécie. Igualmente, pode ser constatada, a relação com a alimentação marcada por um prejuízo que causam a si mesmos e que sufoca a possibilidade de criar um sentido, quando o recurso impulsivo dirido a comida, impede novas ligações.

Nas entrevistas realizadas na fase anterior a cirurgia, interessamo-nos em investigar a relação de sofrimento que o sujeito estabelece com a comida. Parte desse entendimento, devotamos a contemporaneidade e seus profusos dispositivos biopolíticos de regulação corporal, porém como também já explicitado, é usual a referência da comida como tranquilizante e, porque não pensar, também estimulante, estabelecido sua ocorrência quer em experiências ansiogênicas ou de tristeza. Trata-se, portanto, de uma aproximação da questão pela via pulsional, mas também pela via da relação pervertida que é estabelecida com a comida. No qual, esta ganha características mitigadoras no aparelho psíquico.

Zuchi (2002) apontou que na clínica psicanalítica dos chamados transtornos da oralidade o alimento é tomado como suporte material do verdadeiro objeto em torno do qual essas patologias se organizam - o nada. Tudo o que se come é para preencher um nada, um vazio que insiste impossível de ser simbolizado. E, por mais que se coma, tudo que essa fome sem fim pode indicar é mais do “o nada”. Desta forma, como indicado na leitura desta autora, a obesidade está mais próxima do gozo e, portanto, deve ser considerada como um destino pulsional.

Não pretendemos indicar que todos os obesos podem ser encerrados neste modo de observar a problemática. No entanto, a obesidade que se manifesta como voracidade, como destrutividade e agressividade é a que interessa aqui.

Vilhena, Novaes e Rocha (2008) apresentam considerações a respeito da clínica com indivíduos obesos que revelam uma psicodinâmica semelhante a dos

drogadictos. No *"ato de devoração"*, o obeso come compulsivamente num curto-circuito, numa passagem ao ato. As autoras questionam assim, se a cirurgia teria sozinha a capacidade de interromper o uso compulsivo da comida.

A interrogação parece bastante apropriada e pertinente uma vez que a restrição mecânica, ocasionada pela gastroplastia, não necessariamente impede o uso aditivo da comida ou a vigência de outros comportamentos para burlar os novos limites para a satisfação pulsional, como o uso exacerbado de bebidas alcoólicas, compulsão por compras e outros.

Corroborando esse campo, é oportuna a contribuição de Gurfinkel (2007) acerca da passagem de um modelo pulsional no estudo sobre as adições para a ênfase na relação de objeto e a destacada semelhança de funcionamento psíquico entre certas pessoas adictas e outras sujeitas a frequentes perturbações psicossomáticas.

Em seu pensamento, também observamos a ocorrência da idéia da adição como um curto-circuito, um ato-sintoma que surge no lugar da elaboração mental. Para o autor, o impulso que é característico da clínica das adições aponta a ação sobre o pensamento, um movimento de agir sem pensar ou, melhor entendido, para não pensar. Desta forma, o impulso serve como uma defesa contra este.

Para mim é natural abrir a geladeira e pegar tudo que vejo pela frente. Outro dia, fiquei o dia todo abrindo a geladeira e comendo linguiça calabreza crua como se fosse uma cenourinha, sabe? (G. 36a)

O *"onde ajo não sou"*, subversão cartesiana, ressalta uma defesa primitiva, uma descarga imediata sem muita "sofisticação" mental dos estímulos percebidos como intoleráveis para o sujeito. Logo, uma proteção contra dor e sofrimento.

Gurfinkel (2007; 2011) parte da correlação entre oralidade e adições já estabelecidas por Abraham. Aqui cabe uma pequena digressão a respeito da temática.

Desde os textos metapsicológicos iniciais, Freud (1905) realiza que no chuchar ou sugar já se observava as características essenciais de uma manifestação da sexualidade infantil. Deste modo, na fantasia do bebê, o dedo é o substituto do seio materno e, assim, ele passa a não depender mais do outro para a sua satisfação.

A satisfação que nos primórdios é autoerótica, com o curso do desenvolvimento psicosexual será dirigida a objetos externos. Porém, a oralidade é a primeira fase que evidencia que as relações primordiais da criança com a mãe implicam em um plano não restrito à satisfação de suas necessidades vitais. Necessidade e demanda combinadas, apoiam-se mutuamente e, desta forma, parte das pulsões sexuais ao longo do desenvolvimento psicosexual pode permanecer fixada às pulsões de autoconservação. Assim, para Freud, a vivência de satisfação que fornece o protótipo da fixação do desejo em um determinado objeto, é uma experiência oral.

Abraham (1916), em consonância ao pensamento freudiano, afirma que elementos da sexualidade infantil que são excluídos da participação na vida sexual do adulto em parte se transformam em certos traços de caráter. Desta forma, o erotismo oral é também uma fonte de formação do caráter e uma travessia bem sucedida por esta etapa constitui o primeiro passo – e talvez o mais importante – em direção a uma atitude satisfatória nas relações sociais e sexuais do indivíduo, já que aí se forma a base sobre a qual se assenta o prazer de tomar e receber algo.

O autor, a despeito das orientações de Freud para que empreendesse maiores estudos na área da anorexia histérica, dedicou-se mais ao estudo da compulsão alimentar do que ao seu negativo - a anorexia. Postulou a “fome neurótica”, como um sentimento anormal de fome que surge em intervalos irregulares, que não guarda qualquer relação com a fome fisiológica e que surge acompanhada de grande mal-estar e ansiedade.

Para Abraham, o recurso à alimentação pode ser uma tentativa de defesa, ao proporcionar uma sensação de preenchimento que traz grande alívio. Compreende-se desta forma que, assim como nas adições, também na compulsão alimentar, o objeto serve como satisfação substitutiva de uma atividade libidinal inibida. Segundo suas proposições, o comportamento dos pacientes que anseiam por comida em curtos intervalos e passam por torturas se seus desejos não são satisfeitos, é extraordinariamente similar ao dos morfônômanos e de uma boa quantidade de dipsomaníacos⁶.

⁶ Necessidade incontrolável de ingerir bebida alcoólica

Para ele, a gênese deste impulso exagerado para comer provém de fontes libidinais reprimidas. Exemplifica sua elaboração referindo quadros atualmente denominados dentro do escopo nosológico da psiquiatria como síndrome do comer noturno.

Para Abraham, ao dormir a experiência com o inconsciente é potencializada em uma marcha regressiva que ocasiona um paulatino afrouxamento das funções do Eu. Na ausência de condições de sustentação, o processo regressivo pode ser vivido como desagregador, ameaçador e perigoso, fazendo-o acordar.

Um paciente do sexo masculino fala sobre sua dificuldade em perder peso e diz que se vê diante de um abismo diariamente. Atormentado, acorda a noite para comer. Pensa que sua atual condição de desemprego fomenta sua ansiedade e torna a tarefa de resistir aos prazeres da oralidade ainda mais difíceis. No entanto, recrimina-se severamente porque ainda que tenha comprado maçãs para comer no meio da noite quando acorda, elas não possuem o efeito sonífero. As bolachas recheadas sim. Comê-las apazigua seu sofrimento, acalenta sua alma e o conduz de volta ao sono.

Abraham compara o comportamento desses pacientes que acordam para comer ao de uma “criança mimada” que ao longo da noite acorda e só se aquieta diante da mãe que lhe oferece o seio ou algo para comer.

Tal associação de Abraham corrobora a frequente observação clínica do caráter infantil e imediatista do comportamento adotado pelos pacientes compulsivos que não admitem a espera ou adiamento de sua satisfação e almejam a descarga direta das excitações que lhes afeta.

No exemplo citado acima, maçãs não cessam seu mal-estar. As bolachas que o remetem para outros lugares que não pode ainda percorrer, sim.

Imerso nas balizas de Abraham, Gurfinkel (2007; 2011) irá afirmar que qualquer perturbação nesta experiência inicial de oralidade tem consequências para todo o desenvolvimento libidinal ulterior, levando particularmente a um sadismo acentuado, que teria como fonte ou a carência ou um excesso de prazer oral.

Expandindo a possibilidade de compreensão do fenômeno, Gurfinkel (2007) propõe o deslocamento do eixo pulsional – excitação - satisfação oral, cujo

valor não deixa de ser reconhecido - para a problemática da relação com o objeto (p. 16-17).

Para o desenvolvimento inicial da questão do uso patológico do objeto, Gurfinkel utilizou o suporte conceitual da noção de fetiche em Freud, onde o que interessa a ele, é modo de fixação distorcida que o feticlista aplica a seus objetos de eleição, como também, o deslocamento inconsciente, uma vez que o objeto-fetiche tem sua origem em outro objeto da história psicosexual do indivíduo. O objeto travestido de outras qualidades tem a finalidade de negar um aspecto da realidade intolerável. Sabe-se, em Freud, que o intolerável é a castração.

A exacerbada fixação no objeto encontrada nas adições supõe para Gurfinkel *“a hipótese que a adição é um fetichismo em sua forma mais pura, destituído de sentido simbólico, como se qualquer conexão significante tivesse sido desligada. Sobreviveu apenas o ato e a repetição compulsiva; sobrou o ato sem sentido dramático, sem cenário nem enredo.”* (p.18)

Segundo o autor, o modelo do fetichismo acende a questão acerca de qual estatuto tem o objeto para o compulsivo. Como compreender a fixação a um objeto como guardião de felicidade e bem-estar? Qual é o poder atribuído a um objeto, que o torna para determinados indivíduos um bálsamo para suas almas aflitas?

A luz desses questionamentos Gurfinkel recorre a Winnicott e o caso do “menino do cordão”. Nesta passagem, Winnicott promoveu a discussão sobre o hiperinvestimento do uso do objeto transicional mediante a situações de ameaça.

A perversão do uso do objeto ocorre quando sua função se modifica de meio de comunicação para negação de separação. Verifica-se, pois, por qual operação o objeto passa a ter propriedades mágicas, tornando-se coisa em si, como estratégia defensiva diante de uma ameaça de aniquilamento.

Para Winnicott apud Gurfinkel (2007, p.20) na ausência da mãe, o bebê utiliza uma imagem mental dela, que permanece viva até certo ponto, por um intervalo de tempo que varia de acordo com seu grau de maturidade; além desse ponto, a imagem esmaece e os fenômenos transicionais perdem sentido, ocorrendo um desinvestimento. Imediatamente antes disto, no entanto, observa-se um exagero no uso do objeto transicional, uma espécie de hiperinvestimento, como tentativa de negação de que haja ameaça. O objeto de forma mágica ganha status de integrador e protetor do ego.

Nesta visada, o impulso para comer observado em certas pessoas obesas pode ser compreendido como a reverberação de uma necessidade psíquica para aplacar o vazio de não ser, sendo suporte para uma vida mais satisfatória e menos angustiada. A busca incessante pela comida ajuda a obscurecer e manter afastados da consciência, experiências dolorosas e impensáveis, muitas vezes ligas ao desamparo e a uma falha primitiva no desenvolvimento emocional. O movimento aditivo busca, desta maneira, dissipar ou ocultar sentimentos de angústia, ódio, culpa, depressão ou qualquer outro estado afetivo, que dê origem a uma tensão psíquica insuportável.

Sendo assim, retomamos a proposição de Vilhena, Novaes e Rocha sobre o alcance da cirurgia bariátrica como recurso para impedir o uso aditivo da comida e, concluímos que quando utilizada como solução mágica, sobretudo quando negado a reflexão do que há de subjetivo no laço que os pacientes obesos mórbidos estabelecem com a comida, quando não há o semear de um terreno onde seja oferecido ao paciente lidar de outro modo com sua falta fundamental, o recurso cirúrgico pode não alcançar os resultados esperados e, assim, transformar-se em nova fonte de angústia.

Ao admitir a importância da elaboração da relação que o sujeito estabelece com a comida e sustentar um modelo padronizado de acompanhamento psicológico, que esteja centrado na especificidades de cada sujeito e não da patologia, ultrapassa-se ao largo a atuação pontual no período anterior a cirurgia e enraíza-se pelo rico terreno da fase pós operatória com seus frutos, doces ou amargos, tenros ou secos.

A proposta desenvolvida de atendimento psicológico aos pacientes que se submeterão a cirurgia bariátrica no HFSE/RJ pode ser considerada ainda pelo viés do acompanhamento do luto necessário diante da perda do objeto estimado.

Freud, em *Luto e Melancolia* (1917[1915]), afirma que o luto é, em geral, a reação à perda de um objeto de investimento do sujeito. Esse processo, ele designa como normal e saudável e passível de superação após certo lapso de tempo. A esse particular estado alterado, Freud recomenda ser inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência.

Ao passo que, a melancolia possui os mesmos traços distintivos do luto, com exceção de que no segundo, não pode ser observado, o que Freud denominou como a perturbação da auto-estima, que é característica singular da primeira.

O acompanhamento das idéias de Freud evidenciam que a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado, no entanto, trata-se de uma perda de natureza mais ideal (1917,p.251).

O que Freud indica é que o objeto talvez não tenha sido perdido pois, ainda que se esteja cômico da perda que deu origem a melancolia, ignora-se *o que* dessa perda. O autor sugere então, que a melancolia está relacionada a uma perda objetual inconsciente, ao passo que, no luto nada existe de inconsciente a respeito da perda.

Freud segue promovendo o destaque das diferenças entre o luto e a melancolia e, assim, refere que no luto o mundo tornou-se empobrecido e vazio, enquanto que na melancolia, é o próprio ego que tornou-se desprovido de valor.

Se a analogia com o luto aponta para uma perda relativa a um objeto; o discurso de pacientes melancólicos aponta para uma perda relativa a seu ego, sendo esta sua característica mais marcante. A perda do objeto para o melancólico é equivalente ao seu próprio esvanecimento diante do nada deixado pelo objeto.

As variadas auto-acusações de um melancólico guiaram Freud para a observação de que estas dificilmente aplicam-se ao próprio paciente, e sim a outrem, alguém que o paciente ama, ama ou deveria amar. E desta forma, Freud percebe que as auto –recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o próprio ego do paciente (1917, p.254).

Essa compreensão é cara a clínica com os pacientes que passaram pela intervenção cirúrgica, pois frente as aproximações teóricas da questão em torno do objeto brevemente expostas acima, é necessário permanecer empreendendo pesquisa sobre o que Besset (2007) localizou não como a perda do objeto mas perda de uma posição de satisfação pulsional. Viver na linguagem, sustenta, implica em uma perda e é preciso consentir a ela para poder efetuar o trabalho de elaboração implicado no luto.



III

Dividir para somar

Nas sociedades mais primitivas, só existe um vínculo que liga sem condições e sem exceções: é a comunidade de clan (Kinship). Os membros dessa comunidade são solidários uns com os outros: um Kin é um grupo de pessoas cuja vida forma uma unidade física de tal maneira que se pode considerá-las cada uma delas, como um fragmento de uma vida em comum. Quando um membro do Kin é morto, não se diz 'o sangue de tal ou qual foi derramado', mas se diz 'nosso sangue foi derramado'. A frase hebraica pela qual é reconhecido o parentesco tribal diz 'tu és o osso de meus ossos, a carne de minha carne'. Kinship significa, pois: fazer parte de uma substancia comum

Freud, 1912

3 Grupo

A formação da atual equipe de cirurgia bariátrica no HFSE/RJ data do segundo semestre de 2011 e, como explicitado em outros momentos no curso do desenvolvimento desta dissertação, os diferentes profissionais das especialidades que constituem este grupo de trabalho puderam dentro de suas especificidades elaborar e organizar um fluxo de atendimento que contemplasse o cuidado integralizado aos candidatos ao procedimento.

Da mesma forma, a prática clínica no ambulatório de psicologia com estes pacientes associada aos estudos que se realizavam reforçaram e embasaram o indispensável desdobramento do trabalho da psicologia para além do período pré-operatório.

Constatava-se ainda no período o progressivo aumento dos encaminhamentos realizados à cirurgia bariátrica. Não mais apenas pacientes que já eram acompanhados no hospital, mas como parte de um organismo maior que é o SUS, pacientes grandes obesos de toda a rede pública.

Assim, em uma fase introdutória ao trabalho, a população atendida era os já pacientes obesos do ambulatório de endocrinologia que tinham como comorbidade o diabetes tipo II. Pessoas acompanhadas naquele serviço e que obedeciam aos critérios preconizados – assistidos há pelo menos dois anos sem resposta positiva significativa ou com ganho de peso e IMC igual ou superior a 35 kg/m² e, já em um segundo momento, dentro dos parâmetros e regras do SUS, os pacientes encaminhados via SISREG começaram a ser atendidos.

Desvinculado aqui de qualquer crítica ao modelo, o hospital passou a figurar após um processo de adequação, tanto dos recursos humanos como também de suas dependências físicas, como referência e receptor de uma lista única do SUS, ampliando sobremaneira o número de pacientes atendidos.

O preâmbulo reforça a inevitabilidade de se produzir dispositivos ou modalidades de tratamento que garantam acesso a todos os candidatos à bariátrica deste hospital ao acompanhamento psicológico tanto no pré quanto na fase após a cirurgia.

No entanto, a escolha por contemplar atendimentos em grupo nesta experiência coaduna-se mais com a valorização desse dispositivo como prática onde a escuta mútua possibilita caminhos e resoluções significativas para as pessoas do que por ser uma estratégia de manejo em massa.

A estratégia de atendimento em grupo no hospital é uma forma de trabalho que permite interação e troca entre os participantes, caracterizando-se como espaço de acolhimento às angústias frente a um quadro clínico. O escopo foi, portanto, assegurar um espaço onde os aspectos emocionais e comportamentais que possuem papel coadjuvante no processo de ganho de peso e estreita relação com as dificuldades na adesão ao tratamento proposto pela equipe pudessem reverberar.

Esta não é uma proposta que contém qualquer ineditismo. Na verdade, o grupo em suas diversas modalidades é bastante utilizado no contexto hospitalar, caracterizando uma prática bastante usual dentro das atividades possíveis de um psicólogo em hospitais. Através dessa prática é possível a eficaz compreensão por parte dos seus componentes que o seu problema não é único e que pode ser compartilhado, auxiliando a minimização da ansiedade de outros membros do grupo.

No campo mesmo da cirurgia bariátrica é comum na organização do trabalho das diferentes equipes que atuam nos hospitais públicos na cidade do Rio de Janeiro, reuniões da equipe multidisciplinar com os pacientes onde são debatidas as diferentes temáticas que cabem no universo pertinente à redução do estômago.

Chazan (2007), a respeito dos grupos homogêneos multidisciplinares na instituição hospitalar esclarece que tratam-se de grupos compostos por pacientes portadores da mesma patologia, o que permite oferecer-lhes possibilidades terapêuticas e preventivas que as consultas individuais não atingem ou atingem com menor eficácia (p.157). Para o autor, a capacidade de compreensão, a solidariedade e a noção de reconhecimento de sua própria condição é estimulada pelo fenômeno grupal, ocasionando a ampliação da responsabilidade sobre si mesmo.

Eles podem ser abertos ou fechados e através deles é possível promover entre os pacientes maior adesão ao tratamento, a ampliação da sua consciência sobre a patologia, a ampliação de sua capacidade adaptativa e a estimulação da percepção da responsabilidade que cada um possui sobre seu tratamento, fomentando uma postura ativa diante do tratamento.

De certo, esta é uma estratégia exitosa que também é adotada na prática do HFSE/RJ. No entanto, a essa somam-se os grupos operativos terapêuticos semanais

com pacientes da equipe de cirurgia bariátrica que ocorrem no Serviço de Psicologia deste hospital.

Solano (2009) a esse respeito afirma que o grupo funcionaria como continente para a ansiedade de todos ao se caracterizar como ambiente para a fala de expectativas, angústias e incertezas. De certo, o dispositivo grupal possui alcance significativo por facilitar a expressão de conteúdos emocionais, os retornos entre os seus membros, possibilitando o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas para a condução de seus problemas.

Especificamente no campo do tratamento cirúrgico da obesidade, os atendimentos em grupo quer na fase anterior como posterior ao procedimento, são estratégias que contribuem para uma melhor adequação aos novos padrões alimentares e uma maior implicação dos pacientes no seu processo de emagrecimento.

Original no entanto, parece ser como pontuado, a manutenção dos atendimentos individuais em paralelo às atividades em grupo. O artifício busca asseverar um lugar onde as questões relativas ao excesso de peso possam ser subjetivadas e elaboradas, uma vez que, como já demonstrado, quanto maior a obesidade maior o nível de comprometimento psicopatológico e mais intenso o sofrimento psíquico dessa população.

Ademais como sustentamos, as intensas e profundas alterações que a cirurgia impõe, quer na fantasia, nos hábitos da vida diária ou no corpo das pessoas que a ela se submetem, coteja um cuidado amplo e próximo.

É fato que a presença de problemas psicológicos decorrentes da obesidade podem influenciar de forma negativa no resultado dos tratamentos para redução de peso e adesão ao tratamento. Fundamental, portanto, que eles sejam diagnosticados e tratados de forma responsável.

Calcados nas premissas acima, pensou-se em um modelo de suporte psicológico aos pacientes do programa de cirurgia bariátrica do HFSE/RJ desdobrado em dois tempos distintos porém adjacentes. Aos atendimentos individuais somaram-se os em grupo. Esses últimos com frequência semanal e duração de uma hora. Neste espaço aberto de trocas, agregam-se pacientes candidatos ao procedimento àqueles que já foram submetidos à cirurgia, visando uma maior conscientização dos mecanismos envolvidos no comportamento

alimentar, procurando contribuir para uma perda de peso saudável e uma melhor adaptação às mudanças exigidas.

Zimerman (2007) ao conceituar grupos defende a ideia de que o ser humano é um ser gregário que existe em função de seus inter-relacionamentos grupais. Desde seu nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Para o autor, um conjunto de pessoas que possuam interesse em comum já caracterizaria um grupo. Campos (2007) corrobora a ideia ao mencionar que o homem, em sua natureza, estabelece vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações, na busca de apoio e ajuda. A família é, desta forma, o primeiro grupo que está na base do cuidar e do ser cuidado.

Ainda Zimerman (2007) expõe a diferenciação de grupo em relação a um agrupamento, pois este último fala mais sobre um conjunto de pessoas que convive, partilha de um mesmo espaço e que guarda entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade de vir a se constituir como um grupo propriamente dito.

A marca da diferença seria o fato de que nos grupos há interesses em comum, enquanto que nos agrupamentos os interesses são comuns. Assim, uma fila para a marcação de exames em um hospital, por exemplo, é entendido como um agrupamento. Já a reunião dessas pessoas em determinado ambulatório, em uma sala de espera, aguardando o atendimento de um especialista, já modificaria a configuração grupal.

Ao indagar o que caracterizaria um grupo propriamente dito, Zimerman (2007) destaca que o grupo não é o simples somatório de indivíduos, pois trata-se de uma entidade com mecanismos e leis que lhe são próprios. Há objetivos e tarefas comuns e o tamanho deve ser tal que garanta a comunicação (verbal, auditiva e visual) entre seus membros. Há a necessidade de um setting e do cumprimento dos combinados de funcionamento – objetivos e horários, por exemplo – que normatizam a atividade grupal, sendo inerente à sua conceituação a existência de interação afetiva entre seus membros.

Campos (2007) revela características análogas para a formação de um grupo. A constância do encontro, o sentimento amoroso como cerne da ligação e como garantia de acolhimento, aceitação e respeito pelo outro, a capacidade de ser empático, colocando-se no lugar do outro, a habilidade de trocar informações de

forma franca, empenhando-se para buscar e dar informações claras sobre assuntos em comum, são elencados pelo autor como atributos pertinentes a um grupo. Uma vez estabelecidas, estas bases ancoram o grupo e emprestam a ele os subsídios para o enfrentamento da realidade.

Os grupos de suporte são nomeados por Campos como um excelente recurso terapêutico coadjuvante para lidar com pessoas doentes física ou psiquicamente. O suporte do grupo e a capacidade do organismo de se ajustar fisiológica e psicologicamente ao ambiente, são descritos como essenciais no manejo de situações estressoras. O objetivo do grupo de suporte é, assim, promover coesão e apoio, enfim fortalecimento, contribuindo para o reforço de self do indivíduo, elevando a sua auto-estima e a autoconfiança.

Os sistemas de suporte implicam no estabelecimento de padrões duradouros de vínculos que favorecem a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Em suma, a constância, o carinho, o cuidado e a comunicação franca representam a base desses grupos.

Citando estudo realizado por Freyberg (1994), Campos ainda afirma que as técnicas de suporte em grupo são mais efetivas com pacientes em hospitais. Explica que a abordagem de apoio parece ser melhor recebida por pacientes com pouca motivação para investigar seus conflitos e/ou pacientes com alto nível de ansiedade. Ademais, pacientes que utilizam a negação e que possuem pouca capacidade introspectiva e reflexiva ou reduzida tolerância a frustração, beneficiam-se mais da técnica suportiva do que da analiticamente orientada. Assim, a maioria dos pacientes somáticos está entre os grupos mais sensíveis à abordagem de suporte ou apoio.

Como o grupo de suporte é uma forma de relacionamento grupal, ele aplica-se à uma variada gama de agrupamentos com disposições e técnicas de manejo. O essencial de um grupo para ser considerado de suporte é que mantenha como característica elementos próprios da abordagem, ou seja: constância, carinho, cuidado e a comunicação precisa e franca.

No que tange às habilidades indispensáveis a um coordenador de grupo, Zimmerman (1993, 2007) elenca:

- a predileção e crença na técnica grupal;
- a disponibilidade para ser continente das angústias alheias;
- a empatia;

- o não favorecimento à discriminação;
- a capacidade de aceitar novos modelos de identificação;
- a possibilidade de estabelecer comunicação como receptor e como emissor;
- ser verdadeiro;
- ter senso de humor;
- apresentar poder de integração e síntese;
- possuir senso de ética;
- ser coerente;
- ser respeitoso;
- ter paciência;
- funcionar como ego-auxiliar.

Mota & Munari (2006) enfatizam a utilização de grupos enquanto estratégia na atenção em saúde e a importância do domínio dessa tecnologia pelos profissionais como fundamento para guiar suas ações assistenciais e gerenciais.

Nesta perspectiva, as autoras abordam os pressupostos teóricos da postura de um coordenador de grupo, bem como os elementos que os auxiliam na condução e manejo dos grupos. Desta maneira, corroboram e acrescentam às idéias de Zimerman a respeito das habilidades de um coordenador grupal.

Além das competências já citadas por Zimerman, Mota & Munari sugerem que o papel do coordenador de grupo seja:

- intervir, lidando com a dialética dos elementos grupais, trazendo-os para uma dimensão horizontal, de modo que todos tenham acesso às questões que estão ocorrendo no universo grupal;
- Pontuar os elementos objetivos e a manifestação da subjetividade que se encontram numa dimensão entre o invisível e o latente, que reflete nas atitudes, valores, crenças, mitos que evidenciam comportamentos arraigados, hábitos, ritos, sistema de comunicação, mitos e lideranças presentes no contexto grupal.

Irvin Yalom (1969), um dos pioneiros no desenvolvimento de teorias e literatura a respeito dos fatores terapêuticos dos grupos, alude o que chamou de

fatores curativos do grupo. A partir de dez fatores mencionados a seguir pelo autor, os grupos exercem sua função. São eles:

1. compartilhar informações;
2. fornecer esperança;
3. perceber a universalidade do conflito humano;
4. ser altruísta;
5. promover a correção do grupo familiar primário;
6. apresentar o desenvolvimento de técnicas de sociabilização;
7. ter comportamento imitativo ou identificativo;
8. contruir aprendizagem interpessoal;
9. promover a coesão grupal;
10. manejar a catarse.

O autor identifica, no entanto, a aprendizagem interpessoal e a coesão grupal como os recursos mais importantes na direção dos grupos.

Melo Filho (2007, p. 132) indica que os aportes teórico-técnicos acerca das dinâmicas grupais deverão responder às necessidades da instituição onde se desenvolve o trabalho. Portanto, o tipo (ambulatório ou enfermaria, homogêneo ou heterogêneo); a finalidade (operativo ou psicoterápicos), a duração (breve, médio ou de longo prazo), bem como outras variáveis (informativo, de preparo para exame ou cirurgia, etc) moldam a técnica, conduzindo a elasticidade da mesma.

3.1

Breve visão histórica e principais teóricos das terapias de grupo

A abrangência conceitual e a riqueza presente na diversidade de concepções teóricas, multiplicidade de bases e aplicações práticas no campo das grupoterapias acarreta a necessidade de selecionar os fios condutores que nortearão a exposição dos trabalhos com grupos.

Diante desse vasto domínio de aspectos que fundamentam a teoria de grupos, não pretendemos esgotar a complexibilidade do assunto mas desenhar um painel de autores que possuem relevância e influência no desenvolvimento do movimento grupalista.

Encontramos em Zimerman (1993), Zimerman & Osório (1997), Mello Filho e cols (2002) e, mais recentemente, em Rosa (2011) um esforço de resgate histórico a respeito da psicoterapia grupal e suas bases conceituais consideradas a partir de sua aplicabilidades prática.

Assim, Joseph Pratt é citado como o precursor do método grupal. Na experiência pioneira de Pratt, médico tisiologista, em 1905 agrupou no hospital em que trabalhava em Boston um grupo de pacientes tuberculosos para assistir aulas ministradas por ele. Nestes espaços, os pacientes eram convidados a discutir sobre a dieta, aspectos envolvidos na alta e retorno às atividades da vida diária fora do hospital. Reuniam-se, desta forma, para discutir a respeito de sua condição de doentes.

Essas reuniões eram consideradas proveitosas porque a troca de experiências possibilitava que os pacientes se sentissem mais otimistas e corajosos para o enfrentamento das situações pertinentes a sua condição clínica. Tal modelo, que utilizava a técnica *by the group*, ou seja, por meio do grupo, não incluía uma visão da psicodinâmica do paciente nem do processo grupal. Entretanto, ela pode ser considerada como a primeira experiência grupoterápica registrada em literatura especializada.

Rosa (2011) colabora com os dados a respeito da historicidade da terapia de grupo acrescentando que Pratt foi o primeiro a utilizar as emoções coletivas para a obtenção de uma finalidade terapêutica. O autor, ainda a respeito dos primórdios da psicoterapia de grupo, refere a experiência dos psiquiatras Marsh e Lazzel nos Estados Unidos, que por volta de 1920, coordenavam grupos em instituições psiquiátricas com os ditos pacientes psiconeuróticos.

Portanto, tanto a experiência de Pratt quanto a de Marsh e Lazzel foram desenvolvidas dentro do campo institucional. Para Rosa, o contexto de isolamento que as instituições propiciavam, já que se tratavam de pacientes internados, foi providencial para a proposta de se discutir abertamente questões de foro íntimo na presença de outras pessoas. Isso não teria sido possível em uma sociedade repressiva e repleta de preconceitos como a América do início do século XX. *“Foi preciso um contexto de isolamento para que os sujeitos aceitassem, não sem ressalvas, falar livremente sobre suas questões pessoais em um grupo”* (Rosa, 2011, p. 577).

Sigmund Freud, embora não tenha trabalhado especificamente com grupos, trouxe valiosas contribuições para o terreno da psicologia dos grupos humanos e a influência do grupo sobre o indivíduo. Em *Psicologia das Massas e Análise do Ego* (1921), considerado seu mais prestigiado trabalho a respeito da psicodinâmica dos grupos, Freud postulou que a psicologia individual e a social não diferem em sua essência, bem como apontou as forças coesivas e disruptivas que juntam e separam os indivíduos de um grupo.

A hipótese medular de Freud neste importante trabalho é a de que a formação dos grupos encontra justificativa mediante o processo de identificação que ocorre em seu interior. Sendo notório que a identificação é a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva entre pessoas.

Freud apontou o que seriam as formas de identificação em sua teorização. Primeiro a identificação constitui a forma original de laço emocional com um objeto; segundo, de forma regressiva, a identificação se torna o sucedâneo para uma vinculação de objeto libidinal, por assim dizer, por meio da introjeção do objeto no ego; e, por último, pode surgir como qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma pessoa que não é objeto da pulsão sexual.

Quanto mais significativo é o algo comum partilhado, mais bem sucedida deverá ser essa identificação. Nesse sentido, pode-se dizer que a identificação é um processo indispensável para a constituição do humano e um processo também observado nos grupos com o intuito de manter a coesão grupal.

Assim, os laços emocionais constituem o cerne do grupo. Para Freud, eros é o responsável pela manutenção do sentido gregário dos grupos. “*Se o indivíduo abandona suas peculiaridades no grupo e permite que os outros o sugestionem, ele o faz porque existe nele uma necessidade de estar de acordo e não em oposição ao grupo, talvez então o faça, ‘por amor a eles’*” (p. 45).

Já Jacob Levi Moreno, médico romeno, foi o responsável por cunhar o termo “psicoterapia de grupo” (Rosa, 2011). Este trabalho é desenvolvido a partir de 1921. Seu interesse pelo teatro propiciou que desenvolvesse a técnica do psicodrama aplicado à grupos. A técnica era utilizada porque Moreno apostava em limitações pertinentes à terapia apenas pela fala. Assim, esperava obter grandes benefícios terapêuticos através da representação, na vivência ativa e estruturada de situações conflituosas da vida psíquica.

Mello Filho e cols (2007), a respeito do trabalho desenvolvido por Moreno afirma que o psicodrama é a técnica mais utilizada em grupos depois da psicanalítica e que seu uso no campo das técnicas grupais é observado a partir de três procedimentos que foram assim descritos por Moreno:

1. Psicodrama: técnica grupal de tratamento de conflitos individuais;
2. Sociodrama: objetiva estudar os grupos sociais;
3. Role-playing: psicodrama utilizado para fins de formação profissional.

Um dos objetivos da terapia, para Moreno, é resgatar a espontaneidade infantil perdida pelo homem adulto. O brincar é a maior manifestação dessa liberdade e de onde surgirão papéis novos e respostas. Daí o teatro como terapia (Mello Filho et al, 2007, p. 38).

Moreno articulou seu trabalho à teoria winnicottiana ao propor um paralelo de sua teoria ao desenvolvimento infantil. Para o autor, a segunda etapa do desenvolvimento infantil, bem como da terapia, é o reconhecimento do eu e a terceira, o reconhecimento do outro. Uma instigante união entre a tentativa psicanalítica de compreensão do comportamento humano, o jogo e a dramatização, trazendo para o trabalho com grupos a criatividade implícita no brincar. Assim, brincando, cada um entende melhor as realidades profundas da vida.

Já o termo “dinâmica de grupo” foi criado por Kurt Lewin, psicólogo. Também foi responsável pelo conceito de “campo grupal” e a formação de papéis, integrando ciências sociais ao estudo dos grupos (Rosa, 2011).

Desde 1936, são relevantes seus estudos sobre a estrutura psicológica das majorias e minorias, especialmente as judaicas. Postulava que por mais ignorado que um indivíduo seja, faz parte do contexto do seu grupo social, o influencia e é por este intensamente influenciado e modelado.

O estudo a respeito dos tipos de liderança (autocrática, democrática e *laissez-faire*) também é outro importante legado de Lewin, que a respeito da essência do fenômeno grupal declara que ela não está na diferença ou semelhança entre os membros do grupo, mas em sua interdependência.

A partir de 1948, com o trabalho desenvolvido por S. H. Foulkes, psicanalista britânico considerado líder mundial da psicoterapia analítica de grupo,

a prática da psicoterapia analítica em grupo começa a ser desenvolvida em Londres. O autor introduz uma série de conceitos e postulados que serviram como principal referencial à técnica.

Sobre Foulkes, Rosa (2011) sintetiza que o teórico inglês pensava o grupo como um todo social, mais do que a mera soma das partes e que a função do grupo é buscar a remoção das inibições sociais através da discussão flutuante livre, que seria análogo a associação livre no plano da análise individual.

Pichon-Rivière é o grande nome no que tange os grupos operativos. Psicanalista argentino, trouxe valiosas contribuições para esse campo aprofundando o estudo dos fenômenos que ocorrem no cenário grupal. Seu legado inclui as variações na aplicação dos grupos operativos, que são conhecidas por uma diversidade de nomes.

Embora Pichon-Rivière tenha sido um psicanalista com referencial kleiniano, o grupo operativo ou de trabalho, não pode ser considerado uma técnica analítica em si. Ainda que utilize a psicanálise para a compreensão do que se passa no grupo.

Ele foi um estudioso dos processos grupais como um todo, em seus múltiplos aspectos. Sua teoria combina psicanálise e psicologia social, tornando-se um dos maiores teóricos de grupo.

Pichon-Rivière defendia que a técnica operativa é a mais adequada para a abordagem da enfermidade, pois nela coincidem esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa.

W. R. Bion, psicanalista indiano que pertenceu a escola britânica, também contribuiu de maneira relevante para o desenvolvimento da teoria no campo da psicoterapia analítica de grupo. Entre seus postulados estão os de que o grupo antecede o indivíduo, isto é, tal como defendido por Freud, as origens da formação espontânea dos grupos tem suas bases no grupo primordial, tipo horda selvagem; a cultura grupal consiste na permanente interação entre os indivíduos e o seu grupo, ou seja entre o narcisismo e o socialismo; organização da cultura através de normas, leis, dogmas, convenções e um código de valores morais e éticos; o estabelecimento de relação continente-contéudo como metáfora a relação que o indivíduo estabelece com o grupo; e por último, que a estrutura de qualquer indivíduo requer a sua participação em um grupo.

Zimerman (1993), Mello Filho (2007) e Rosa (2011) consideram ainda, dentro dessa perspectiva histórica de autores que exerceram influência para o desenvolvimento de teorias e técnicas grupais, a escola francesa.

Anzieu e Kaës são destaques nessa perspectiva. O grupo é tomado como um aparelho psíquico grupal, pois ele é dotado das mesmas instâncias que o psiquismo inconsciente individual, mas não dos mesmos princípios de funcionamento. Nessa perspectiva, grupo e corpo apresentam aproximações interessantes.

3.2 Grupos no hospital

Nos primórdios, os grupos em hospitais com pacientes somáticos eram homogêneos e já se assinalava a importância de que fossem constituídos assim, pois os problemas em comum os unia. Para Mello Filho (2002), só há vantagens na reunião de pessoas com problemas em comum. A percepção de problemas é facilitada ao ver o outro e “aprendem a tolerar o que repudiam em si” (p.433). Ainda, a igualdade facilita a relação entre os mesmos, promovendo a identificação entre eles. Receios e medos são também compartilhados e há uma proximidade na dor, nas experiências diárias e nas estratégias de enfrentamento que podem ser utilizadas.

Está posto que toda doença tem uma história natural médica plena de fatos em comum e de ocorrências que possibilita que pessoas que dela sofram se identifiquem. Por isso, Melo Filho (2007) parafraseando Winnicott, sustenta que toda doença tem um “*campo intermediário de problemas próprios, um espaço transicional de fenômenos*” (p.130).

Seguindo a ideia do campo intermediário de problemas próprios, é possível assumir que todos os pacientes submetidos à redução do estômago deverão atravessar e ultrapassar situações semelhantes - as etapas evolutivas da dieta (da líquida a branda), o aumento gradativo das porções, a retomada às atividades da vida diária, a relação com o outro que tende a se alterar, o vínculo quase sempre conflituoso com a comida, o problema da grande sobra de pele que requer novas intervenções cirúrgicas corretivas, as mudanças em seu esquema corporal e tudo o que esse dado de circunstâncias traz como consequências emocionais.

Há uma proximidade na dor. As similaridades aproximam e identificam os componentes de um grupo. Para Mello Filho (2007) “... *tudo isso dignifica, é crescimento egóico, é libido objetal, é solidariedade com o outro, capacidade de amar, crescimento psíquico para superar as preocupações apenas consigo mesmo, com sua própria doença*” (p.130).

Portanto, mais próximos da idéia de que o atendimento em grupo é uma prática próspera por permitir a escuta mútua que possibilita a elaboração de resoluções diante problemas comumente vivenciados, do que a simples escolha por uma estratégia mais prática e adequada para o atendimento em massa, realizou-se a escolha por esse modelo de atendimento em paralelo ao atendimento individual.

No que tange a este trabalho com o grupo de pacientes de cirurgia bariátrica organizado nessa experiência, a contribuição para a apropriação das inovações, reconstrução dos vínculos e elaboração das significações indispensáveis às modificações face às agudas e profundas transformações advindas da submissão ao procedimento bariátrico, está calcada sob a égide dos grupo operativo, um ponto intermediário entre a psicanálise e o grupo comum, de apoio ou de suporte.

3.3

O grupo operativo

Na sessão anterior, o grupo operativo foi citado em seus aspectos teóricos gerais de forma sucinta e agora, pretendemos aprofundar o estudo sobre ele, pois a partir de seus conceitos, o trabalho com pacientes da cirurgia bariátrica foi delineado.

O grande nome nessa área é, sem dúvida, Enrique Pichon-Rivière, psicanalista argentino que desde 1945 desenvolveu e sistematizou a técnica. Ele partiu do conceito por ele desenvolvido de Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO), com o qual se opera no campo da psicologia social e propôs um aprofundando no estudo dos fenômenos surgidos no campo dos grupos que se instituem não por finalidade de terapia, mas de operar numa determinada tarefa objetiva, como por exemplo, a de ensino-aprendizagem. Desta forma, os grupos operativos se definem como grupos centrados na tarefa.

O ECRO foi elaborado considerando aspectos inconscientes e conscientes que regem a dinâmica dos grupos e que se revelam nas três áreas: mente, corpo e

mundo exterior. Ele pode ser compreendido enquanto um modelo, que constituído como esquema conceitual e referencial, mostra seu caráter de instrumento de apreensão da realidade. (Pichon-Rivière, 2012, p. 250).

Como modelo, o ECRO proporciona a compreensão de cada fato específico a partir de uma organização ou articulação de conceitos universais. O aspecto referencial refere-se ao campo, o segmento de realidade sobre a qual se pensa e se opera.

O critério de operatividade é um elemento fundamental do ECRO, representado pela possibilidade de promoção de uma modificação criativa ou adaptativa segundo um critério de adaptação ativa à realidade, em relação com a conquista dos objetivos propostos.

As postulações de Pichon-Rivière são sustentáculo para uma diversidade de experiências em que são utilizadas aplicações da técnica dos grupos operativos. A terapia não é o objetivo principal do grupo operativo, mas algumas de suas consequências podem ser consideradas terapêuticas na medida em que instrumentaliza o sujeito para operar, agir na realidade.

Assim, o grupo operativo como técnica, ajuda a resolver as dificuldades internas de cada sujeito, tornando-o mais flexível e dialético, através da tarefa na qual se inclui o esclarecimento das resistências à aprendizagem como mudança.

Ao propor uma classificação geral dos grupos entre operativos e psicoterápicos, Zimerman (1993) ratifica a vasta aplicabilidade da técnica operativa.

...e é tão extensa a gama de suas aplicações práticas, que muitos preferem considerá-los como sendo, genericamente, um continente de todos os demais grupos, inclusive os terapêuticos, mesmo os especificamente psicanalíticos (D. Zimerman, 1993, p.76)

De forma panorâmica, os grupos operativos são utilizados em quatro campos distintos:

- I. Ensino-aprendizagem – baseado na idéia de que o fundamental é o “aprender aprender”. Os grupos de reflexão, grupos Balint e os training groups são exemplos dessa modalidade de grupos operativos;

- II. Institucionais – utilizado nas instituições em geral. Escolas, empresas, igrejas, sindicatos. Reunião entre membros para a discussão de um assunto em comum a procura de uma mesma ideologia a ser compartilhada;
- III. Comunitários – usado de forma ampla nas comunidades sociais em programas voltados para a saúde mental, por exemplo, onde técnicos são treinados (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, sanitaristas) para a tarefa de integração e incentivo às práticas de saúde e cuidado;
- IV. Terapêuticos – muito utilizado no âmbito hospitalar. Objetiva a melhora de alguma situação patológica orgânica ou psíquica de um indivíduo. Tem como característica serem grupos abertos e homogêneos, ou seja, congrega pessoas que possuem aspectos semelhantes e que se reúnem para troca de experiências e ajuda recíproca. Esta reunião pode se dar espontaneamente ou a partir do estímulo de algum profissional, que coordena o grupo até perceber que este tem condições de prosseguir sem sua intervenção, quando se afasta definitiva ou transitoriamente, mantendo-se disponível ao grupo quando é solicitado. Os grupos de mútua ajuda do tipo Alcoólicos Anônimos (AA) são exemplos desse tipo de grupo operativo. Assim como, o grupo semanal de pacientes de cirurgia bariátrica do HFSE/RJ também é inspirado nesse tipo de intervenção grupal.

A respeito dos grupos operativos de natureza terapêutica, Zimmerman (1993) propôs seis categorias em que podem ser assim enquadrados:

1. Adictos – que compreende grupos de alcoolistas, tabagistas, obesos, drogadictos, entre outros;
2. Cuidados primários em saúde – utilizado na rede básica de saúde. Programas como os de prevenção, cuidados e suporte a hipertensos, diabéticos, entre outros;
3. Programas de reabilitação – são destinados a indivíduos que já passaram por alguma intercorrência médica. Grupos de pacientes revascularizados, ostomizados, estão entre essas práticas;

4. Grupos de sobrevivência social – são os conhecidos grupos de apoio às minorias, como o Viva Rio ou grupos de apoio à diversidade sexual;
5. Grupos de suporte – também com frequência utilizado no cenário ambulatorial. Há uma diversidade deles que podem ser citados e que são formados a partir da necessidade institucional. Grupo de pacientes crônicos, de pacientes terminais, de pacientes que se submeteram gastroplastia, enfim, são incontáveis as possibilidades de formação de grupos homogêneos de suporte na instituição hospitalar;
6. Grupo de pacientes com problemas sexuais ou conjugais – uma experiência de destaque nos Estados Unidos e que possui replicação no ambulatório de psicologia do HFSE ligado ao serviço de urologia. Trabalho este que foi objeto de pesquisa e que originou uma dissertação de mestrado de Solano em 2009.

Nota-se a profusão de possibilidades que a aplicação da técnica operativa disponibiliza e que, por não possuírem um delineamento muito rígido, é possível através dela atingir múltiplos benefícios, como o psicoterápico.

Fiscmann (1993), entretanto, afirma que todo grupo operativo é terapêutico e alude a Pichon-Rivière ao citar que o grupo operativo é um instrumento de trabalho, uma técnica investigativa que cumpre, além disso, uma função terapêutica (p.95).

Osório (1991) assevera que o grupo é o agente de cura e a tarefa se constitui como um agente organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo.

Cura aqui entendida como a mudança das estereotípias de funcionamento de um sujeito frente às situações e a integração do sentir, do pensar e do agir. A mudança, entretanto, é motor para o aparecimento de medos básicos de perda e ansiedades (depressivas e persecutórias) que podem obstaculizar o processo.

A partir da observação desse movimento de resistência às mudanças, Fiscmann (1993) descreve os três momentos de um grupo operativo descritos como: pré-tarefa, tarefa e projeto.

Por *pré-tarefa* compreendemos a resistência à mudança, onde há o predomínio dos medos básicos e ansiedades frente ao desconhecido e que impedem o aderir a tarefa. A dissociação entre o agir, o sentir e o pensar também é comumente encontrado nesse momento.

Pichon-Rivière ao analisar a razão da resistência à mudanças e o significado da mudança para cada um, percebe a existência de dois medos básicos em toda a patologia e diante toda tarefa a iniciar. Para o autor, o medo da perda e o medo do ataque são medos básicos presentes que se presentificam em absolutamente todas as situações de mudança.

Os pacientes viviam o medo da perda do já adquirido, das defesas neuróticas estabelecidas.... Nossa operação era então trabalhar sobre o medo da perda no caso de mudança,.... Ora, tínhamos que estudar por que a mudança tinha essa significação.... o medo da perda estava fundamentalmente relacionado com a perda dos instrumentos que já utilizavam como doença para conseguir uma adaptação particular ao mundo. ... eles se sentiam mais seguros, por ter aprendido o “ofício” de doente, que não queriam mudar por outra situação que lhes criava uma ansiedade muito grande e que freava a mudança. (Pichon-Rivière, 2012, p. 275)

Nesta visada, é sempre muito interessante acompanhar os discursos dos pacientes que reitera o quanto possuem expertise sobre maneiras para atingir a perda de peso e o corpo magro. No entanto, diante de situações de crise, recorrem à conhecidos métodos para refrear a sensação de mal-estar, a comida. A obesidade talvez represente, assim, a melhor maneira que esses sujeitos conseguiram estar no mundo.

O medo da perda pode ser compreendido a partir do abandono da situação previamente conquistada. Esta situação já conhecida, não deixa de representar, embora desconfortável ou desprazerosa, um segurança para o paciente.

Já o medo do ataque, que segue situações de mudança recentes, prenuncia novas ansiedades, que ocasionarão resistências a essas mudanças realizadas. Ele deve ser fruto do medo de sentir-se pouco ou nada instrumentalizado para a nova situação, ou seja, o medo do ataque aponta para a sensação de vulnerabilidade. Assim, a resistência à mudanças tem íntima ligação com o medo do paciente de ter perdido suas defesas neuróticas.

Desta forma, como proposto por Pichon Rivière, o medo da perda é o sentimento de perder o que já possuiu, enquanto que o medo do ataque é o sentimento de achar-se indefeso diante de novas situações sem perceber-se dotado

do instrumental para lidar com o novo. Segundo o autor, a compreensão desses dois movimentos de resistência orientará a tarefa do grupo.

Logo, é possível a compreensão de que há um interjogo constante entre o medo da perda do já conhecido e o medo do ataque do que está por vir.

A *tarefa*, o segundo momento de um grupo operativo, consiste em resolver situações estereotipadas e problemáticas que surgem da intensificação das ansiedades diante da situação que se dá na aprendizagem.

A aprendizagem implica no abandono, ainda que não completamente consciente, de outras formas de ver, de se estar no mundo. Este é o dilema que precisa ser atravessado e ultrapassado, ou seja, enfrentar as estereotípias, os comportamentos automáticos e engendrar um algo novo, que por essa qualidade gera ansiedades.

A tarefa no grupo operativo é a resolução das situações de engessamento em qualquer aspecto da vida que se apresente, abrindo espaço para uma postura mais dialética diante da mesma. A técnica possibilita, desta maneira, a saída de uma situação estancada ou controversa para uma situação de movimento e dialética. No entanto, ainda que o objetivo do grupo operativo seja conseguir uma mudança, o grau de modificação atingido dependerá de cada um dos indivíduos que dele fazem parte.

A partida é o explícito e, tal qual um movimento espiralado, aproximamos-nos do implícito, destacando os aspectos que atuam favorecendo a rigidez, os padrões até chegar à uma nova formulação. Explícito e implícito tomados em termos freudianos e apontando para o tornar consciente o inconsciente. Assim, a tarefa enunciada no grupo é a unidade de trabalho, ou ainda, a explicação do implícito.

A direção do trabalho com o grupo operativo é, então, também terapêutica, pois o novo convoca a plasticidade e o abandono de técnicas defensivas anteriores, promovendo mudanças nos indivíduos que os compõe.

Tal objetivo terapêutico é conquistado quando, através da centralização na tarefa do grupo, os medos básicos são manejados. A técnica operativa possibilita que cada um dos participantes do grupo possam se dar conta e explorar suas fantasias, criando condições de mobilizar e romper com as estruturas estereotipadas (Fiscmann, 1993 p. 100).

O *projeto*, terceiro momento do grupo operativo, pode ser compreendido como aquilo que aparece emergido da tarefa e o que possibilita o planejamento para o futuro.

Um outro importante conceito que tem pertinência nos grupos operativos é o de *'novo emergente'*, que diz respeito ao que aparece, a nova perspectiva para a situação que é possibilitada pela interpretação ou assinalação do coordenador do grupo. É uma situação nova que se estrutura a partir da intervenção do coordenador.

Em íntima articulação, o porta-voz é o integrante que atua como vetor para que o processo implícito possa se transformar no emergente. Então, o porta-voz é aquele que funciona como veículo da qualidade nova, do emergente.

Afirma Pichon-Rivière, que o porta-voz é aquele capaz de sentir uma situação da qual seu grupo está participando e que pode exprimi-la, explicitá-la porque está mais próxima de sua mente do que da dos outros (p.286).

Na experiência objeto dessa dissertação e que motivou maior aprofundamento sobre a técnica dos grupos operativos como instrumento de saúde mental para os pacientes da equipe de cirurgia bariátrica do HFSE, o objetivo comum é o emagrecimento. Esta é a tarefa explicitada comum a todos os membros do grupo.

Para que o emagrecimento possa se dar, são necessários mudanças de hábitos – alimentares, sociais, familiares. Estes são entendidos como a tarefa interna, ou de forma mais clara, as atividades entre as quais cada um dos membros deverá se dedicar para a consecução de seu objetivo. Estas são realizadas por cada um, mas também conjuntamente, uma vez que a todos cabe a mesmas tarefa.

O encontro semanal favorece que seus membros possam permanecer próximos e acompanhar uns aos outros seus processos. Assim, aqueles que perderam peso são festejados ou, mesmo, invejados. Os que não perderam, se interrogam e lançam no grupo suas hipóteses. O grupo acolhe, mas também questiona e instiga para que todos possam manter o compromisso do emagrecimento mesmo antes de que a cirurgia aconteça. Alguns pacientes conseguem se manter em uma curva ascendente de perda de peso, outros não.

Os pacientes que já se submeteram ao procedimento bariátrico também comparecem. Ora para serem admirados, ora para compartilharem sua experiência com as alegrias e angústia que fazem parte do processo. Indubitavelmente, são recebidos com grande alegria, curiosidade e respondem as perguntas sempre da

forma mais franca quanto seja possível para eles. Essa afetiva troca de experiências parece ser aglutinadora e co-responsável pela adesão dos pacientes às orientações da equipe.

Essa breve ilustração do cotidiano grupal auxilia-nos na compreensão dos três momentos do grupo operativo. A entrada na tarefa só é possível quando o grupo pode verbalizar, clarificar e esclarecer o processo de cada um, confrontando-se com seus medos básicos, movimentos de resistência ao novo e medo da perda de referências que os sustentaram até então. A formulação do significado que o emagrecimento tem para cada um somada às motivações para atingir esse objetivo norteiam a construção do projeto.

A cada semana, a cada novo grupo, o compromisso se renova e é fato corriqueiro entre os pacientes, o destaque dado a esse espaço grupal.

3.4

A experiência com grupos no ambulatório de psicologia com pacientes de cirurgia bariátrica no HFSE/RJ

Partindo da potência vinculadora da instituição hospitalar aos sujeitos que dela se utilizam, quer pela condição de estarem ali a procura de tratamento médico, quer pela relação estabelecida com o próprio hospital e também entre eles, ressaltamos a influência do dispositivo grupal na instituição como tecnologia promotora de mudanças.

O grupo se apresenta como uma cena onde a cada um dos sujeitos é permitido expressar-se livremente a partir do seu imaginário, e ao mesmo tempo permite a cada um deles observar os efeitos que suas fantasias produzem no grupo.

Essas fantasias individuais sustentam as ações, os projetos, intenções e desejos de cada membro do grupo e são o fundamento daquilo que existe em seu inconsciente. Em alguns momentos durante o percurso do grupo, fantasias grupais são construídas, mas a forma pela qual cada membro do grupo se defronta e lida com elas tem haver com sua própria história (Solano, 2009).

Um homem jovem, 27 anos, em pré-operatório para cirurgia bariátrica traz que a cada refeição sente-se confrontado com um abismo. Sente-se à beira do precipício, em um limite angustiante entre manter-se em constante sensação de

alarme, porém ‘seguro’ ou entregar-se ao cair sem fim mas prazeroso de sua relação com a comida.

O relato antecipa para o grupo uma cena que é comum aos participantes. O flerte com a experiência que se apresenta sedutora e prazerosa mas que oculta sensações de impotência, fracasso e culpa que resultam em um certo moinho que os massacra e evidencia o sofrimento psíquico de que padecem.

Na prática clínica, a introdução de um assunto no grupo propicia a investigação dos vários pontos de interseção entre a verticalidade do sujeito que enuncia a questão e horizontalidade do grupo. A enunciação de um problema explicita a possibilidade de elaboração de fantasias que estão bloqueando a atividade grupal.

A verticalidade e a horizontalidade do grupo se interpõem, demandando a emergência de um porta-voz que ao enunciar seu problema, reatualizando seus acontecimentos históricos, denuncia o conflito da situação grupal em relação à tarefa. Isso deve ser tomado como a horizontalidade ou, melhor compreendido, como o algo em comum compartilhado pela situação grupal.

A explicitação das fantasias que rondam o grupo é parte fundamental para o desenvolvimento do grupo no que tange ao propósito de resolução da tarefa. É mister a clarificação das fantasias universais para permitir que o processo de mudança ocorra.

Uma mulher de 48 anos, operada há aproximadamente 3 anos e que já passou pelas cirurgias reparadoras comparece ao grupo e fala das implicações subjetivas de habitar um corpo magro e sentir-se objeto de olhares alheios.

Causa curiosidade nos demais aquilo que parecia uma queixa, e que de fato o era. O relato propiciou no grupo o emergir de conteúdos relacionados ao desamparo, desconforto emocional e destinos ocasionado pela falta mas também pelo excesso do olhar do outro.

Nesse sentido, aproximamo-nos da técnica analítica, que é tornar consciente o inconsciente, ou seja, transformar o implícito ou latente em explícito ou manifesto.

De um ponto de vista técnico, parte-se em geral do explícito para descobrir o implícito com o fim de torná-lo explícito e, desta forma, num contínuo movimento de espiral (Pichon- Rivièrè, 2012, p.273).

Como a prática exposta trata de um grupo homogêneo com objetivos de preparo para a cirurgia e também de continente para a experiência de fazer uma intervenção tão radical no corpo que poderá suscitar algum grau de sofrimento psíquico, entendemos que dos limitados objetivos de um grupo informativo - que pretende esclarecer dúvidas e fantasias, contribuindo para diminuir ansiedades do paciente e assim auxiliar a entrada na cirurgia adotando uma postura mais cooperativa e com menor chance de apresentar um distúrbio do comportamento no pós-operatório – transitamos para técnicas mais complexas a medida que os objetivos do grupo tornaram-se mais “ambiciosos”.

Isto é, uma permanência no grupo mais prolongada, o continente do grupo se estendendo à fase pós-operatória, a necessidade do conhecimento do que envolve a temática e seus possíveis significados, bem como as alterações do sujeito e da maneira como este se relaciona com os objetos externos propiciados no pós cirurgia.

Assim, de uma proposta mais informativa e de suporte, caminhamos para um objetivo de conhecimento (insight) e de elaboração ou reflexão. Pensar, refletir como é ser obeso e ter reduzido o estômago. As mudanças no contexto familiar e social produzidas a partir desse lugar. Os significados atribuídos à máxima de que para reduzir o estômago é preciso “operar” a cabeça antes, ou mesmo, a ansiedade e angústia traduzidas pelas assertivas “só operei o estômago e não a mente” ou “continuo com cabeça de gordo”. Desta forma, consideramos que a psicanálise é um importante referencial teórico nesta seara.

No entanto, a experiência em que se baseia este estudo trata de uma aplicação da psicanálise e não da psicanálise pura. Isto implica na utilização de intervenções ou clarificações sobre o funcionamento mental do paciente comum ao grupo, deparando-o com suas ambiguidades. Cabe também assinalar ao grupo conteúdos que estão presentes no discurso mas que negam, mostrando algo significativo para o paciente e para o grupo.

Espera-se então que o grupo, e cada um dos seus membros, possa refletir sobre o conteúdo trabalhado durante a sessão e que possa chegar a uma visão mais ampliada, produzindo um novo conhecimento sobre suas questões e a consequente mudança advinda desse novo saber.

Mais do que interpretar, trata-se de possibilitar ao paciente (e ao grupo) que ele descubra e crie aquela significação com a ajuda do terapeuta, que age como “ambiente facilitador” (Winnicott) do desenvolvimento, da terapia, da vida, enfim.

O grupo é um excelente espaço para, juntos, descobrirem-se verdades, aspectos de cada um e de todos. (Melo Filho, 2007, p. 133).

O grupo de pacientes de cirurgia bariátrica realizado no ambulatório pretende-se um grupo de apoio mas também de análise do ego do paciente, voltado para suas relações objetais. Trabalhando-se as instâncias narcísicas e ao mesmo tempo, as interpessoais.

Isso significa que as repercussões da obesidade, bem como da redução do estômago são abordadas tendo como pano de fundo o universo familiar, social e laborativo do paciente. E se os instrumentais analíticos (interpretação calcada na transferência, por exemplo) não são usados no setting em si, eles serão sempre referenciais importantes para a compreensão das situações básicas de um grupo.

Ratifica-se na abordagem grupal também a relevância da passagem do foco avaliativo para o de estabelecimento de uma relação de apoio, esclarecimento e orientação. A formação do vínculo funciona também na abordagem paralela grupal como coadjuvante nos cuidados com os pacientes portadores de obesidade mórbida candidatos à gastroplastia e aos que já foram a ela submetidos, no auxílio em seu percurso rumo a uma nova identidade.

O desenvolvimento de um olhar mais integral ao paciente, bem como a garantia de acesso a essa tecnologia busca cooperar na obtenção de resultados mais positivos no processo de tomada de consciência das necessidades e modificações inerentes ao processo.

A garantia da continuidade do apoio psicológico, após a cirurgia, pode ser aqui considerada como um dos fatores da formação do vínculo, detectados através da aderência ao tratamento. Busca-se com os pacientes localizar possíveis mantenedores ou causadores de reganho de peso e abordar comportamentos inadequados em relação ao tratamento proposto pela equipe multidisciplinar que possam estar impactando negativamente no resultado obtido.

Ainda que todos os pacientes sejam acompanhados no período pré-operatório em sessões individuais e também de grupo, urge como amplamente reiterado ao longo do texto, a necessidade da manutenção do mesmo olhar no período após a realização do procedimento cirúrgico, pois quadros psiquiátricos como transtornos de humor, esquizofrenia e abuso de substâncias limitam a adesão ao tratamento antiobesidade e mudanças no estilo de vida. Ademais, não há garantias de que a perda de peso resultará em acréscimo na auto-estima, pois a

observação clínica nos confronta com o profuso número de pacientes que trilham o percurso da satisfação inicial para as queixas relacionadas à imagem corporal.

A grande quantidade de sobra de pele com que precisam conviver por um período considerável, por exemplo, prenuncia situações nas quais persiste sensações de inadequação à ordem estética vigente.

As intensas queixas de desinteresse por parte dos cônjuges e parceiros sexuais ou a vergonha de se desnudarem, também é motor para o descontentamento que alimenta o ciclo insatisfação corporal, baixa auto-estima, ansiedade, depressão, obesidade.

Assim, é crucial que durante os grupos sejam avaliados aspectos que podem ser descritos como preditores do reganho de peso. Abaixo, destacamos aspectos que devem ser monitorados:

- Relatos de perda de controle na ingestão de alimentos, bem como falta de controle relacionado aos horários de alimentação (a cada três horas);
- Detecção de pacientes que cursam com hábitos de beliscar, pois estes possuem 5 vezes mais chances de reganho de peso;
- Observação daqueles que referem ingestão alimentar associada a estímulos emocionais ou ansiedade;
- Identificação da reação negativa às mudanças de sua imagem corporal.

Para estes casos, todos avaliados em retorno no grupo, é solicitado a manutenção de sessões individuais contiguamente.

Portanto, o acompanhamento proposto no ambulatório de psicologia ao paciente portador de obesidade grave submetido à cirurgia bariátrica obedece ao disposto pelo Ministério da Saúde, porém não é estanque. Sua flexibilização faz-se presente sempre que necessário, garantindo porta aberta aos acompanhamentos individuais e às sessões de grupo.

É facultado no pós-operatório o encaminhamento à psicologia por todos os membros da equipe multidisciplinar. Como estabelecido pelo protocolo, o primeiro retorno no pós cirurgia do paciente se dá no ambulatório da cirurgia geral e no da

endocrinologia e, por isso em geral, são esses profissionais que remetem à psicologia antecipadamente àqueles momentos que já foram previamente estabelecidos.

Esse modelo de funcionamento estabelecido na equipe garante o suporte e o acompanhamento psicológico aos pacientes tão logo seja verificado algum aspecto de ordem emocional que possa causar interferência negativa no processo. Manter porta aberta possibilita o acolhimento tão fundamental à pacientes que, frequentemente, apresentam uma psicodinâmica regredida.

Bernadete¹, uma mulher de 27 anos, agente de saúde, solteira, tem um pós operatório imediato sem nenhuma intercorrência sob o referencial médico. Com exames clínicos absolutamente dentro dos parâmetros esperados e sem queixas de náuseas ou vômitos. No entanto, em seu retorno ao ambulatório do cirurgião, apresenta-se com intenso sofrimento emocional. A célere perda de peso fomenta uma estranha sensação de não reconhecimento do corpo que agora habita. Uma montanha-russa, como ela expressava, de sentimentos que se alternavam entre bons e ruins. Um corpo que dia a dia mostra-se diferente e que perde vertiginosamente seus contornos.

A acentuada reação de Bernardete traduzia questionamentos e medos sobre sua possibilidade de responder ao meio externo, e também ao interno, de forma diferente. Questões que possuem íntima relação com as vivências familiares, sociais e psíquicas de cada um e que necessitarão de um longo trabalho de elaboração e suporte egóico.

O encaminhamento para a psicologia pelo cirurgião foi imediato. Acolhida, Bernardete permaneceu em acompanhamento semanal em grupo acrescidos de sessões individuais que favoreceram que ela pudesse se sustentar e atravessar a crise sem lançar mão de recurso medicamentoso. Tal direção sensível, possibilitou a percepção e o reconhecimento paulatino de seus novos contornos, bem como seu fortalecimento para a apresentação das múltiplas intempéries da vida.

O grupo um espelho, um conjunto de experiências, afetos e conhecimentos, que estimula a aceitação à nova imagem corporal e a resposta à críticas do meio, que muitas vezes são projeções de conteúdos internos e apoio a projetos de auto-sabotagem.

¹ Nome fictício utilizado para garantir a proteção à identidade da paciente

Pichon-Rivière (2012) propõe o grupo operativo como um instrumento eficaz ao salientar que nele coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução de situações de ansiedade (p.143). Segundo o autor, o grupo operativo assemelha-se ao funcionamento do grupo familiar e pode ser definido como um conjunto de pessoas reunidas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, implícita ou explicitamente, uma tarefa que constitui sua finalidade.

Um dos objetivos da técnica dos grupos operativos, como sinaliza Pichon-Rivière é o de auxiliar na minimização dos medos básicos e o de favorecer o rompimento dos estereótipos que funcionam como barreira à mudança. Assim, uma comunicação significativa com os outros membros do grupo e a possibilidade de dar e receber feedbacks que auxiliem no exame dos aspectos ocultos dos próprios sentimentos e comportamentos são propostas da terapia de grupo.

Há também um forte caráter terapêutico no grupo ocasionado pela identificação de seus membros, suporte oferecido, esclarecimento quanto às fantasias relacionadas ao procedimento e pós-operatório e acolhimento de ansiedades e angústias relacionada a todo período pré e pós-operatórios. Em acréscimo, observa-se que a troca de informações e experiências é facilitadora de insights e promove o desenvolvimento de aprendizagens, que engendram um clima de estímulo à atividade em detrimento à passividade.

Dessa maneira, incentiva-se a cada começo de atendimento em grupo que um participante dê as boas-vindas aos novos participantes que ali estejam e que explique os objetivos daquele espaço. Este é um recurso vivo e interessante porque é implementado por aqueles que já passaram pela experiência da cirurgia ou por aqueles que estão em adiantada fase pré-operatória, cabendo a coordenadora adotar uma postura expectante das livres associações que dali surgirão.

Os temas a serem trabalhados podem surgir naturalmente de um dos membros do grupo e serem estendidos a todos para reflexão, ou serem levantados pelo coordenador. No entanto, são pertinentes ao complexo cirurgia bariátrica e obesidade, sendo que não há rigidez quanto aos conteúdos a serem trabalhados.

Ao final de cada encontro o coordenador transmite ao grupo e a cada participante uma interpretação geral a partir do conteúdo trabalhado naquela sessão “amarrando” as ideias que estiveram presentes no discurso dos participantes.

A partir de Pichon-Rivière, é dado relevo ao processo terapêutico do qual o grupo é instrumento e que consiste na diminuição dos medos básicos – medo de ataque ao ego (ansiedade paranóide) e medo da perda do objeto (ansiedade depressiva), que são paralisantes a ação do ego, tornando-o impotente.

Para Pichon-Rivière, as técnicas operativas oportunizam a criação de novas condições para os pacientes ao fortalecer seus egos, tornando-os mais plásticos, auxiliando-os na adaptação ativa à realidade, com base numa interação dinâmica entre introjeções e projeções, que se transformam em operativas porque estão alicerçando as ações e a compreensão destes sobre o mundo.

O compartilhar de vivências corrobora o desenvolvimento de um esquema referencial que seja comum ao grupo e que auxiliará na aprendizagem de um novo contexto, no restabelecimento de redes de comunicação e no fortalecimento egóico por abordar e destruir a resistência à mudanças e auxiliar na reorganização de uma nova etapa, cuja avaliação jaz sob critérios de adaptação ativa à realidade, modificação de si e operação no meio.

Nota-se que através dos grupos operativos, o sujeito adquire ou recupera um pensamento acerca de si e também do social. Nas palavras de Pichon-Rivière “*o paciente obtém consciência de sua própria identidade e da identidade dos outros*” (p.145).

O grupo operativo realizado com os pacientes de cirurgia bariátrica é, assim, um instrumento técnico centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um dos seus integrantes, o que seria uma psicanálise individual em grupo.

No entanto, como proposto por Pichon-Rivière, não é centrado exclusivamente no grupo, mas em cada ‘*aqui-agora-comigo*’, considerando quem enuncia um acontecimento como porta-voz de si mesmo e das fantasias inconscientes do grupo.

Começa-se assim a interpretar o porta-voz, para *ato continun*, assinalar o explicitado também como um problema grupal. E, enquanto tal, requer a elaboração do e no grupo. É estimulado que os membros do grupo possam, então, intercambiar idéias, desenvolvendo e estabelecendo estratégias para o manejo da situação-problema inicialmente colocada.

Em resumo, o dispositivo grupal na experiência aqui tratada, mostra-se um recurso potente para o manejo e auxílio da minimização dos medos, rompimento de estereótipos fantasmáticos e enfrentamento das novas situações que emergem do próprio processo de ser submetido à uma cirurgia redutora de estômago.

O estímulo à uma posição ativa, assumindo o protagonismo de ações e escolhas, o abandono progressivo das respostas inadequadas à situações ansiogênicas estimulados a todo o momento e o ancoradouro de medos à mudanças são recursos invariavelmente adotados e que promovem os sentimentos básicos de pertença, cooperação e pertinência entre seus membros, que conferem ao grupo produtividade e esteio para os processos de mudança.

Além disto, como citado, no HFSE a cada dois meses ocorrem reuniões de esclarecimento destinadas a todos os pacientes candidatos ou aos que já se submeteram ao procedimento bariátrico, bem como suas redes de suporte, quer sejam familiares ou amigos.

Nestes fóruns, há a presença de toda a equipe multidisciplinar e são transmitidas informações sobre o procedimento cirúrgico, alimentação nas fases pré e pós cirurgia, a importância das variáveis psicológicas envolvidas no processo, entre outros assuntos que possuam íntima relação com a problemática. Privilegia-se aqui também a participação dos pacientes estimulando a partilha de testemunhos reais.

Observa-se que alguns temas se presentificam de tal modo que fazem parte de um certo complexo de conteúdos que sempre deverão ser referidos ao longo do trabalho de grupo. As profundas alterações corporais e da imagem corporal, as possíveis variações psíquicas que se vislumbram a partir das modificações ocasionadas pela exigência de um novo *modus vivendis* e também de alimentação, ansiedades e gestão das expectativas e inseguranças frutos de todo esse conjunto de novidades. Ainda há outros temas que comparecem com frequência e que poderão ser explorados no trajeto. Entre eles, é possível elencar como pertencentes a esse vasto complexo o estigma da obesidade, as relações interpessoais que são muitas vezes atravessadas por essa condição de obesidade, a sexualidade antes e após o procedimento cirúrgico, o mercado de trabalho e a vida social no pós cirúrgico.

Ainda acerca da função de um grupo, Corbisier (2011) defende que os grupos vão na contramão do ideário individualista, abrindo uma zona de compartilhamento, de vários espelhos, de várias possibilidades de identificação,

tecendo um espaço sempre em transição, sempre em movimento. Vários espelhos, que permitem a relativização de muitas categorias, como por exemplo, dos defeitos – o que é defeito para um, pode ser qualidade para o outro ou, como em nossa experiência, troca de estratégias para lidar com a frequente e difícil tarefa de modificar hábitos.

Assim, o artifício utilizado por um para atravessar a experiência cirúrgica e necessárias modificações impostas no estilo de vida, podem reverberar para outro.

Os grupos são sempre espaços paradoxais, concretos e fluidos, estão sempre no entre – uma situação e outra. Assim, nada mais coerente do que pensá-los como espaços transicionais. Assim como o espaço transicional de Winnicott, que está entre a criança e a mãe, os grupos estão entre cada um e o mundo. Mas, assim como Winnicott diz que a mãe, sinônimo de ambiente, precisa ser suficientemente boa, do meu ponto de vista, o mesmo ocorre com a construção dos grupos. É preciso uma dedicação muito grande, um investimento afetivo suficientemente bom, uma barriga suficientemente boa (...). Nos grupos, podemos falar, gritar, gemer, chorar, cantar, silenciar, até fazer um parto. Porque há um ambiente que protege, que escuta, que cuida, que acolhe, que garante que depois dali poderemos todos ser melhores e diferentes (Corbisier, 2011)

Da relação saudável que se estabelece nos grupos e ancorados nos postulados de Pichon-Rivière mas também na teorização winnicottiana, podemos afirmar que emergem os fundamentos para que o sujeito possa desenvolver instrumentos para lidar com o novo que se constitui. O grupo pode ser percebido desta forma como a mãe suficientemente boa, flexível o suficiente para acompanhar o sujeito candidato à bariátrica em suas necessidades, que oscilam e evoluem no rumo à independência.

3.5 Grupo e holding

À medida que o bebê aprende a engatinhar, e mais tarde a andar, a função de sustentação da mãe é gradualmente substituída pelo solo..., nesta idéia da função materna de proporcionar um sentimento de segurança, ...existe, aqui, um relacionamento vitalmente importante entre o bebê e a sua mãe,.... Estamos nos aproximando da tão conhecida observação de que a ansiedade mais antiga é aquela relativa a sentir-se segurado de um modo inseguro... Certos tipos de ansiedade no início da infância podem ser evitados pelo cuidado suficientemente bom (Winnicott, 1952)

Ao idealizar o dispositivo de grupo realizado com pacientes da cirurgia bariátrica no HFSE/RJ, sua potência promotora de saúde mental é destacada pelo inevitável paralelo com a teorização winnicottiana a respeito da importância do ambiente nos processos de maturação emocional do bebê.

A importância de um ambiente facilitador para o desenvolvimento da natureza humana, embasa a obra de Winnicott. Sua experiência na área de pediatria, lhe permitiu estabelecer uma teoria voltada para as fases mais precoces do desenvolvimento emocional da criança.

Ao reconhecer os vínculos emocionais nas etapas iniciais da organização psíquica e a dependência que ali se estabelecia com os objetos primários, Winnicott considerou as falhas ambientais como fator etiológico dos transtornos psicológicos. Entretanto, foi na sua árdua prática de análise com pacientes psicóticos adultos profundamente regredidos, que pode aprender mais sobre a psicologia da primeira infância.

Para Winnicott (1983), cada ser humano traz ao nascer um potencial inato para amadurecer, para se integrar. Contudo, a tendência embora inata não garante sua consecução. Isto dependerá de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Ambiente este que inicialmente é representado pela mãe, ou substituta desta.

É importante ressaltar que esses cuidados dependem da necessidade de cada criança, pois cada ser humano responderá ao ambiente de forma própria, apresentando, a cada momento, condições, potencialidades e dificuldades diferentes. Assim, pode-se entender que não se trata apenas de um bem sucedido cumprimento de tarefas mecânicas como dar de comer, fazer a higiene ou por para dormir. É importante que a mãe ambiente, suficientemente boa, perceba como satisfazer seu bebê, reconhecendo-o em suas especificidades.

Winnicott possui memorável relevância no estudo e no manejo do mecanismo da regressão, apresentando-a como um aspecto clínico exaustivamente estudado por ele. O acento ao tema em sua obra traz consequências diretas ao manejo da técnica, sendo fundamental o reconhecimento de que cada paciente possui seu próprio ritmo e, tal qual a mãe suficientemente boa deve ter condições de reconhecer as particularidades de seu bebê, o analista deve respeitar os diferentes tempos no curso do desenvolvimento de seus pacientes.

A compreensão da questão da regressão em psicanálise, sobretudo no ambiente hospitalar, nos é particularmente cara. Concebida como um mecanismo de defesa, seu exame aponta mais, como indicado por Winnicott em 1954, para a existência de uma organização egóica e uma ameaça de caos, do que para o uso popular que se faz do termo.

A atualização de um modo de funcionamento psíquico ligado à etapas mais precoces do desenvolvimento permite a satisfação de necessidades afetivas primitivas. Todavia, esta atualização pressupõe que para regredir à um estágio anterior “*é necessário que alguém consiga perceber essa necessidade e possa colocar-se em condições de preenchê-la*” (Masud R. Khan, p.25).

Winnicott (1954) sublinha que o bom entendimento da técnica conduz o analista a cooperar com o seu paciente no seguimento de um processo que é singular, pois cada paciente possui seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo.

Em Winnicott (1955 [1954]), reconhecemos três categorias distintas de pacientes. Em uma primeira categoria, pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, que já alcançaram o estágio de integração, cuja dificuldades estão localizadas no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Estes, entendidos como aqueles que passaram pelo Édipo com relativo sucesso, a técnica para o tratamento faz parte do escopo da psicanálise desenvolvida por Freud.

Um segundo grupo de pacientes pode ser reconhecido por Winnicott. São aqueles cuja a personalidade, sob condições favoráveis, começou a integrar-se em uma unidade – o ego. Um ego que será forte ou fraco, segundo a premissa winnicottiana, em decorrência da mãe e da sua capacidade de satisfazer a dependência absoluta da criança no começo, no estágio anterior à separação entre mãe e self. A mãe suficientemente boa a que faz referência é aquela capaz de satisfazer as necessidades do bebê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança, na sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve experiência de onipotência (1962, p. 56).

As diferenças em termos de funcionamento psíquico entre um bebê cuja a mãe pode desempenhar a tarefa da preocupação materna primária bem – estado de exacerbada sensibilidade em que a mãe se encontra durante e principalmente ao final da gravidez e que dura até algumas semanas após o nascimento do bebê e que pode ser comparado a um estado de retraimento ou de dissociação que lhes

possibilita a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos (1956, p. 401) – e o de um bebê cuja mãe não pode fazê-lo é tão significativa que Winnicott pontua que não há validade em descrever bebês nos estágios iniciais a não ser relacionando-os com o funcionamento das mães.

A ausência da mãe suficientemente boa, ou de alguém que se disponibilize para exercer tal função, abala a maturação do ego ou faz com que o desenvolvimento do ego ocorra necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes. Nesse estágio, o bebê é um ser imaturo que está *continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável* (1962, p.56), que pode ser evitada pela mãe e sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral do seu corpo e, por consequência, de sua pessoa.

O grupo como holding é a tradução do acolhimento necessário aos seus membros e ao funcionamento amoroso e empático que dele se espera. O holding é sustentação que permitirá que cada um dos membros do grupo possa desenvolver seu potencial em direção a autonomia, internalizando os cuidados recebidos como forma de acreditar em seus próprios recursos de enfrentamento para lidar com as situações adversas que possam surgir em seu contato com o novo e com o mundo.

Em paralelo a obra winnicottiana, a não sustentação do grupo pode ocasionar o sentimento de desintegração, gerando angústia de aniquilamento. O apoio do grupo é, segundo relatos dos pacientes, fundamental. A presença empática do grupo é uma aproximação a sintonia mãe-bebê, e a capacidade da primeira dessa díade de captar e entender as mensagens do seu bebê, provendo-o do que ele necessita.

Deste modo, o grupo funciona como o ambiente que auxilia na provisão para a concretização no rumo à independência de seus participantes, pois o olhar do grupo é significativo para cada um dos membros que dele fazem parte. Através dele este sujeito pode se ver, se pensar e se implicar em seu projeto.

A aproximação da abordagem winnicottiana com a função do grupo terapêutico vem sendo explorada por vários autores. Podemos citar, entre tantos, Campos (2007) e Corbisier (2009, 2011).

A última, em estimulante artigo de 2009, propõe a analogia entre grupo e a relação mãe-bebê. Nesta aproximação, o grupo é apresentado a partir da metáfora “uma barriga cheia de bebês”, ou seja, a barriga/grupo como um espaço transicional entre o fora (mundo) e o dentro (a subjetividade de cada participante).

Para Corbisier, cada sessão de grupo pode ser compreendida tal qual um parto, no qual conceitos tão presentes na obra de Donald Winnicott como de ambiente suficientemente bom, holding, handling e sentimento de confiança sustentando o desenvolvimento psíquico e físico de um bebê são utilizados como balizas para a elaboração dessa analogia.

Nesta interessante perspectiva proposta pela autora, o grupo é o espaço transicional, que não está dentro nem fora, aquela posição intermediária entre o subjetivo e o objetivo.

Ao estabelecer a conexão grupo / relação mãe-bebê, Corbisier demonstra a possibilidade de pensá-lo em termos de “ambiente suficientemente bom” e nos brinda com a sensível e cativante imagem do grupo como um ventre grávido sempre a parir novas criaturas.

Tal alegoria sugere a fusão inicial entre mãe/bebê que pouco a pouco, em um ambiente de confiança, vai se dissipando e abrindo lugar ao rumo à independência relativa. Entretanto, é importante ressaltar que a independência nunca é absoluta, uma vez que o indivíduo sadio não se torna isolado, mas se relaciona com o ambiente de tal modo que pode se dizer que ambos se tornam interdependentes.

Pontua Corbisier que em um ambiente suficientemente bom, as “criaturas recém paridas” podem interagir e criativamente, podem formular novas respostas na trajetória do fusional para a diferenciação.

Desta forma, o ambiente/grupo auxilia a tarefa de sensação de continuidade fundamental do vir a ser. O grupo-barriga, neste delicado olhar de Corbisier, influenciado pelo pressuposto winnicottiano de que a saúde mental do indivíduo está intimamente ligada ao ambiente, possui relevância como o suporte que está na origem e é sustentáculo do necessário acolhimento para que seus membros sintam-se suficientemente seguros.

Os grupos realizados no ambulatório de psicologia do HFSE/RJ destinados aos pacientes da equipe de cirurgia bariátrica assumem portanto, em concomitância ao acompanhamento psicológico individual, preponderância como tecnologia disponível para a promoção de saúde mental nos pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi difícil, mas ela aprendeu que, por mais doloroso que seja, colocar um ponto final em uma história também é um ato de amor
Zack Magiezi

Finalizar este trabalho deixa a incômoda sensação de que mais poderia ter sido abarcado. Talvez mesmo pela condição multifatorial da obesidade, que não é explicada por um viés apenas. Mas acredito, sobretudo, porque o tema da pesquisa busca trazer ao palco o sofrimento subjacente à condição de obesidade.

Desta maneira, ainda que possamos refletir sobre a cena contemporânea e seu decisivo protagonismo no mal-estar produzido entre os pacientes a quem escutei e ainda ofereço escuta no ambulatório de psicologia do hospital no qual estou vinculada, é dos sentidos particulares que é movido o acompanhamento oferecido e que motivou esta produção.

Como dito no corpo da dissertação, o trabalho é tributário aos pacientes desta clínica que de maneira tão corajosa refletem a respeito de tema tão delicado e cercado de fantasias. Assim, ao mesmo tempo, apesar do desejo de prosseguir pelo viés da articulação entre prática-pesquisa e teorização, finalizar este trabalho é também permitir que os debates, reflexões e estudos sobre a temática possam ser compartilhados e ampliados.

O aumento substancial do número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil aponta para o fato de que o país segue a tendência mundial de uma população cada vez mais obesa e, por isso, com significativos gastos que oneram os cofres públicos com despesas médicas ocasionadas pelas comorbidades associadas a obesidade, bem como com custos indiretos como perda de produtividade, aposentadoria precoce, dificuldade de ajuste social e declínio da qualidade de vida.

Isto posto, iniciamos nossas reflexões sobre as repercussões da cirurgia bariátrica naqueles que a ela se submetem dentro do enquadre do trabalho de uma instituição hospitalar no âmbito público onde, tal qual a tendência mundial a obesidade, tem seu ambulatório destinado a esses pacientes crescendo vertiginosamente. Se em uma fase inicial de ajustes técnicos e estruturais, nossa população era restrita aos já pacientes do ambulatório de endocrinologia portadores, portanto, de comorbidades tais como o diabetes de difícil controle, hoje recebemos pacientes de todo o sistema de regulação do SUS. Isto implica no recebimento de pacientes obesos com comorbidades, mas também

nos superobesos que guardam sucessivas histórias de tentativas de emagrecimento e complicações emocionais e psiquiátricas mais severas.

Destaco que se em um primeiro momento os pacientes tinham um discurso amalgamado ao discurso médico, trazendo como ganho principal a conquista de mais saúde com o abandono total ou parcial de medicações para controle glicêmico ou pressórico, no momento seguinte recebendo os grandes obesos, o discurso modificou-se. As queixas de ordem somática foram se escasseando e o que foi ganhando a cena, foram queixas de intenso sofrimento psíquico relacionado a experiência da obesidade e o lugar marginal que ocupam no social. O lugar social pouco prestigiado que é reservado ao obeso é constantemente apontado tendo maior capacidade de fomentar sofrimento do que qualquer outra queixa de sintoma físico.

Tendo ao longo do tempo internalizado este estigma, os próprios pacientes tendem a se rejeitar e atacar, desencorajando nas palavras de Bourdieu appud Teixeira (p. 122), “*qualquer antecipação razoável de futuro*”, *carregando os efeitos resultantes do capital simbólico negativo, como efeito do destino e com repercussões em todas esferas do cotidiano*”.

Estas observações presentificadas nos relatos clínicos podem ser compreendidas como pertencentes a categorias de sofrimento diferentes. No entanto, como mensuramos o sofrimento psíquico? Sofrimento é sofrimento e o possível é o acompanhamento de seus desdobramentos ou, diríamos, capacidade “letal” em cada sujeito.

Por certo, a característica depressiva ou super ansiosa desses pacientes torna o tratamento muito mais complexo. Porém sabemos que qualquer proposta terapêutica deve sempre estar apoiada em um vínculo estabelecido. Todo tratamento se dá em uma relação. Assim, a articulação teórico-clínico proporcionada aqui confirma que o tratamento de pessoas obesas através da cirurgia bariátrica requer o cuidado integral de uma equipe multiprofissional para ser realmente eficaz. Cirurgião, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra formam equipe mínima. Esperamos que o desenvolvimento de pesquisas corrobore para que todas as equipes de cirurgia bariátrica ampliem-se e possam contar com a destacada contribuição de outros profissionais da área de saúde, como assistente social, fisioterapeuta e enfermeiro. Também, e talvez mais fundamental, que possam atuar psicólogo e psiquiatra em todas as equipes e não ou um ou outro indicando exclusão ou alternância de saberes.

O tratamento cirúrgico da obesidade demanda um modelo de assistência mais complexo e interdisciplinar de modo a prevenir recaídas, recidivas e o abandono do

tratamento que percebemos tão comuns quando não se prioriza a escuta das histórias de vida e o sofrimento psíquico dessas pessoas.

Esperamos igualmente que o acompanhamento psicológico aos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica se amplie cada vez mais ao ser considerado que os aspectos psíquicos que concorreram para o aumento ou manutenção do peso elevado não são extintos no bisturi da cirurgião e que a estimada vida nova que muitos anseiam com a realização da cirurgia depende também da maneira como lidam com suas questões existenciais.

Parece que a fantasia dos pacientes ao reconhecer que aspectos emocionais contribuem para a obesidade que sustentam é de que estes possam diminuir na mesma proporção de seus estômagos operados. Assim, superdimensionam os resultados da cirurgia.

Destaco como achado que a desinformação e o preconceito que cercam o tema contribuem muito para a manutenção da obesidade. Desta maneira, é comum pacientes desta clínica adotarem uma relação fóbigena com a comida e passarem longas horas sem se alimentar ou adotarem comportamento seletivo diante da comida. Por isso, considero importante adotarmos estratégias psicoeducacionais lado a lado à estratégias psicoterapêuticas. Tal qual uma mãe suficientemente boa, ensinamos a estes pacientes a comer, alimentando-os da palavra que dá sentido, mas também que os contém em suas pulsões desordenadas e falta de organização ou planejamento alimentar.

O discurso contemporâneo normatizador e mimetizador corpo magro/felicidade é agenciador de intenso sofrimento psíquico e contribui para o desejo de ser submetido a bariátrica. Porém, a ânsia em “remover” a obesidade através do tratamento cirúrgico é, ela mesma, produtora de insucesso e pode ser revelada mais como um prejuízo do que benefício. Assim, o ambulatório de psicologia convida os pacientes a pensar sobre como se forjou o corpo pesado de cada um, sob quais bases psíquicas podem estar acentadas a manutenção do excesso de peso e aposta que estas reflexões trarão resultados positivos e de maior adesão aos projetos de felicidade de cada um daqueles que o frequentam.

A observação da intensa implicação de aspectos emocionais que são relatados pelos pacientes teve como desdobramento a proposta de que a atuação do psicólogo nesta equipe fosse para além da pontual análise das contraindicações ao procedimento bariátrico. Formulamos assim um espaço onde os pacientes possam subjetivar a escolha pela cirurgia bariátrica e ressignificar a relação que estabeleceram ao longo dos anos com

seus corpos e com a alimentação. Trabalho que pensamos ser também fundamental como suporte no período após a cirurgia.

Desta forma, a alteração no fluxo de entrada de pacientes no ambulatório de psicologia é marcador da mudança e espaço disponibilizado à psicologia para desenvolver sua proposta de trabalho. Evoluiu-se de uma única entrevista na fase final de preparo para a cirurgia para o encaminhamento precoce a esse ambulatório a partir da compreensão da importância fundamental dos aspectos emocionais para o sucesso do procedimento. Tal modificação foi possível pela compreensão e postura da psicóloga de que a atuação e o trabalho neste campo só podem contribuir para os resultados positivos do procedimento.

Da fria avaliação nos afastamos e fomos nos aproximando da organização de um ambulatório que oferece acompanhamento pré operatório, visita pós cirúrgica na enfermaria e suporte no pós operatório. Do despersonalizado cumprimento de uma rotina de entrevistas pré agendadas para a aposta nos vínculos estabelecidos como alicerces de uma nova vida, desenvolveu-se o modelo no qual o caso a caso é fato destacado.

Outra importante vantagem observada nesta organização é que mesmo os casos contraindicados ao procedimento puderam ser acompanhados e orientados, resultando em adesão ao tratamento, emagrecimento e consequente cirurgia. Esta proposta intrínseca da psicologia, mas também de toda a equipe, favorece que os pacientes possam frequentar este espaço afastados do fantasma persecutório avaliativo. Este ponto é esclarecido logo de saída e resulta em uma vinculação maior dos pacientes à equipe.

Outro aspecto a se destacar nesta experiência parece ser a vantagem do trabalho de grupo, onde os pacientes podem semanalmente frequentar e renovar os votos de sustentar um novo modo de se relacionar com comida e, claro, também com sua subjetividade.

Observa-se que o grupo é continente para estas pessoas, tanto na fase anterior quanto posterior ao procedimento. Lá podem partilhar experiências, esclarecer suas dúvidas, apoiarem-se mutuamente, sentirem-se mais fortalecidos para o atravessamento do preconceito social e sensações de isolamento que o estigma da obesidade acarreta no emocional desses pacientes. O suporte encontrado que é subjacente ao grupo, auxilia na reconstrução da auto-estima dessas pacientes, em um ambiente onde podem promover trocas seguras.

Recentemente acompanhamos no grupo o retorno de uma senhora de 67 anos em pós operatório que chegou ao ambulatório da psicologia há aproximadamente dois anos francamente enlutada pela morte de seu filho. Na época com muitos sentimentos de

desesperança frente à vida. Todo o trabalho realizado foi o de acolher a sua dor e auxiliá-la a suportar a ausência daquele filho. Trago este exemplo como significativo para exemplificarmos a fundamental importância de acolhermos e trabalharmos com o material que o paciente nos traz. Tudo o que sabemos sobre diretrizes, indicações ou contraindicações à bariátrica deve ser considerado na qualidade de um saber que está posto em reserva e não entre paciente e psicólogo.

Hoje, 53 quilos mais magra, foi ao longo desse período de acompanhamento autorizando-se a retomar sua vida e casou-se novamente com o pai de outra paciente do grupo. Fato festejado por todos e símbolo do renascimento a que muitos pacientes fazem referência.

Nos encontros semanais em grupo, é possível destacar, dividir e acolher o sofrimento oriundo das pressões sociais fomentadas pela dita cultura do narcisismo e sociedade do espetáculo. Nos apropriamos, por isso, criticamente dessas questões e procuramos desenvolver questionamentos a respeito do quanto é deletério assumir como possível o atendimento integral desta demanda social.

Há um emagrecimento esperado e compatível com uma vida mais produtiva. No entanto, preocupamo-nos e alertamos, tanto quanto possível, sobre o discurso socialmente validado e normatizador que mimetiza corpo magro a felicidade como importante agenciador de sofrimento, desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e que reforça o muitas vezes o ciclo ansiedade/tristeza apaziguada pela comida ou outro objeto que funcione como substituto.

Aqui antecipamos a necessidade de promover reflexão do corpo da qual tratamos no ambulatório de psicologia. Um corpo erótico, pulsional pleno em significados e que parece querer comunicar algo ao mundo através da obesidade que possui. Sabemo-nos distanciados de uma relação direta com os sintomas que apresentamos, sendo assim, reiteramos que devemos escutar o sujeito que comparece ao ambulatório e as significações que dá para o peso excessivo que tem.

Todavia, fica claro nos relatos, que a obesidade é forjada ou mantida, em muitos casos, no âmbito complexo das inter-relações. São múltiplos e recorrentes os relatos de desamparo desde a mais tenra infância. Histórias frequentes de crianças que cresceram sob a companhia, na melhor das hipóteses, de televisões, porque muitas delas foram atravessando sua infância completamente sozinhas e vitimadas por abusos psicológicos e também sexuais. Sem ninguém que as cuidasse, poderíamos pensar que talvez lá ficaram. Fixados em um período do desenvolvimento psicosssexual onde as gratificações eram

orais e onde experimentaram a sensação de completude. O retorno continuado ao uso excessivo da comida pode, assim, ser interpretado como uma tentativa de dar sentido a experiência do desamparo.

Há observação de retorno de queixas de ansiedade ou depressão (menos frequentes nesta experiência, é verdade) apontam para a elementar necessidade de não tomarmos de maneira simplificada o mal-estar fomentador da cirurgia bariátrica. Se assim o fizéssemos, a diminuição do peso e do tamanho corporal seriam garantidores de uma vida mais plena e produtiva. Isto, como vimos ao longo da pesquisa, não é verdade. O corpo obeso pode ser interpretado de diversas maneiras e carregar múltiplos sentidos. Desde resistência às exigências da contemporaneidade hedonista até, como assinalado acima, corpo muralha protetor de uma dor insuportável ou inelaborável, passando por disfunções metabólicas “puras e simples”. Daí, afirmarmos que o acompanhamento psíquico destes pacientes deve ser disponibilizado também e, talvez, inclusive no pós operatório.

Infelizmente, sabemos que a vinculação extendida dos pacientes ao trabalho da psicologia é uma realidade muito mais possível nos ambulatórios públicos do que na rede privada, onde são populares os relatos de que os pacientes não querem pagar pelas consultas com o psicólogo admitindo que o trabalho está finalizado na ocasião da cirurgia.

Aqui uma reflexão crítica é importante. Cabe também aos profissionais médicos e equipe extendida de saúde a compreensão e divulgação entre os pacientes de que fatores emocionais ou inconscientes quando colocados apartados terão consequências e poderão impactar nos resultados cirurgicos a longo prazo. Assim, é de responsabilidade de todos que se multiplique esse discurso. Não de forma terrorista, mas como uma consciência de que a mudança mais ampla e mantenedora dos bons resultados cirurgicos obtidos passam necessariamente por uma elaboração que é psíquica.

A cirurgia bariátrica pode ser desencadeadora de muitas questões e angústias como observamos no desenvolvimento desta pesquisa. A intensa alteração da relação com a comida, a súbita modificação dos corpos, as relações familiares e sociais que precisam ser redesenhadas, a compulsão que insiste e retorna em sua face conhecida ou sob disfarces, são aspectos mercedores de atenção e reforçam a idéia de que o acompanhamento psicológico na fase posterior ao procedimento é nada senão necessário.

É claro que o ambulatório é também rico em experiências de êxito, onde desfilam pacientes que se sentem empoderados para lidar com o mundo hostil, como se houvessem recebido ingresso VIP para uma festa na qual nunca foram convidados. Agora, não mais

à margem da sociedade mas mais incluídos no mercado da moda ou do trabalho, sentem-se mais confiantes para estabelecer contatos sociais e amorosos. Não antes, passarem por intenso enamoramento de si. Curiosamente, observamos que este comportamento é constantemente fomentador de crises entre parceiros afetivos e promotor de separações na fase após cirurgia. Ainda mais curioso é a observação de que estes rompimentos não possuem um sentido negativo para os pacientes. Ao contrário, como se fosse uma medida necessária para uma vida mais leve que contemplam.

Como crítica a esse modelo de atuação desenvolvido, penso que será necessário uma ampliação da equipe uma vez que a proposta tende a manter os pacientes durante mais tempo em acompanhamento na instituição hospitalar. Desta maneira, haverá sempre um limite de pacientes acompanhados e, logo um funcionamento “inchado”.

Para além da estratégia grupal que já utilizamos, seria muito importante contar na rede básica de saúde com a garantia de programas destinados ao cuidado destes pacientes, onde pudessemos encaminhá-los. É claro, que a cirurgia é realizada para devolver as pessoas a uma vida mais produtiva, assim como é dever da equipe de nível terciário o acompanhamento pelo mínimo de dois anos a esses pacientes. No entanto, interrogo passados 5 anos das primeiras cirurgias realizadas, o que fazer com aquelas pacientes que ainda relatam intenso sofrimento.

Não podemos cruzar os braços e ficarmos indiferentes a isso. Encontramos em nossa experiência pacientes que, se antes referiam sofrimento relacionado a obesidade, hoje trazem severos comprometimentos emocionais que relacionam ao súbito emagrecimento e as intercorrências clínicas com que se confrontam desde então. Relativizamos suas impressões, porém é preciso como repetição, escutá-los.

O acesso a programas na rede básica de saúde é fato desejado por profissionais e usuários dos programas de alta complexidade existentes no nível terciário da saúde. Podemos destacar ainda a necessidade de aumento de quantitativo pessoal e programas de prevenção à obesidade na esfera primária que auxiliassem na construção de um juízo crítico dos valores disseminados na contemporaneidade. Por que não programas como esses nas escolas?

Outra estratégia interessante é a taxação de alimentos hipercalóricos, assim como o ocorrido com o cigarro, bem como maiores incentivos aos agricultores para que os hortifrutigranjeiros pudessem chegar a mesa do cidadão com preços menos proibitivos. Percebo, então, que solicito algo comum a todos que atuam no serviço público, bem como todos os usuários deste – a garantia de acesso à saúde integral, ampla e irrestrita.

Enquanto assistimos ao desmonte e aparelhamento da saúde pública, devemos criar resistência e nadar contra a maré criativamente desenvolvendo estratégias e dispositivos que contemplem a dimensão subjetiva dos processos saúde-doença.

Referências bibliográficas

ABRAHAM, K. O Primeiro Estágio Pré-Genital da Libido (1916). In:_____. *Teoria Psicanalítica da Libido – Sobre o Caráter e o Desenvolvimento da Libido*. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1970.

_____. A Influência do Erotismo Oral na Formação do Caráter (1924) In _____ . *Teoria Psicanalítica da Libido – Sobre o Caráter e o Desenvolvimento da Libido*. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1970.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM V- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTUNES, M.C. et al. A Obesidade como Sintoma Contemporâneo: uma questão preliminar. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, vol. VII, n. 13, nov. 2011 a abr. 2012. Disponível em< <http://www.isepol.com/asephallus>>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SINDROME METABÓLICA - ABESO–. *Diretrizes brasileiras para a obesidade–2009/10* Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009/10> acesso em 18 de junh de 2015.

AVILA, L. A. A Secreta Simetria: grupo e corpo na compreensão psicanalítica. *Revista SPAGESP*, Ribeirão Preto , v. 7, n. 1, p. 17-27, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-9702006000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 26 de dezembro 2015.

AZEVEDO, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D. C. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. *Psiquiatria Clínica*, 31(4), 170-172, 2004.

BAHIA L. R. ; ARAÚJO D.V. Impacto Econômico da Obesidade no Brasil. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2014;13(1):13-17.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição Nutricional no Brasil:tendências regionais e temporais.*Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,v. 19, suplemento 1, 2003, p181-191.

BAUDRILLARD, J. *A Sociedade do Consumo*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BERG, R. *Uma Análise Freudiana da Obesidade*. 2008. 136 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

_____. Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-196, Dec.2011 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de nov de 2014.

BERTI L. V. et al. Posição da SBCBM – Nomenclatura e Definições para os Resultados em Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia digestiva*, V.28, (supl.1): 1, p.2-2, 2015.

BESSET, V. L. Luto e angústia: questões em torno do objeto. *Latim American Journal fundamental psychopathology*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 185-192, Nov. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-03582007000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jan 2016.

BIRMAN, J. *Mal Estar na Atualidade – A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Civilização Brasileira, 2014.

_____. *O Sujeito na Contemporaneidade – Rio de Janeiro*. Civilização Brasileira, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2014.

_____. _____. Portaria nº 425 de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 15 ab. 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html > acesso em 17 de julho de 2015

_____. _____. Portaria nº 1569 de 28 de junho de 2007. Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as

unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 02 de jul. 2007. Disponível em <<http://www.crmpr.org.br/imprensa/portaria1569.pdf>> acesso em 17 de julho de 2015

_____. _____. Portaria nº 196 de 29 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre os critérios clínicos para indicação de gastroplastia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 01 mar. 2000. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/.../pg-32-secao-1-diario-oficial-da-uniao> acesso em 17 de julho de 2015

BUSTANI, A.; HWANG, K.F. Teoria das Pulsões. *Revista aSEPHallus*. Rio de Janeiro. Disponível em <[://www.isepol.com/asephallus](http://www.isepol.com/asephallus)> acesso em 10 de jan de 2016

CAMPOS, D. T. F. A Repetição e o Par Mania-Depressão na Clínica Psicanalítica das Obesidades. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v.11, n.2, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-1482011000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 Set. 2015.

CAMPOS, E. P. Grupos de Suporte. In: MELLO FILHO, J de (ORG) *Grupo e Corpo – psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007 (p. 113 a 125)

CAMPOS, J. M. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM – prioriza o incentivo à produção científica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, V.28, (supl.1): 1, p.1-1. 2015

CHAZAN, L. F. Grupos Homogêneos Interdisciplinares. In: MELLO FILHO, J de (ORG) *Grupo e Corpo – psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007 (p. 155 a 164)

COESAS I Consenso Clínico na área de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. disponível em <<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/especialistas-da-sbcbm-lancam-consenso-clinico-inedito-na-area-de-psicologia>> acesso em 07 Jan. 2015

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução nº 2.131/15 de 12 de novembro de 2015. Especifica as comorbidades que poderão ter indicação para a realização da cirurgia bariátrica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 29 jan. 2016, Seção I, p. 287

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Cartilha sobre Avaliação Psicológica. Junho 2007. Disponível em <<http://www.cfp.org.br>>

CORBISIER, C. *Grupos e Criatividade: para uma clínica mais humana e solidária*, 2011. 133f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, PUC-Rio, Rio de Janeiro.

_____. O Grupo Barriga e a Mãe-Bebê. *POLÊMICA*. ISSN 1676-0727 – VOL. 8 – Out/Dez 2009 disponível em <[http:// www.polemica.uerj](http://www.polemica.uerj)>

CORDÁS, T. A. Transtornos Alimentares: Classificação e diagnóstico. *Revista Psiquiatria Clínica* 31 (4); 154-157, 2004

COUTINHO, W. F. Etiologia da Obesidade. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/18/552fea46a6bb6.pdf>> Acesso em 4 de jun 2015

_____. O Consenso Latino Americano em Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43(1),21-67, 1999.

COUTINHO, W. F. e PÓVOA, L. C. Comer Compulsivo e Obesidade. In: COUTINHO e col. *Transtornos alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

DÂMASO, A. *Obesidade*. Ed. Medsi. 2003.

DEBORD, G. *A Sociedade do Espetáculo*. Fonte digital base digitalizações em pdf originária de <[http:// www.geocities.com/projetoperiferia](http://www.geocities.com/projetoperiferia)> 2003

DOBROW I.J.; KAMENETZ C.; DEVLIN M.J. Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, suplemento 3, p.63-67, dez. 2002.

DUFOUR, D-R. O Divino Mercado. *Cadernos Psicanalíticos* – CPRJ, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p. 55-66, 2010 [2009].

EKSTERMAN, A. *Psicanálise, Psicossomática e Medicina da Pessoa*. Disponível em <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/psicanalise_medicina_pessoa.pdf> acesso em 04 Set 2015.

FAIRBURN, C. G. *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Press, Nova York, 1995.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria RS*, 26'(1): 47-51, jan./abr. 2004.

FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE - FLASO – Consenso Latino-Americano de Obesidade. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabologia*, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 21-67, Feb. 1999.

FERNANDES, M. H. Entre a Alteridade e a Ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: Cintra, E. de U. *O corpo, o eu e o outro em psicanálise*. Goiania: Dimensão, 2006.

FERRAZ, F. C. A tortuosa Trajetória do Corpo na Psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.41, n.4, dez.2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 09 Set. 2015.

FIGUEIREDO, A. C., MACHADO O. M. R. O Diagnóstico em Psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora* v. III, n. 2, jul/dez 2000 p. 65-86.

FISCMANN, J. B. Como Agem os Grupos Operativos? In: ZIMERMANN, OSÓRIO & cols *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artemed ed., 1997 (p. 95 a 100)

FOUCAULT, M. Os Corpos Dóceis. In: *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão. Petrópolis: Ed. Vozes, 1991. 8ª edição, p. 125-152

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990. 9ª edição.

FREUD, S. Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade (1905). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago Editora, V.VII, 1996.

_____. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna (1908). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago Editora, V.IX, 1996.

_____. Recomendações aos Médicos que Exercem à Psicanálise (1912). In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago Editora, V.XII, 1996.

_____. Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914). In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago Editora, V. XIV, 1996.

_____. Os Instintos e suas Vicissitudes (1915). In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago Editora, V. XIV, 1996.

_____. Luto e Melancolia (1917[1915]). In:_____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago Editora, V. XIV, 1996.

_____. Além do Princípio do Prazer (1920). In:_____. *Obras Completas* volume 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Psicologia das Massas e Análise do Eu (1921). In:_____. *Obras Completas* volume 15. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. A Questão da Análise Leiga: Diálogo com um Interlocutor Imparcial (1926). In:_____. *Obras Completas* volume 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. Pós-Escrito (1927). In:_____. *Obras Completas* volume 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. O Mal Estar na Civilização (1930) In:_____. *Obras Completas* volume 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

GARCIA-ROZA, L.A. Sobre o Conceito de Pulsão. In: *Acaso e Repetição em Psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed, 2003.

_____. Pulsão. In: *Introdução à Metapsicologia Freudiana 3*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed, 1995.

GOLDENBERG, R. *Psicologia das massas e análise do eu: solidão e multidão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

GORDON, P.; GLAUBER, H. K.; SALLET, P. C. Aspectos do Acompanhamento Psiquiátrico de Pacientes Obesos sob Tratamento Bariátrico: revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2011;38(4):148-54.

GURFINKEL, D. Adicções: da Perversão da Pulsão à Patologia dos Objetos Transicionais. São Paulo. *Psychê – Revista de Psicanálise*, Vol. XI, nº 20, 2007, p.13-28 Universidade São Marcos disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30716918002>> acessado em 20 Dez 2014.

_____. *Adicções: Paixão e Vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HESS, L. M. N. Representação do Corpo e da Doença na Instituição Médica. In: *Corpo e Representação – Cadernos de Psicanálise – Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro*. V. 12 – Nº 15, p. 98 – 106, Novembro de 1995.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. (org) *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KHAN, M. M. R. Introdução. In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000. p 11 a 54.

LAPLANCHE, L; PONTALIS, J. B. - *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes Ed., 2001.

LASAGNI, V. Estado Psicológico de los Postulantes a Cirurgia Bariátrica. *BMI- dezembro / 2012,2.3.1o (119-125)* disponível em <<http://www.bmilatina.com>>_acesso em 7 de julh de 2014.

LASCH, C. A Personalidade Narcísica de Nossos Dias. In:_____. *Cultura do Narcisismo – A Vida Americana numa Era de Esperanças em Declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983 p.55-76.

LAZZARINI, E.R.; BATISTA, C.F.; VIANA, T.A . Transtornos Alimentares, o Corpo e a Clínica Psicanalítica Contemporânea. In: T.C. Viana e I. Leal. *Sintomas alimentares, cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação*. (pp. 73- 91). Lisboa: Placebo Editora LDA, 2013.

LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. de C. O Corpo em Psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.22, n.2, p.241-249, Agosto de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7722006000200014&lng=en&nrm=iso> acesso em 22/09/2015.

LE BRETON, D. *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

_____. *Adeus ao Corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus, 2003.

LIMA, A. M. C. O Papel do Psicólogo na Instituição Hospitalar. *Cadernos de debates plural*. Faculdade de Ciências Humanas da Fundação Mineira de Educação e Cultura, BH, 3(8): p. 28-38, 1994.

LUCENA et al. *A Prática do Psicólogo em Equipe Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica*, 2011 – elaborado por COF/CRP8 – disponível em <<http://www.crp8.org.br>> acesso em 15 de nov de 2014.

MACHADO, C. E. et al. Compulsão Alimentar Antes e Após a Cirurgia Bariátrica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia digestiva*, 21(4), 185-191, 2008 Recuperado em <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v21n4/v21n4a07.pdf>>

MACHADO, R. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990. 9ª edição, p.VII-XXIII.

MELLO FILHO, J. Grupos no Hospital Geral : ambulatório, enfermaria e serviços especializados. Grupos homogêneos, heterogêneos e técnica grupal In:_____ (ORG). *Grupo e Corpo – psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.127-138.

_____. Histórico e Evolução da Psicoterapia de Grupo. In:_____ (ORG). *Grupo e Corpo – psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 33- 64.

_____. Entrevista com Julio de Mello Filho. In: *Cadernos de Psicanálise, Circulo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ)*, ano 26, n. 17, p.23-32, 2004.

MELLO FILHO, J. Atendimento a Pacientes em Grupo. In: BOTEGA, N. J. (ORG.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. p.430- 444.

MADAGLENO JR, R.; CHAIM E. A; TURATO E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista Psiquiatria RS*. 2009;31(1):73-78.

MELCA I. A. ; FORTES S. Obesidade e Transtornos Mentais: construindo um cuidado efetivo. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2014;13(1):18-25.

MILANO, D. *Soneto VI*, 1912.

MOTA, K. A. M. B & MUNARI, D. B. Um Olhar para a Dinâmica do Coordenador de grupos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 150 – 161, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> acesso em 15 Out 2015.

MUNIZ, K. B. A. *La Compulsión a la Repetición en la Sociedad de Consumo*. 2011. 240f. Tese (Doutorado). Universidad Complutense de Madri – Facultad de Filosofia.

NÉSPOLI, N, NOVAES, J. V & ROSA, C. M. O Corpo na Cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. *DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins* – V. 1 – n. 02. p. 149-168, jan/jun. 2015.

NOVAES, J. de V. *O Intolerável Peso da Feiúra*. Sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Ed.PUC-Rio: Garamond, 2013.

_____. Você tem Fome de quê? Sobre a clínica de obesidade em um hospital público. In: VILHENA, JUNIA; NOVAES, Joana V. (Orgs.). *Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos*. Rio de Janeiro: PUC-Rio: Appris, 2012.

_____. *Com que corpo eu vou?* Sociabilidade e usos do corpo nas mulheres das camadas altas e populares. Rio de Janeiro: Ed. PUC/Pallas, 2010.

NOVAES, J., MENDES BARROS, R.. Shrek no Divã: um outro corpo nos contos de fada?. *POLÊMICA*, v.12, n.3, 2013 Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/8008/5820>>. Acesso em: 22 Out. 2015.

ORTEGA, F. Michel Foucault: os sentidos da subjetividade. In: BEZERRA JR., B. e PLASTINO, C.A. (orgs). *Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. P.157-172.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. *Corpo em Evidência*. A ciência e a redefinição do humano. p. 15-62, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEIXOTO, J. S. & GANEN, K. M. G. Prevalência de Transtornos Alimentares Pós-Cirurgia Bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 3, n. 3, p. 353-358, set./dez. 2010 - ISSN 1983-1870.

PICHÓN-RIVIÈRE E. *O Processo Grupal*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1988.

PINHEIRO, N. N.; VILHENA, J. Entre o Público e o Privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v.59, n.2, p.201-216, dez.2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200010&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em 22 de dez.2015.

PINTO. E. B. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Clínica. In: *Psicologia USP*, 2004, 15 (1/2), p.71-80

PORTAL G1. <<http://www.g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/11/obesidade-ja-custa-ao-brasil-24-do-pib-diz-estudo.html>>. acesso em 18 de out de 2015

RÍOS MARTINEZ. B.P; FUEYO M. A. The Psychologist's Role in Metabolic Surgery. *BMI Latina*-2012,2.3.12. p.161-164.

ROCHA, L. J. L. F.; VILHENA, J de; NOVAES, J. de V. Obesidade Mórbida: quando comer vai muito além do alimento. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte , v. 15, n. 2, ago. 2009.

ROMANO, B. W. *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROMERO, C. E. M.; ZANESCO, A. O Papel dos Hormônios Leptina e Grelina na Gênese da Obesidade. *Revista Nutrição*, Campinas, 19(1):85-91, jan./fev., 2006.

ROSA, C. M. Por uma psicoterapia psicanalítica de grupo. In: *Polêm!ica*, v. 10, nº 4, out/ dez, 2011.

SAROLDI, N. *Mal Estar na Civilização – as obrigações do desejo na era da globalização*. São Paulo. Ed: Civilização Brasileira, 2011.

SEGAL, A. & FANDIÑO, J. Indicações e Contraindicações para a Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2002, 24 (supIII): p. 68-72.

SEIXAS, C. M. *Comer, Demandar, Desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade*. 2009, 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social (IMS) - UERJ.

SOLANO, R. F. *Homens em Busca do Prazer e da Liberdade: o grupo terapêutico no tratamento da ejaculação precoce*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia). UFRJ.

TEIXEIRA, M. J. *Fome de Vida: Vivências e Percepções de Mulheres Obesas Portadoras do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VARELA, A. P. G. Você Tem Fome de Quê? *Psicologia Ciência e Profissão*, 2006, 26 (1), 82-93.

VENZON, C.N; ALCHIERI, J.C. Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 2, pp. 239-249, abr.-jun. 2014.

VILHENA, J.. ENVELHECENDO EM TEMPOS SOMBRIOS. *POLÊMICA*, 11, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/4327/3125>>. Acesso em: 12 de nov. de 2015.

VILHENA, J.; NOVAES, J. de V.; ROCHA, L. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-Estar Subjetividade*, Fortaleza, v. 8, n. 2, jun. 2008.

VILHENA, J.; NOVAES, J.V.; ROSA, C.M. Obesity: listening beyond the fat cells. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 3, p.718-731, sept.2012 (Supl.).

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

_____. Fundamentos Teóricos. In: ZIMERMAN, OSÓRIO & cols *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artemed ed., 1997.p. 23- 32

_____. Atributos Desejáveis para um Coordenador de Grupo. In: ZIMERMAN, OSÓRIO & cols *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artemed ed., 1997. p. 41- 48)

_____. Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN, OSÓRIO & cols *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed ed., 1997. p. 75 – 82.

WADDEN T.A; STUNKARD A.J. Psychosocial Consequences of Obesity and Dieting: research and clinical findings. In: Stunkard AJ, Wadden TA, editors. *Obesity: theory and therapy*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1993. p. 163-77.

WADDEN, T.A.; SARWER, D. B. Behavioral Assessment of Candidates for Bariatric Surgery: a patient-oriented approach. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(3), 53-62., 2006 acesso em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.283/full>.

WINNICOTT, D. W O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed ed., 1983.

WRZESINSKI, A. et al. Complicações que Necessitam de Manejo Hospitalar no Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia digestiva*, V.28, (supl.1): 1, p.3-6, 2015

ZUCHI, M. Algumas Observações sobre a Clínica da Obesidade em Psicanálise. *Latusa 7*, Rio de Janeiro, EBP – RJ, Outubro, 2002