

IMPASSES E DESAFIOS NO ATENDIMENTO PSICANALÍTICO COM PACIENTES DO SETOR DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

Luisa Maria Freire Miranda

O seguinte trabalho se propõe a discutir algumas questões acerca do tratamento analítico com pacientes obesos que se encontram em fase de preparação para a cirurgia de redução de estômago. As reflexões que procuro trazer são frutos da minha experiência de estágio curricular do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará no HUWC (Hospital Universitário Walter Cantídio) durante o ano de 2010.

Para que o intento do trabalho fosse possível, lancei mão da teoria psicanalítica, tanto na minha prática no atendimento ambulatorial aos pacientes do setor de Cirurgia Bariátrica do HUWC, como na fundamentação de reflexões posteriores a essa experiência clínica que tem como *locus* um hospital universitário. Além disso, apresentarei, de forma sucinta, algumas informações mais objetivas a fim de delinear o cenário atual da obesidade em nosso país.

A obesidade no Brasil nunca alcançou índices de prevalência tão altos como os que mostram pesquisas recentes. Esse fenômeno, longe de ser uma especificidade do povo brasileiro, tem tomado grandes proporções em todo o globo. Segundo Melo (2010), a OMS (Organização Mundial de Saúde) projetou que em 2015 o mundo teria 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos.

No Brasil, há pouco mais de dois anos, constatou-se que 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas entre cinco a nove anos já apresentavam um quadro de obesidade. Na população adulta com mais de 20 anos, esse número chegava a 12,4% para homens e a 16,9% para mulheres, no que tange à obesidade, sem mencionar o índice de sobrepeso que chega a atingir quase que três vezes essa porcentagem. O excesso de peso na

balança tem sido considerado como a “epidemia do século” e uma grande preocupação para a saúde pública que tem de lidar com as sérias implicações que a obesidade acarreta para a vida das pessoas.

Ao mesmo tempo em que as estatísticas fornecem dados alarmantes acerca da obesidade em todo o mundo, o corpo magro e atlético nunca foi tão valorizado e apontado como ideal de saúde e beleza a ser buscado como o é na contemporaneidade. Nesse sentido, a mídia opera como um importante dispositivo na criação e perpetuação de ideais de corpos, estilos de vida e modos de consumo a serem seguidos pelas pessoas com a promessa de sentirem-se belas, saudáveis e, sobretudo, felizes.

De acordo com Marchioli et al. (2009), a atualidade engendra, por meio do mercado de consumo, uma relação muito estreita entre corporeidade e consumo, como se a saúde pudesse ser consumida e a possibilidade de cura fosse externa ao sujeito, desimplicando-o de todo esse processo. Notadamente, assistimos a multiplicação dos livros e das técnicas de auto-ajuda, bem como a excessiva prescrição de ansiolíticos, antidepressivos, anfetaminas e “Viagras”, e o exorbitante aumento do número de intervenções cirúrgicas com finalidade estética que colocam pessoas muito jovens com seus corpos saudáveis nas mesas de cirurgia. O que todas essas alternativas têm em comum – e é importante que se veja para além das soluções mágicas a que elas se propõem - é a suposta garantia de que o sujeito não precise enfrentar o sofrimento, as perdas, a impotência, o excesso de peso, enfim, o descontentamento intrínseco à existência humana.

Nessa perspectiva, Cesa (2006) apresenta a seguinte conclusão a respeito das terapias exclusivamente medicamentosas, bem como das técnicas de auto-ajuda e das novas formas de espiritualidade: “todas partem do pressuposto de que o psiquismo pode

libertar-se dos incômodos efeitos do inconsciente e servir às finalidades de um eu soberano, pragmático e feliz, ajustado às aspirações dos membros da cultura do individualismo e do narcisismo”. (2006, p. 146)

Do ponto de vista da Psicanálise, podemos dizer que o desamparo e a finitude são constitutivos do indivíduo enquanto sujeito e que a castração impõe limites à satisfação por maior que seja a busca. Ao deparar-se com isso, o sujeito contemporâneo procura retirar de si a essência de todo conflito ao acreditar que a cura de seu sofrimento se encontra na eliminação de todo mal-estar, de toda angústia de existir. É nesse momento que o sujeito se dá de presente a ilusão de uma liberdade irrestrita, de uma independência sem desejo, fugindo dos efeitos de seu inconsciente, como se isso não lhe trouxesse outros efeitos. (CESA, 2006).

É nesse contexto – de possibilidades mágicas que materializam o desejo de saúde como bem adquirível - que o número de indicações das operações bariátricas vem crescendo de forma significativa. Do ponto de vista médico, a intervenção cirúrgica tem se mostrado extremamente eficaz na condução clínica de obesos graves. E, para aqueles que não conseguem emagrecer por meio dos tratamentos convencionais (dietas, exercícios, medicamentos etc.), a operação bariátrica tem sido tomada como a última - ou mesmo a única - possibilidade de emagrecimento. (SEGAL e FANDIÑO, 2001).

Para a ordem médica, não há dúvida quanto à necessidade da intervenção cirúrgica quando se trata de uma obesidade grave. O cálculo é muito simples: a redução de estômago possibilita a perda de 35% a 40% do peso inicial em longo prazo, reduzindo as comorbidades, melhorando a qualidade de vida e não apenas a redução ponderal do indivíduo. Feitas as avaliações clínicas, laboratoriais e psicológicas de forma adequada, a operação oferece pouco risco, apresentando baixa morbidade. Desse

modo, percebemos que não há espaço para o “erro” no cálculo médico, ou seja, qualquer variável que obstaculize o diagnóstico, a adesão ou o sucesso do tratamento.

Para o médico, é preciso fazer uma seleção, não reter senão o que é utilizável, o que convém para o diagnóstico e o tratamento. É preciso sobretudo que ele se proteja do *erro*, aquele no qual o doente tem chances de fazê-lo cair e, do mesmo modo, ele próprio, se chegasse a perder a retidão que lhe fornece seu saber. (CLAVREUL, 1983, p. 35).

Todavia, - e ao contrário do que se espera - os casos de depressão, abuso de álcool e drogas, assim como o surgimento de outras compulsões e a recuperação de boa parte do peso perdido têm aumentado substancialmente após a cirurgia de redução de estômago. É em contextos como esses que podemos afirmar que a subjetividade, outrora excluída pelo discurso médico, retorna na prática produzindo nesse saber um furo e fazendo-o claudicar por conta da ausência de instrumentos conceituais e operativos que possibilite ao médico lidar com as marcas do sujeito cindido, o sujeito do inconsciente. (SANTOS, 2007). A respeito dessa subjetividade, melhor dizendo, do inconsciente que insiste em se apresentar, a autora argumenta:

[...] ainda que a ordem médica prevaleça no hospital como fundamental para a existência dele, a presença marcante dela tem aberto espaço para outra ordem, na medida em que o discurso do médico produz fenômenos que não consegue tratar. Se ela fracassa, ela não pode mais imperar sozinha, tem de introduzir outra ordem, porque a constatação é que onde impera a ordem médica o hospital é um caos humano. (MORETTO, 2002 apud SANTOS, 2007, p. 257).

É por conta dos fatores subjetivos que impreterivelmente vêm à tona nesse processo que a equipe multidisciplinar do setor de cirurgia bariátrica conta com o psicólogo ou, no caso, o psicanalista. Desse profissional é demandada a realização de entrevistas com finalidade de avaliação psicológica, identificando os fatores psicológicos subjacentes ao surgimento e à manutenção da obesidade, bem como à iniciativa de submeter-se à operação bariátrica.

Na experiência clínica com pacientes obesos, pude observar algo que os diferencia bastante de outros tipos de pacientes do hospital. Poderia dividi-los, de maneira didática e sintética em quatro tipos: os que, ao tomar conhecimento do serviço de psicologia no hospital, demandam o atendimento; os que, mesmo não procurando o atendimento, tornam-se sensíveis à oferta de escuta do psicanalista, como efeito de sua presença, podendo chegar a elaborar uma queixa; os que, pura e simplesmente, não apresentam demanda e os que, ainda que apresentem uma demanda, têm dificuldade de subjetivar seu sofrimento, apresentando um radical esvaziamento em seu discurso.

Tomando como base os atendimentos feitos por mim, situo os pacientes obesos predominantemente entre o terceiro e quarto tipos. É importante salientar que os atendimentos psicológicos fazem parte dos inúmeros encaminhamentos que os pacientes recebem na fase do pré-operatório, tratando-se, portanto, de um protocolo. Isso quer dizer que o comparecimento do paciente ao atendimento não implica no desejo de estar ali, muito menos da disposição em questionar aspectos sobre sua obesidade ou sobre seu estilo de vida de uma forma geral.

Como consequência, o trabalho de promover uma escuta para alguém que não apresenta demanda ou tem dificuldade de falar abertamente sobre sua compulsão instaura-se como um desafio ao psicanalista. Para esses pacientes, a obesidade é sempre apontada como consequência de fatores alheios a eles, muitas vezes desvinculados de sua subjetividade, a exemplo: genética, contraceptivos, estresse, doenças etc. Em outras palavras podemos afirmar que a obesidade é concebida como um acontecimento externo ao psiquismo, fazendo com que esses pacientes não se responsabilizem pelo que afeta seu corpo, depositando na cirurgia suas esperanças de emagrecimento, e, mais do que isso, colocando nela a solução *ready made* para os excessos de seus corpos. (SEIXAS, 2009).

Partindo desse raciocínio, Marchioli et al. (2005) chegam a algumas conclusões acerca do paciente obeso e sua dificuldade de formalizar uma demanda - algo que pode ser constatado por mim nos atendimentos com esses pacientes. “O fato de não falarem abertamente sobre sua compulsão se deve, no nosso entender, ao fenômeno da resistência em primeiro lugar e à necessidade que elas apresentam de se destituírem da responsabilidade por sua própria obesidade”. (2005, p. 201).

Ao ser tomada como uma doença que implica um tratamento específico, a obesidade coloca um obstáculo ao dispositivo analítico, na medida em que esse não oferece resultados que atendam às expectativas do paciente de emagrecimento rápido. Em decorrência disso, percebemos um discurso pobre, desimplicado e, sobretudo, carente de recursos simbólicos, já que não é ao psicanalista que a demanda de emagrecimento se direciona e sim ao médico.

O empobrecimento discursivo é a principal característica subjetiva que se apresenta na maioria dos casos. O sofrimento não se apresenta através de uma fala dialetizada, metafórica, mas sim no próprio corpo que passa a condensar a dor e o sofrimento de estar acima do peso “normal”. Pode, muitas vezes, limitar-se ao pedido de uma “técnica” para emagrecer em que não esboça qualquer afetação: é a radicalização do esvaziamento discursivo que não veicula uma abertura na qual posse se inscrever um questionamento direcionado ao outro, mas sim a eterna expectativa de encontrar a fórmula mágica que possa livrá-lo desse estorvo que é a gordura. (SEIXAS, 2009, p. 44-45).

Desse modo, os discursos que se apresentam nos atendimentos são cheios de palavras e vazios de sentidos. Dificilmente, o paciente procurará questionar o que ele de fato busca saciar ao comer em excesso, já que não falamos mais de fome, mas de algo que é da ordem do insaciável, assim como de uma satisfação que permanece fixada à comida. Além disso, podemos falar em uma fragilidade no laço transferencial fazendo com as intervenções sejam feitas de forma mais cautelosa.

Entretanto e, por mais peculiar que a clínica de obesidade seja, a função do analista permanece inalterada frente ao sujeito: sustentar a demanda para que assim (re)apareçam os significantes que estão em jogo no seu sintoma. Desse modo, a entrada no dispositivo analítico possibilitaria um esvaziamento do ganho do prazer que o comer em excesso fornece ao obeso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CESA, A. L. S.. O contemporâneo na constituição do sujeito In: FONTENELE, L. (Org.). **Psicanálise: teoria, clínica e conexões**. Fortaleza: Edições Livro Técnico, 2006.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

MARCHIOLLI, A., MARCHIOLLI, P., CAMPOS SILVA, L. As conseqüências psicossociais da cirurgia de redução de estômago. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, Brasil, 13, jul. 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/844>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

MELO, M. E. **Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade> >. Acesso em: 12 mar. 2011.

SANTOS, D. B. dos. Psicanálise e Medicina ou a Subjetividade no Contexto Hospitalar. IN: LAGE, A. M. V.; MONTEIRO, K. C. C. (Orgs.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática em Hospital Universitário**. Fortaleza: Edições UFC, 2007.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2002; 24(Supl. III): 68-72.

SEIXAS, Cristiane Marques. **Comer, demandar, desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade**. 2009. 117p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SOBRE A AUTORA

Luisa Maria Freire Miranda. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Membro do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise – Seção Fortaleza.