

CIRURGIA BARIÁTRICA E PERCEPÇÃO DE CORPO: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA SOBRE AS EXPECTATIVAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO PROCESSO¹

Leonardo da Costa²

Adriana de Limas Cardoso³

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo compreender, sob a perspectiva psicanalítica, qual a percepção de corpo desenvolvida pelos pacientes, após o processo da cirurgia bariátrica. Esta pesquisa se caracteriza quanto a sua natureza como bibliográfica. A coleta de dados foi realizada com base na leitura de artigos científicos sobre o tema. Através da análise dos relatos trazidos nos artigos, foi possível fazer uma relação da teoria psicanalítica de Freud e Lacan, e da realidade dos indivíduos que são submetidos ao procedimento da cirurgia bariátrica, trazendo esclarecimentos sobre as expectativas e a percepção de corpo dos mesmos.

Palavras chave: Obesidade, cirurgia bariátrica, perspectiva psicanalítica.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo nasce da necessidade de se ter um olhar diferenciado em relação ao sujeito que se submete ao processo da cirurgia bariátrica, entendendo algumas questões referentes às suas expectativas e à percepção que estes possuem do próprio corpo.

Com a crescente incidência de casos de obesidade no mundo, e a rotina cada vez mais agitada, a saúde e o cuidado com o próprio corpo se tornam cada vez mais difíceis de se manter. Desta forma emergem diversas doenças físicas e psicológicas decorrentes desta condição, se buscando soluções mais práticas para o problema, substituindo-se as dietas e exercícios pela cirurgia bariátrica.

¹ Artigo apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

² Acadêmico do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – 10º semestre de 2017A.

³ Professora doutora orientadora do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina

A Organização Mundial de Saúde (2016) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, sendo projetado que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito.

A obesidade é uma doença multifatorial muitas vezes ligada a compulsão alimentar, e esta segue alguns critérios diagnósticos, sendo sua identificação de extrema importância para o curso do tratamento. Segundo o DSM-V (2014, p. 345), um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pela ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares. A falta de controle sobre o episódio também é um critério diagnóstico.

Para Freud (1907), esta compulsão muitas vezes ocupa o lugar de algo reprimido, sendo apenas direcionada ou deslocada para outra atividade, ocorrendo a repetição. A partir da perspectiva freudiana, isto é diretamente ligado ao modo como o sujeito lida com a sua angústia, tornando o corte gerado pelo processo cirúrgico, algo a ser elaborado pelo sujeito.

Algumas outras pesquisas já foram realizadas em relação as causas da obesidade, bem como seus riscos para a saúde física e psicológica. Silva (2006) fala sobre a eleição do alimento como objeto privilegiado, a opção pela cirurgia e a dificuldade em fazer a troca do objeto após a cirurgia, bem como as implicações no corpo e no psiquismo. Esta pesquisa se diferencia, por trazer a formação da personalidade e as expectativas referentes ao processo, através das fases do desenvolvimento psicosexual, bem como a visão de obesidade como sintoma.

No que se refere a questão de pesquisa, se caracteriza quanto a sua natureza como bibliográfica, sendo a coleta de dados realizada com base na leitura de artigos científicos sobre o tema. Destaca-se como objetivo geral, compreender, sob a perspectiva psicanalítica, qual a percepção de corpo desenvolvida pelos pacientes que foram submetidos ao processo da cirurgia bariátrica, segundo publicações em artigos científicos.

Quanto aos específicos, estabeleceram-se três: investigar a percepção de corpo apresentadas no discurso de pacientes que passaram pelo processo da cirurgia bariátrica, averiguar a perspectiva teórica estabelecida pela abordagem psicanalítica sobre a percepção do corpo como sintoma conforme a descrição freudiana e lacaniana, e, verificar as relações possíveis entre a percepção de corpo como sintoma, estabelecidas na teoria psicanalítica, com a percepção de corpo dos pacientes analisados nos artigos selecionados.

Esta pesquisa se diferencia das outras por ter um olhar mais centrado nas expectativas geradas em torno do processo e como a percepção que os pacientes têm do próprio corpo podem alterar o resultado esperado pelos mesmos. Esta percepção passa pela questão da obesidade como sintoma e o lugar que este ocupa para o sujeito, sendo de fundamental importância para o paciente compreender as questões subjetivas, contribuindo para um resultado mais satisfatório para o paciente, bem como um processo menos doloroso.

Com o presente estudo, se pretende identificar possíveis contribuições da psicanálise sobre a percepção de corpo dos pacientes após o procedimento cirúrgico, bem como suas implicações subjetivas. Espera-se que os resultados deste estudo tragam à tona uma visão diferenciada e estudos mais abrangentes sobre o tema.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO RECURSO DE CONTENÇÃO À OBESIDADE

Os primeiros relatos médicos relacionados ao tratamento da obesidade apareceram na década de 50. A partir desta data, começou a se estudar novas possibilidades de tratamento para pacientes obesos, sendo a cirurgia bariátrica realizada pela primeira vez no Brasil na década de 70, graças ao Professor Doutor Arthur Belarmino Garrido Junior, que começou a operar obesos mórbidos no Hospital das Clínicas de São Paulo.

Nesta época o procedimento começou a chamar a atenção de cirurgiões de outras áreas e a ganhar visão na mídia. No começo, a cirurgia bariátrica foi vista com certo receio, tendo muitos médicos orientado seus pacientes a não se submeterem a esta “mutilação”. Com a necessidade de tornar pública a seriedade dos princípios do tratamento, foi criada em 1999 a Sociedade Brasileira da Cirurgia Bariátrica (SBCB), com sede em São Paulo.

Em 2003 nasce a Coesas (Comissão das Especialidades Associadas), devido a necessidade de se ter uma equipe multidisciplinar acompanhando o processo pré e pós-operatório. Em 2005 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publica uma resolução tornando obrigatória a presença de uma equipe para cada cirurgião bariátrico, sendo esta composta por clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem habilitados para os cuidados desses pacientes. Atualmente o Coesas conta também com profissionais de educação física, cirurgiões plásticos, fonoaudiólogos, odontologistas, endoscopistas e gastroenterologistas.

Segundo Fandiño (2004)⁴ cirurgias bariátricas são classificadas em disabsortivas e/ou restritivas, sendo reconhecidas três técnicas de tratamento cirúrgico. A gastroplastia vertical com bandagem é uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago a través de uma sutura, gerando um compartimento fechado. “A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento deste “pequeno estômago”. Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos.” (FANDIÑO, 2004, p. 48).

A “Lap Band” é outra técnica restritiva e consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Este artefato fica conectado a um dispositivo colocado sob a pele, o que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado.

A técnica Capella reúne restrição e absorção, sendo a gastroplastia associada a uma derivação gastrojejunal em formato da letra Y (y de Roux).

Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado (orifício menor que 1.5 cm) e conexão com uma alça intestinal. (FANDIÑO, 2004, p. 48).

O procedimento é geralmente indicado a pessoas com obesidade mórbida, caracterizada pelo IMC (Índice de Massa Corporal) acima de 40. A cirurgia tem como objetivo a contenção do ganho de peso, visando a melhoria da qualidade de vida e redução do risco de outras doenças relacionadas a obesidade. Esta contenção acarreta em uma diminuição significativa da quantidade de alimento que pode ser ingerida, exigindo uma mudança drástica de hábitos.

Para Machado, Zilberstein, Cecconello e Monteiro (2008)⁵, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica necessitam compreender a dinâmica associada ao comportamento alimentar e desenvolver novos hábitos, para evitar que outros transtornos ocorram em compensação ao distúrbio alimentar.

Em relação ao comportamento alimentar, Napolitano⁶ (2001) apresenta a compulsão como um fator diferencial no curso do tratamento, sendo constituída uma

⁴ FANDIÑO, J; BENCHIMOL, A.K; COUTINHO, W.F; APPOLINÁRIO, J.C; Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. R. Psiquiatr. RS, 26(1): 47-51, jan./abr. 2004.

⁵ MACHADO, C.E; ZILBERSTEIN, B; CECCONELLO, I; MONTEIRO, M; Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.21 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008.

⁶ NAPOLITANO, M.A.; HEAD, S.; BABYAK, M.A. et al.- Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. Int J Eat Disord 30: 193-203, 2001.

subcategoria entre a população obesa, apresentando níveis mais elevados de incidência de psicopatologias como a depressão e o transtorno de personalidade, uma gravidade maior e início mais precoce da obesidade e um tempo maior gasto com dietas. Cabe salientar também o prejuízo no funcionamento social e ocupacional ocasionados pela compulsão alimentar e a obesidade mórbida.

Os episódios de compulsão alimentar estão relacionados a três (ou mais) dos seguintes critérios: (1) comer muito e mais rapidamente do que o normal; (2) comer até sentir-se incomodamente repleto; (3) comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto; (4) comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome; (5) sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

Indivíduos obesos mórbidos podem enfrentar dificuldades em atividades rotineiras, como afazeres domésticos, locomoção, cuidados pessoais, trabalhar. Para Gallassi e Yamashita (2011)⁷, “[...] questões comuns do dia a dia como a higiene pessoal, o sexo e atividades sociais em geral ficam comprometidas com a obesidade, o que infelizmente acaba afetando a situação psicológica do indivíduo, gerando o seu próprio afastamento do convívio social.”

Diante do quadro da obesidade e das complicações biopsicossociais que ela acaba gerando, se faz necessária a busca por cursos de tratamento que contenham ou revertam esta condição. Mesmo a mudança de hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos sendo as opções mais recomendadas e viáveis, muitas pessoas não conseguem se encaixar em uma nova rotina, devido a uma condição física e psicológica mais agravada.

Ao se definir o tipo de procedimento mais adequado, deve-se levar em conta o impacto na qualidade da vida do sujeito, visando um tratamento com menor frequência de complicações e perda de peso mais eficiente e duradoura. Para isto deve-se levar em conta a individualidade do paciente, bem como a sua adesão ao processo.

A técnica de GVYR associa a restrição da ingestão de alimentos por meio da redução do estômago e a diminuição da absorção de nutrientes. Essa modificação altera a produção de substâncias reguladoras do apetite e da saciedade, resultando em uma perda rápida de peso. “A associação do anel à GVYR potencializa a perda de peso em pacientes

⁷ GALLASSI, A; YAMASHITA, A.L.V; OBESIDADE MÓRBIDA, O PESO DA EXCLUSÃO. Revista Científica da Faculdade Dom Bosco de Cornélio Procopio, Estado do Paraná; v. 2, n. 2 (2014).

operados para tratamento da obesidade mórbida. Contudo, o uso deste dispositivo pode trazer impacto na tolerância à dieta e na qualidade alimentar.” (NASCIMENTO, 2012, p. 50⁸).

Ainda assim, o procedimento não pode ser visto como uma mudança mágica, havendo a necessidade de uma reformulação no modo de vida do sujeito submetido ao processo. Ele ainda precisa lidar com as questões anteriores a cirurgia, como a compulsão pelo ato de comer, a fragilização do ego, a adequação a vida social. Nesta questão o sujeito não pode ser visto como o culpado pelo ganho de peso, mas sim convidado a fazer algumas reflexões e auxiliado no processo de recuperação.

Alguns serviços com mais tempo de experiência relatam que não raro os pacientes, depois de um tempo de cirurgia, apresentam outros sintomas: dependência alcoólica, drogadição, comportamentos compulsivos como comprar coisas, entre outros. Também temos as dificuldades em vir às consultas após a cirurgia no primeiro ano, manter a dieta, atividade física, entre outras, definidas em conjunto pela equipe como “problemas de adaptação”. (VILHENA, NOVAES, 2008, p. 395⁹).

A nova identidade corporal não significa que outras transformações não devem ser feitas, principalmente em relação ao destino desta pulsão. A promessa de cura pela cirurgia muitas vezes é significada como um fim na busca pelo sentido do sintoma e o lugar que ele ocupa.

⁸ NASCIMENTO, Silvia Zenóbio; INFLUÊNCIA DO ANEL DE CONTENÇÃO NA EVOLUÇÃO PÓSOPERATÓRIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA VERTICAL EM “Y DE ROUX” PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA. Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.2012;

⁹ VILHENA, J; NOVAES, J.V; Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 2 – p. 379-406 – jun/2008;

2.2 PSICANÁLISE E ORALIDADE NA PERCEPÇÃO DE CORPO E SUA POSSÍVEL RELAÇÃO COM A OBESIDADE;

A organização sexual infantil não se caracteriza por uma dependência genital, se dividindo em diversas faces e não tendo por finalidade o ato sexual em si ou a procriação. Freud destaca como sendo características da vida sexual infantil o fato de ela ser essencialmente auto erótica e de suas pulsões serem independentes entre si na busca pelo prazer, baseando-se basicamente na fantasia. Desta forma são caracterizadas no início da infância as fases pré-genitais, ou seja, onde as zonas genitais ainda não assumiram seu papel de caráter sexual, sendo seu corpo todo erotizado.

A primeira fase da organização sexual citada por Freud é a oral, onde o objetivo inicial é a incorporação do objeto, não se separando da função de nutrição. Nesta fase a boca é a região que proporciona maior prazer, através da sucção, sendo a via pela qual a criança entra em contato com o mundo e sacia o desconforto causado pela fome, não nomeada pela mesma. Na fase oral passiva, a criança é totalmente dependente de quem deve suprir suas necessidades, tendo como principal objeto de desejo o seio materno.

É na fase oral também que ocorre a percepção de extensão da criança com a mãe, gerando uma relação de simbiose. A criança se vê integrada ao corpo da mãe, via pela qual ela satisfaz suas necessidades afetivo-emocionais e nutricionais. Para Freud (1905, p.187) “[...] Como resíduo dessa hipotética fase de organização que nos foi imposta pela patologia, podemos ver o chuchar, no qual a atividade sexual, desligada da atividade de alimentação, renunciou ao objeto alheio em troca de um objeto situado no próprio corpo.”

O principal conflito desta fase é o desmame, onde a criança deve se torna menos dependente da mãe. Uma fixação nesta fase pode ocasionar problemas como bebida, comida, tabagismo.

A segunda fase da organização pré-genital infantil é denominada por Freud de fase sádico-anal. Esta fase é caracterizada pela pulsão de dominação, onde ocorrem o controle dos esfíncteres e da musculatura do corpo, sendo o alvo sexual passivo a mucosa erógena do intestino e o ato de defecar. Se na fase oral o objetivo era a incorporação, na fase anal fica evidenciada a eliminação, sendo notada também a curiosidade em relação as fezes. Se torna importante neste processo que não ocorram interdições desnecessárias, a fim de evitar fixações nesta fase.

Na terceira fase, chamada de fálica, as pulsões sexuais se concentram nos órgãos genitais, sendo uma característica marcante a curiosidade em relação ao seu órgão genital e o

do sexo oposto. Surge aí a distinção fálico/castrado, fruto das fantasias infantis sobre o pênis, onde a menina acredita que o seu caiu ou foi cortado, e o menino vive a angústia de perde-lo em algum momento. É comum no menino a manipulação do órgão genital.

É também nesta fase que ocorre o complexo de Édipo, mais estudado por Freud na visão do menino, que passa pela fantasia da retribuição do afeto dado pela mãe através da relação incestuosa, não se tratando do ato sexual em si, mas da pulsão de natureza sexual. Nesta fase o superego infantil ainda não está bem estruturado, não possuindo as mesmas interdições morais que os adultos, sendo ainda muito influenciado pelo id. Neste processo o menino encontra o pai como um interditor desta relação, se formando o triângulo edípico, onde o menino passa a nutrir o ódio pelo pai (interdutor).

Cunha (2008, p. 13)¹⁰ relata que “ [...]O que para nós pode parecer inaceitável – odiar o próprio pai – não o é para uma criança, cujo superego ainda não se encontra desenvolvido, e que, além disso, está sob forte pressão de desejos libidinais. ” Este ódio direcionado ao pai é que vai gerar a angústia de castração, gerando a ambiguidade de amar e odiar a mesma pessoa, já que o menino também tem laços afetivos com o pai.

A superação do complexo de Édipo põe fim a fase fálica, sendo este ódio pelo pai e libido do desejo incestuoso pela mãe reprimidos no inconsciente. A partir desta resolução que o superego incorpora interdições morais importantes para o desenvolvimento da personalidade do sujeito.

A superação da situação edípica vem, segundo Freud, com a intensificação do amor, o que se dá na forma de identificação, exacerbação de amor que mesmo alguns adultos sentem: querer ser como ele implica deixar de seu eu mesmo. Ao identificar-se com o pai, o menino coloca em ação um mecanismo psicológico que visa ocultar o ódio que sente. (CUNHA, 2008, p. 13).

Após a resolução do Édipo, inicia-se a fase de latência, onde a libido é direcionada para o exterior, por meio da sublimação. Nesta fase a libido não está reclusa como se pensava, mas sim, direcionada para o meio social, se interessando mais por brincadeiras, esportes e atividades escolares. Desta forma não existe uma localização física da libido, como ocorria nas outras fases.

A última fase citada por Freud é a genital, onde a pulsão sexual é direcionada para o exterior, através do órgão reprodutor. Firma-se no meio psíquico o que Freud (1905, p. 210) chama de “[...] encontro do objeto para qual o caminho foi preparado desde a mais tenra infância.” Nesta fase procura-se a satisfação das pulsões orais e anais, bem como o sentimento

¹⁰ CUNHA, M.V. Psicologia da Educação. Rio de Janeiro: Editora Lampari-na, 2008. ISBN-13: 9788598271507.

incestuoso e o ódio ao pai. Esta fase é marcada pelo intenso conflito com as barreiras do superego, que já está fortalecida.

Impossibilitadas pelo superego de se manifestar em sua verdadeira forma, essas energias surgem no plano consciente sob outra aparência. Podem eclodir sintomas neuróticos, fato comum nessa idade. A aversão às autoridades é outra ocorrência que chama a atenção nessa etapa da vida e que diz respeito à relação do adolescente com a escola. O professor, simulacro da figura paterna, passa a ser o alvo de representações transferenciais, usualmente negativas. (CUNHA, 2008, p. 16)

A busca pela resolução destes conflitos se dá na satisfação da libido através da relação sexual/afetiva com outra pessoa. Busca-se encontrar um equilíbrio entre os desejos inconscientes e as demandas impostas pelo meio social, havendo aí a predominância da pulsão genital sobre as pulsões infantis.

Freud (1914) traz a questão dos distúrbios narcísicos, como a melancolia, se tratando de uma hiperatividade superegóica onde ficam evidenciadas as duras críticas que são feitas em relação a si mesmo.

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (FREUD, 1917, p. 250).

Estando ligada à pulsão de morte, a obesidade pode ser vista como uma tentativa de superar a perda do objeto por meio de sua incorporação, no intuito de mantê-lo vivo. Esta introjeção vem como uma tentativa de preencher o vazio que a perda do objeto o instaurou. Para Varela (2006, p. 91) “[...] A simbolização dessa falta instala a angústia da castração, nova forma de angústia da ausência materna.” Desta forma o que não pode ser expressado pela via da simbolização, é significado no corpo.

A questão narcísica está relacionada ao que há de mais próprio e precioso, àquilo que o sujeito se recusa a perder, um gozo atrelado ao autoerotismo remetendo constantemente ao próprio corpo, que instaura a possibilidade das mais diferentes formas de fantasia relativas ao corpo. O investimento libidinal voltado a si mesmo, como fonte de gozo, está atrelado a oralidade no sentido de aliviar suas angústias psíquicas.

Baseado nas teorias do narcisismo de Freud e nos três tempos da criança em frente ao espelho de Wallon, Lacan (1936) vai apresentar “O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu tal como nos Revela a Experiência Psicanalítica. ”

O estágio do espelho, como citado acima, se divide em três tempos, explicados por Lacan (1936). Num primeiro momento, a criança olha para o espelho e vê uma imagem, que é percebida como um outro indivíduo. Em um segundo momento, a criança se confunde com a imagem, não sabendo onde ela mesma está localizada exatamente. É neste ponto que ocorre o transitivismo, onde a criança é o agente e a “vítima” do ato. Se a criança bate no espelho, por exemplo, é o outro que está batendo nela simultaneamente. O real e o imaginário não são diferenciados, havendo a alienação. No terceiro momento, a criança reconhece a imagem como sendo ela mesma, adquirindo um valor simbólico.

Esta etapa da formação da criança é caracterizada pelo seu reconhecimento como um ser individual, separado da mãe, e que estabelece a relação real-simbólico-imaginário.

A função do estágio do espelho revela-se para nós, por conseguinte, como um caso particular da função da *imago*, que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade _ ou, como se costuma dizer, do *Innenwelt* com o *Umwelt*. (LACAN, 1966, p. 100).

Na tríade apresentada por Lacan (1936), se apresenta o real, como um efeito do simbólico (separado da realidade), sendo o simbólico remetido à linguagem, trabalhando em forma de símbolos organizados, articulando entre significante e significado. O imaginário se dá na relação da imagem do semelhante e a do próprio corpo, entendendo-os de forma separada. Segundo Seixas, Balbi (2013 p.133)¹¹ “[...] a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite discernir o que é e o que não é do eu. ”

Para Lacan (1936), é na imagem real que se situa o primeiro narcisismo, onde o corpo se torna objeto libidinal. Na segunda fase do narcisismo ocorre a identificação com o outro, permitindo a relação imaginária e libidinal com o mundo a sua volta. Desta forma a imagem do corpo começa a se tornar alvo de investimento libidinal aparecendo aí uma outra relação entre o eu ideal e o ideal do eu.

Nesta relação de eu ideal e ideal do eu, sendo o eu uma instância sem mediação “[...] para qual se direciona o amor por si mesmo.” (SEIXAS, BALBI, 2013 p. 134). O ideal do eu estaria relacionado ao atravessamento do eu pelo simbólico, que ainda segundo Seixas e

¹¹ SEIXAS, C.M; BALBI, L.M; Libido e angústia: economia de gozo na obesidade. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p. 129-143, 2013.

Balbi (2013, p. 134) seria uma nova forma do eu ideal que só pode se constituir pela marca de uma perda devido à incursão pulsional no campo do Outro.

Na clínica analítica, o corpo ganhou espaço como objeto de investimento do sujeito, sendo ouvido em seu discurso a tentativa de escondê-lo ou disfarçá-lo sob as vestimentas, afirmando que este corpo não o pertence. Fica evidenciado a ligação entre a imagem que ele tem de si e o corpo, muitas vezes havendo uma disparidade entre as duas.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise e discussão dos dados, os artigos foram selecionados de modo a trazerem informações que sanem aos objetivos, geral e específicos, pensados inicialmente, trazendo discussões na linha psicanalítica e uma melhor compreensão do tema de estudo proposto.

Neste sentido, o primeiro objetivo abordado na introdução deste artigo, refere-se a proposta de compreender sob a perspectiva psicanalítica, a percepção de corpo desenvolvida pelos pacientes após o processo da cirurgia bariátrica. Como específicos, investigar a percepção de corpo apresentadas no discurso de pacientes que passaram pelo processo cirúrgico destacado, averiguar a perspectiva teórica estabelecida pela abordagem psicanalítica sobre a percepção do corpo como sintoma, conforme a descrição freudiana e lacaniana, e, por último, verificar as relações possíveis entre a percepção do corpo como sintoma estabelecida na teoria psicanalítica com a percepção de corpo dos pacientes analisados nos artigos selecionados.

No decorrer da análise, cabe iniciar esta discussão dos dados com algumas situações destacadas pelos autores dos artigos selecionados para a presente pesquisa. Segundo os autores pesquisados, um dos dados que chama a atenção, refere-se ao histórico do ganho de peso e o agravamento de condições médicas e psicológicas decorrentes do mesmo. Estes fatores devem ser investigados para uma melhor compreensão do processo, segundo estes autores em pauta.

Segundo Ehrenbrink, Pinto e Prando (2009)¹² “[...] dos cinco entrevistados, três relataram que sempre estiveram acima do peso, desde a infância; dois deles referiram fatores como hereditariedade e o ganho de peso acentuado na adolescência; e três dos participantes também citaram as contribuições da alimentação como influência no ganho de peso.”

O artigo traz ainda as falas dos participantes da pesquisa, que serão designadas durante a discussão dos dados como F1 (Fala 1), F2 (Fala 2), e assim sucessivamente, como forma de facilitar a compreensão das articulações propostas.

“Eu sempre fui gorda na infância, mas os fatores que pesam mais são a hereditariedade. Ninguém é gordo por acaso, é gordo porque come errado. Eu acho que o fator mais sério é a alimentação errada.” (F1)

“Sempre fui um pouco acima do peso (...) e depois que eu peguei minha adolescência [sic], fui engordando. Dali eu fui engordando até que cheguei a uns 80 kg.” (F2)

Nota-se que, segundo a percepção dos pacientes destacados pelos autores, o processo de ganho de peso vem desde a infância e é atribuído a vários fatores, sendo o principal a má alimentação ou o comer em excesso.

Outro fator em destaque referente à percepção dos pacientes pesquisados nos artigos refere-se à relação do indivíduo com a comida, antes e depois da cirurgia, reforçando a ideia do papel que a comida ocupa e as motivações trazidas pelos participantes, como o vício e o prazer. Algumas falas acabam chamando a atenção, como as que se seguem:

[...] sou aquele ansioso que fica pensando, remoendo as coisas, e na comida de certa forma eu desconto, eu como, tem gente que se droga, tem gente faz outra coisa, eu como [...] o tempo todo estava ansioso porque estava gordo, aí comia porque estava ansioso e era um ciclo [...] A comida sempre foi também uma fuga, um mecanismo perigoso. (P1) (SILVA, 2006, p. 58).

“[...] infelizmente a cirurgia não opera a cabeça só opera o estômago, é difícil você administrar isso [...] antes era assim, eu era comedor de volume, a comida pra mim sempre foi uma coisa meio inconsciente, eu nem via, quando já via, já tinha comido [...]” (F3).

[...] era uma relação de quantidade, me agradava, me trazia prazer, aquela sensação, então quando comia, comia bem, comia bastante mesmo. [...]

¹² EHRENBRIK, Petra Paim; PINTO, Elzimar E. Peixoto e PRANDO, Fernanda Loureiro. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicol. hosp.* (São Paulo) [online]. 2009, vol.7, n.1, pp. 88-105. ISSN 1677-7409.

nunca tive distúrbios alimentares do tipo: ah, eu comi fiquei arrependido fui lá e vomitei [...] comia por que era bom comer. (P6). (SILVA, 2006, p. 58¹³).

As falas após a cirurgia, nos apresentam algumas características como a procura incessante por algo que ocupe este “vazio” ocasionado pelo corte, já que o consumo de grandes quantidades de alimento não é mais possível. Percebe-se a necessidade de ressignificação do corte, tanto físico como psicológico.

“[...] eu perdi uma referência, fiquei assim sem pai e sem mãe depois que eu operei [...] o social da gente sempre está atrelado a comida [...] A nossa vida gira em torno de comida [...]” (F4).

Hoje, lido mal com a comida, eu estou tentando trabalhar isso, eu não sei se eu tenho medo de comer e engordar, mas a comida não me faz bem, eu como e passo mal. Talvez pelo fato de eu comer e passar tão mal eu não gosto de comer. Eu passo o meu dia procurando o alimento que não vai me fazer mal. (P8).

“[...] eu perdi aquele prazer. Perdi aquela vontade [...] parece assim, que eu desliguei um botão na cabeça, aquela coisa que eu tinha com a comida, de vontade de comer, depois que eu fiz a cirurgia parece que eu desliguei aquilo, eu como [...]” (F5).

Em relação as estratégias utilizadas pelos participantes para perder peso são citados “tratamentos ineficazes, fator indicado por todos os participantes; dietas sem indicação médica; tratamentos com medicamentos para emagrecer; além de consultas com nutricionistas e endocrinologistas.”

A ineficácia desses tratamentos, as doenças relacionadas à obesidade e a baixa qualidade de vida, levaram os entrevistados a optar pela realização da cirurgia bariátrica.

Foi eu já ter ganhado [sic] os meus 15kg tudo de novo que eu demorei um ano e meio para perder, e em seis meses eu já estava com aquilo tudo de novo e desanimei, voltei ao endocrinologista e tentei a dieta de novo, mas já tentei com a sibutramina, só que ela não estava dando resultado, porque eu já estava com 93kg [IMC de 35] e já tava me impossibilitando de caminhar, de fazer atividade física devido ao peso e foi daí que eu procurei o cirurgião. (Participante 3)

O processo da cirurgia bariátrica acarreta mudanças físicas e psicológicas, e nos questionamentos a respeito do acompanhamento psicológico é possível perceber que o mesmo

¹³ SILVA, Adriana Aparecida de Andrade; CIRURGIA BARIÁTRICA – COMO O PSIQUISMO SIGNIFICA ESSE CORTE NO CORPO? – Brasília, 2006.

só é feito para a aquisição do laudo para o procedimento, tendo os pacientes perdido o interesse após o recebimento do mesmo.

“Não, só fui à psicóloga uma vez antes da cirurgia, depois nunca mais voltei. Foi a única vez que fui ao psicólogo (F6).”

Entre as queixas apresentadas estão a não aceitação do “novo corpo”, crises de identidade e a dificuldade em assumir um novo olhar sobre o corpo.

“Eu senti um pouco de falta, principalmente no começo, porque muda toda sua rotina, sua alimentação, e você não tem ninguém pra falar, ninguém pra ajudar, e eu fiquei desesperada (F7).”

“[...] agora, há pouco tempo, que o médico falou que eu deveria ter tratado a cabeça primeiro, que eu não tratei (Participante 4. Sujeito teve um ganho de peso de 15 quilos).” (F8)

Ainda na questão do papel do psicólogo no acompanhamento do processo é possível observar a falta de importância que é dada, e a resistência em relação aos encontros com os diferentes profissionais envolvidos.

“Não sei pra que tudo isso! Tanto exame! Vir aqui... e agora o doutor disse que vou ter que emagrecer mais! A cirurgia não era pra isso?! Que saco! A Dra. X quer que eu pare de comer batatinha! Só se eu morrer! A Dra. X quer que eu faça mais exercício, como se eu pudesse...” (F9)

Não chega falar com o médico e fazer um monte de exames, ainda tenho que vir aqui, falar com a nutricionista, com a educadora física, com você (psicóloga)! Arre! Não sei pra que tudo isso. Da outra vez eu fiz tudo isso e não quiseram me operar. Disseram quem não precisava, que era só fazer o regime e exercício. Não adiantou nada! Agora estou com diabetes e resolveram operar. O que a gente tem que passar. Saco! Eu queria fazer a cirurgia e pronto, emagrecia. (F10)

Aqui acaba aparecendo novamente a ideia de um processo mágico que resolveria todos os seus problemas e os tornaria magros, sendo a equipe profissional a detentora deste poder e podendo se opor a vontade do paciente, estabelecendo critérios para a realização da cirurgia. “O reconhecimento de haver critérios para indicação cirúrgica ou o cuidado com a saúde eram inexistentes; importante era a satisfação do desejo, e, melhor ainda, triunfar sobre os *opositores*, vencê-los, humilhá-los, vingar-se dos objetos internos maus.” (OLIVEIRA; PAULARO, 2015, p. 114).

O artigo ainda traz que todos os entrevistados responsabilizam os remédios, que tomaram para perder peso, pelo fato de voltarem a engordar após a interrupção do tratamento,

não se dando conta de que a interrupção foi da vontade deles, bem como a necessidade de se exercitar e mudar a alimentação.

Quanto aos efeitos psicológicos do procedimento podemos ressaltar algumas respostas, tanto positivas quanto negativas, e como a cirurgia pode levar a novos problemas e situações das quais os pacientes não estão habituados.

“Mudou, mudou humor, comportamento, tudo! Hoje eu estou mais bem amada, mais feliz! (F11).”

“(...) hoje estou mais segura, hoje falo com mais segurança, me auto afirmo (...) (F12).”

“Fiquei mais tímida (...) enquanto eu era gorda ninguém me notava, então eu não tinha que aparecer bonita, porque ninguém ia me notar. Ninguém ia olhar! As pessoas olham como se fosse um monstro. ‘Olha lá a gorda entalada na roleta’. Ninguém olha com interesse, e hoje, às vezes, noto uns olhares e aí eu fico com muita vergonha! Hoje eu ando olhando pro chão, com vergonha, eu nunca fui acostumada a ter olhares para mim! (F13).”

O monitoramento constante da alimentação e a imposição de restrições, algumas vezes exageradas, podem se tornar um novo problema, tão sério quanto a obesidade em sí, havendo relatos de vômitos constantes e sintomas de bulimia.

Olha, o acompanhamento psicológico, na verdade, o médico aconselhou eu fazer. Quando eu tinha uns dois anos de operada, eu continuava a vomitar muito e ele me falou que essa questão de vomitar muito é culpa! Perguntou se eu me sentia culpada por comer, eu falei que acho que sim, eu acho que ele falou mais ou menos uma bulimia, só que acho que a grande maioria tem, tem essa culpa! Aí ele me mandou que eu procurasse [tratamento psicológico], mas eu não vou procurar, não. Não tenho dinheiro pra isso não (F14).

Outras queixas relacionadas ao pós-cirúrgico que valem ser pontuadas são em relação ao não perder peso suficiente, baixa de libido, ficar abaixo do peso ideal e dificuldades de relações interpessoais. O indivíduo se dá conta de que os problemas que antes eram atribuídos a obesidade, continuam a existir mesmo após o emagrecimento.

“[...] e aí emagreceu, já fez plástica, está gatinha, e [...] não consigo me relacionar”, “meu casamento continua horrível”, casos extraconjugais que geram muitos problemas e aí percebe que a obesidade não era o que gerava o problema desse casamento.” (F15)

Tendo o alimento sido eleito como objeto privilegiado, o corte na ingestão do mesmo acaba por lançar o indivíduo na busca de ressignificar este que antes supria todas as suas faltas.

Em relação à percepção de corpo, Oliveira e Palauro (2015) trazem comentários que mostram claramente a relação que o obeso tem com o próprio corpo, construindo uma noção de si mesmo que muitas vezes não é real. Nas entrevistas pós-operatórias, foi notado a falta de noção do espaço que ocupam, se questionando porque os móveis da sala foram trocados ou porque a distância da cadeira para a mesa aumentou, não reconhecendo que eles mesmos reduziram de volume.

O artigo também traz os medos em relação à sustentação do próprio corpo e do conteúdo interno, aparecendo ideias fantasiosas como o medo de perder a sustentação corporal, dissolver-se, derramar-se ou vaziar todo o seu conteúdo interno caso sofra algum corte na pele por exemplo. Um dos artigos traz o relato de um garoto de 14 anos, pesando 180kg, retirado de uma publicação de Brunch (1974, apud Oliveira, Paularo; 2015, p. 110), e afirma que “ [...] em todas as entrevistas pré-cirúrgicas, realizadas em 12 anos de trabalho, encontramos referência à sensação de derramamento e de terror descritos.” (F16)

Tenho medo de me machucar, pensei que meu corpo era como uma fina camada de pele sobre um monte de gelatina, se me machucasse a gelatina sairia para fora. [...] veria uma poça de geleia ou sopa de ervilhas e um balão de pele solta em volta dos meus ossos e músculos [...] pensei que tudo iria fluir pra fora e eu ficaria vazio. Tinha tanto medo desse vazio que isso levou a me empanturrar de verdade (tradução livre) (p.91).

O artigo¹⁴ ainda traz considerações sobre a construção do self e do funcionamento sensorial do indivíduo, trazendo pessoas com um funcionamento psíquico extremamente regredido, utilizando de defesas primitivas, baseadas em sensações superficiais da pele e das mucosas, sendo as sensações oferecidas pela boca, fonte de segurança. Esta regressão à fase oral, vem da busca de sanar não só carências relacionadas a nutrição do corpo, mas as de afeto e de identificação.

Para evitar sentir que perderam partes de si mesmo, partes da boca, partes da boca, procuram mantê-la sempre cheia e em movimento; a mastigação, deglutição e movimentos da língua e dos maxilares, assim como os sons produzidos, garantem por alguns instantes a volta à sensação de inteireza. (OLIVEIRA; PALAURO, 2015, p. 111).

O consumo de grandes quantidades de alimento se dá na tentativa de alcançar o preenchimento completo do estômago, na busca da sensação tranquilizadora, que acaba gerando todo o quadro de ansiedade e angústia observados nas entrevistas. Os autores

¹⁴ OLIVEIRA, Marina Trench de; PALAURO, Yvogmar Godoy Rossilho; OBESIDADE MÓRBIDA, COM-PULSÃO: QUANDO A VIDA É SENSORIAL; Psicanálise v.17 nº2, 2015.

ressaltam que esta ausência de limitações no consumo de alimentos “cria distorções em seu corpo semelhantes às do seu mundo mental, gerando quadros clínicos cada vez mais graves”, e que na tentativa de se protegerem de seus terrores, correm o risco de morrer.

As dietas do pós-cirúrgico, com refeições líquidas e seguindo para as pastosas proporcionam a experiência de ser um bebê novamente, confirmando sua fantasia. Nesta parte do processo é importante o acompanhamento com a equipe multidisciplinar para reelaborar seus conflitos. As cirurgias plásticas feitas após o emagrecimento trazem, através da reparação do corpo, a reparação das questões subjetivas do indivíduo.

Como vimos anteriormente no presente artigo, a obesidade pode ser vista como uma tentativa de superar a perda do objeto por meio de sua incorporação, no intuito de mantê-lo vivo. A perda do objeto, seio materno, instaura um vazio no indivíduo que precisa ser preenchido. A via oral, que anteriormente nutria e trazia afeto, volta a ser a via pela qual o sujeito supre suas faltas.

Nos relatos resgatados nos artigos selecionados, podemos observar como o ato de comer era parte fundamental da vida do indivíduo obeso, sendo a obesidade o sintoma e não a doença. O imaginário que o indivíduo obeso cria em relação ao próprio corpo fica bastante evidenciado nas falas dos artigos, trazendo a imagem do corpo como alvo de investimento libidinal e a relação da imagem do semelhante e a do próprio corpo, havendo aí algumas disparidades.

As falas também trazem a expectativa e a construção da imagem de um corpo ideal que por vezes não pode ser alcançado. A equipe de profissionais tem a missão de torná-los magros e de fazê-los alcançar a imagem que construíram, não tendo os pacientes a noção do papel que eles mesmos têm no processo.

As novas rotinas alimentares, com refeições líquidas e pastosas, confirmam a fantasia infantil e retomam a imagem do seio materno, que é responsável por sanar suas faltas físicas e de afeto. O corte é confirmado fisicamente no momento em que são feitas as cirurgias reparadoras, como uma passagem ao ato para o que antes não poderia ser concretizado. Neste momento é ressignificada a própria imagem que o sujeito tem de si.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da obesidade a nível mundial, aumentou-se também a busca por novas soluções, que sejam cada vez mais eficientes e de curto prazo. A procura pela cirurgia bariátrica cresceu, sendo um procedimento que pode gerar ótimos resultados, mas que precisa ser entendido e acatado pelo indivíduo em sua totalidade. Seus efeitos negativos podem ser extremamente prejudiciais ao sujeito tanto física quanto psicologicamente.

No decorrer deste estudo, foi possível observar as ideias irrealistas que se tem sobre a cirurgia bariátrica, sendo vista muitas vezes como um procedimento mágico, que resultaria no emagrecimento contínuo, até se alcançar o corpo ideal. Desta forma, os pacientes não entendiam o seu papel neste processo, colocando toda a responsabilidade nas mãos da equipe de profissionais, e até mesmo, não entendendo o porquê de tantos encontros, entrevistas e exames.

Outro fator importante observado nas falas dos artigos, é de como a percepção de corpo foi construída ao longo da vida do sujeito e as disparidades que possuem em relação ao seu corpo real. Esta percepção sofre alteração após o procedimento cirúrgico, causando uma desorganização psíquica, que precisa ser elaborada. Sendo assim, a importância do acompanhamento psicológico após a cirurgia ficou mais uma vez evidenciada, trabalhando questões referentes ao lugar que a comida ocupava na vida do sujeito, e como a mesma supria suas faltas.

Com base no que foi analisado nos artigos, nota-se a fragilidade do equilíbrio alcançado após a realização da cirurgia bariátrica, sendo que qualquer oportunidade de regredir às defesas primitivas, algo que pode colocar o trabalho a perder. Mesmo evoluindo, permanecendo organizados física e psicologicamente, podem facilmente se deslocar para novas relações simbióticas, como um relacionamento, drogas, álcool ou qualquer outro comportamento ou hábito destrutivo que ocupem novamente o espaço que a cirurgia deixou vago. Continuam sendo obesos mesmo após o emagrecimento e, desta forma, precisam ressignificar suas questões internas.

Se tratando do número limitado de páginas e da natureza da pesquisa, acredito que de forma sucinta os objetivos foram alcançados, deixando margem para o aprofundamento em diversos pontos e a possibilidade de novas pesquisas sobre o tema. A questão do investimento libidinal e o atravessamento do narcisismo na construção subjetiva do indivíduo obeso não pode ser explorada a fundo no processo de avaliação para a cirurgia bariátrica, sendo importante a disposição do sujeito para a continuidade de um acompanhamento psicológico prolongado após a realização da cirurgia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da Obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 15/11/2016.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**; Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4;

CUNHA, M.V. **Psicologia da Educação**. Rio de Janeiro: Editora Lampari-na, 2008. ISBN-13: 9788598271507.

DUARTE, Rosália. **ENTREVISTAS EM PESQUISAS QUALITATIVAS**; Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR;

FANDIÑO, J; BENCHIMOL, A.K; COUTINHO, W.F; APPOLINÁRIO, J.C; **Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos**. R. Psiquiatr. RS, 26'(1): 47-51, jan./abr. 2004.

FREUD, Sigmund; **Volume VII (1901-1905) - Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago editora – Rio de Janeiro, 2006.

GALLASSI, A; YAMASHITA, A.L.V; **OBESIDADE MÓRBIDA, O PESO DA EXCLUSÃO**. Revista Científica da Faculdade Dom Bosco de Cornélio Procopio, Estado do Paraná; v. 2, n. 2 (2014).

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **MÉTODOS DE PESQUISA**; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1ª ed. 2009.

LACAN, Jacques; **Escritos**. 1. Ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

MACHADO, C.E; ZILBERSTEIN, B; CECCONELLO, I; MONTEIRO, M; **Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica**. ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.21 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008.

NAPOLITANO, M.A.; HEAD, S.; BABYAK, M.A. et al.- **Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics**. Int J Eat Disord 30: 193-203, 2001.

NASCIMENTO, Silvia Zenóbio; **INFLUÊNCIA DO ANEL DE CONTENÇÃO NA EVOLUÇÃO PÓSOPERATÓRIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA VERTICAL EM “Y DE ROUX” PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA**. Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil.2012;

OLIVEIRA, M,T; PALAURO, Y,G,R; **Obesidade mórbida, com-pulsão: quando a vida é sensorial.**

SEIXAS, C.M; BALBI, L.M; **Libido e angústia: economia de gozo na obesidade.** *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p. 129-143, 2013.

VILHENA, J; NOVAES, J.V; **Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea.** *Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 2 – p. 379-406 – jun/2008;*

SILVA, Adriana Aparecida de Andrade; **CIRURGIA BARIÁTRICA – COMO O PSQUISSMO SIGNIFICA ESSE CORTE NO CORPO? – Brasília, 2006.**

EHRENBRINK, Petra Paim; PINTO, Elzimar E. Peixoto e PRANDO, Fernanda Loureiro. **Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares.** *Psicol. hosp. (São Paulo)* [online]. 2009, vol.7, n.1, pp. 88-105. ISSN 1677-7409.