



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ – REITORIA ACADÊMICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

GABRIELA NUNES CATARINO

**A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPEUTA – PACIENTE NA
PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE
PESSOAS QUE SE SUBMETEM À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Recife, 2014.

GABRIELA NUNES CATARINO

**A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPEUTA – PACIENTE NA
PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE PESSOAS QUE
SE SUBMETEM À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora na Universidade Católica de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia Francisco

Recife, 2014.

Catarino, Gabriela Nunes

**A importância da relação terapeuta - paciente na preparação e acompanhamento psicológico de pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica / Gabriela Nunes Catarino ; orientador Zeferino de Jesus Barbosa Rocha ; co-orientador Ana Lúcia Francisco, 2014.
87 f.**

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2014.

1. Psicologia clínica. 2. Obesidade mórbida - Aspectos psicológicos. 3. Cirurgia bariátrica - Aspectos psicológicos. 4. Psicanálise. 5. Imagem corporal. 6. Acompanhamento terapêutico. I. Título.

CDU 159.922.6


GABRIELA NUNES CATARINO


**A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPEUTA – PACIENTE NA
PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE PESSOAS
QUE SE SUBMETEM À CIRURGIA BARIÁTRICA**

BANCA EXAMINADORA


Prof.^o. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha (UNICAP)
Orientador


Prof.^a. Dra. Ana Lúcia Francisco (UNICAP)
Co-orientadora


Prof.^a. Dra. Iarací Fernandes Advíncula (UNICAP)
Avaliador interno


Prof.^o. Dr. Josemberg Marins Campos (UFPE)
Avaliador externo

Recife, 2014.

À Minha mãe...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela bênção, de ter pessoas significativas no decorrer das experiências de vida vivenciadas até o momento de meu desenvolvimento pessoal, social e profissional.

Ao meu pai, **José Luis**, por possibilitar a continuidade da minha formação profissional, respeitando meu espaço. E minha mãe, **Irinéa**, pela presença em mais esta etapa da vida.

Ao meu orientador, Prof^o. Dr. **Zeferino Rocha**, por acolher-me como orientanda e, no decorrer desta dissertação, ser uma presença sensível, humana e com sabedoria inquestionável.

À minha coorientadora, Prof^a. Dra. **Ana Lúcia Francisco**, pela presença significativa desde o início, pela paciência, compreensão e leitura criteriosa em diversos momentos de construção da dissertação.

Ao Prof. Dr. **Josemberg Campos**, por possibilitar a vivência de uma experiência pessoal de submissão à cirurgia, permeada pela competência médica e técnica, e despertar de interesse pela temática da obesidade e cirurgia bariátrica.

À Prof^a. Dra. **Iarací Advíncula**, sempre presente nos momentos importantes de construção profissional. Agradeço pela leitura bastante compromissada, dedicada e reflexões importantes para amadurecimento das minhas evoluções em pesquisa.

À psicóloga **Eliane Ximenes**, pela contribuição e atenção inicialmente no processo de construção do projeto, como também com a pesquisa de campo juntamente com outras psicólogas e pacientes.

À minha psicóloga **Mônica Palácio** (psicanalista), por ter possibilitado uma vivência positiva na decisão de passar pela experiência própria de me submeter à cirurgia bariátrica, e assim, focalizar a escolha da temática a partir da relação terapeuta e paciente que viemos construindo ao longo desses seis anos de acompanhamento.

À amiga, **Clécia Lorena** por compartilhar deste momento, acolhendo algumas dificuldades e conquistas, bem como contribuindo com seu olhar nas leituras. À amiga **Amanda Britto Lyra**, por estar junto comigo sempre conversando, nos momentos alegres e difíceis. E à amiga, **Maria Luiza Nery**, por possibilitar, com seu jeito de ser, momentos de serenidade, calma e reflexões de situações que encontrei no caminho.

Às **colegas** da turma de Mestrado 2012, ao corpo docente do Mestrado em Psicologia Clínica, aos funcionários da secretaria e, de modo geral, do bloco G4 da Unicap.

Agradeço, também, às **colegas e professores amigos**, da **Academia Hidroforma**, que puderam permitir momentos de descontração, ganhos de energia física/ psíquica e mais criações em minhas idéias, neste caminhar.

Por fim, não posso deixar de agradecer às pessoas próximas presentes no meu entorno, que nesses dois anos e etapa final, possibilitaram momentos de alegrias e também acompanharam o meu percurso de realização do Mestrado.

*“Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”*

Fernando Pessoa

RESUMO

Esta dissertação objetivou, de forma geral, analisar a ação do psicólogo clínico no processo de preparação e acompanhamento psicológico das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica. De forma específica pretendeu-se identificar os elementos que podem interferir positivamente e/ou negativamente, na relação terapeuta - paciente; analisar as ressonâncias que o acompanhamento terapêutico exerce sobre os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica. Para tanto buscou as contribuições teóricas a respeito do corpo na filosofia de Merleau Ponty e na psicanálise de Winnicott. Sobretudo, abordou o relacionamento terapeuta – paciente pela abordagem winnicottiana e dentro do contexto dos psicólogos que trabalham com o tema da obesidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que tem como participantes sete psicólogas clínicas que desenvolvem atividades na área de cirurgia bariátrica, tanto no setor privado como público e duas pacientes compreendidas na faixa etária de 33 e 56 anos, que se submeteram à cirurgia e continuam em acompanhamento psicológico. Utilizamos a entrevista semidirigida tanto para as psicólogas como para as pacientes, através de uma questão disparadora diferenciada. A análise das narrativas foi feita a partir da análise temática, que permitiu identificar eixos temáticos ligados à questão da prática profissional e às concepções teóricas utilizadas pelas psicólogas, destacando-se eixos como a natureza do vínculo estabelecido na relação terapeuta e paciente, a importância da família na participação do processo e, sobretudo, a imagem corporal vivida pelo paciente antes, durante e depois do procedimento cirúrgico. O cuidado que o psicólogo deve ter para levar em consideração no seu relacionamento terapêutico, a promoção do autoconhecimento e a compreensão a respeito de um corpo vivido pelo paciente e, portanto, um corpo sujeito, não coisificado; constituíram-se como elementos de fundamental importância, lembrando-nos que, atitudes explicativas diretivas são necessárias, mas não suficientes para o sucesso do tratamento. Por essas razões, apontamos que questões intrapsíquicas e os recursos internos do paciente sejam suficientemente trabalhados, evitando, assim, que o mesmo substitua o sintoma da obesidade por outro sintoma de compulsão.

Palavras – Chave: obesidade; relação terapeuta-paciente; cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

This dissertation aimed, in general, analyze the action of the clinical psychologist in the preparation and psychological care of people undergoing bariatric surgery process. Specifically seeks to identify the elements that can interfere positively and / or negatively, in relation therapist - patient, analyze the resonances that therapeutic monitoring exercises on patients undergoing bariatric surgery. Sought to both the theoretical contributions about the body in Merleau Ponty and psychoanalysis Winnicott. Mainly addressed the relationship therapist - patient by Winnicott's approach and within the context of psychologists working with the theme of obesity. This is a qualitative study, whose participants seven clinical psychologists who develop activities in the field of bariatric surgery, both in the private and public sectors and two included patients aged 33 to 56 years, who underwent surgery and continue in psychological counseling. Semistructured interview used to psychologists and for both patients through a different starter question. The analysis of the narrative was taken from the thematic analysis, which identified themes related to the issue of professional practice and theoretical concepts used by psychologists, especially axes as the nature of the bond established relationship therapist and patient, the importance of family participation in the process and especially body image experienced by the patient before, during and after surgery. O care that the psychologist should have to take into account in its therapeutic relationship , the promotion of self-knowledge and understanding about a body experienced by the patient and therefore a body guy, not objectified ; constituted themselves as elements of fundamental importance , reminding us that policies accompanying attitudes are necessary but not sufficient for successful treatment. For these reasons, we point out that intrapsychic issues and the internal resources of the patient are sufficiently worked out, thus avoiding that the same replace the symptom of obesity by another symptom of compulsion.

Keywords: obesity; therapeutic-patient relationship; bariatric surgery.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Obesidade.....	11
1.2. Cirurgia Bariátrica.....	14
1.3. Justificando a escolha do tema.....	16
2. De que Corpo falar?.....	17
2.1. O Corpo na Filosofia de Merleau Ponty.....	17
2.2. O Corpo na Psicanálise de Winnicott.....	24
3. A Relação Terapeuta – Paciente no Processo de Cirurgia Bariátrica.....	35
3.1. O Psicólogo no Contexto da Cirurgia Bariátrica.....	36
3.2. Relação Terapeuta – Paciente: Psicanálise Winnicottiana.....	43
4. Metodologia e Estratégia de Ação.....	48
4.1. Participantes.....	49
4.2. Recursos.....	50
4.3. Procedimento de Coleta de Dados.....	50
4.4. Procedimento de Análise de Dados.....	51
5. Análise das Narrativas.....	55
Psicóloga A.....	55
Psicóloga B.....	58
Psicóloga C.....	60
Psicóloga D.....	62
Psicóloga E.....	64
Psicóloga F.....	66
Psicóloga G.....	68
Paciente I.....	70

Paciente II.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE.....	85
Apêndice A.....	86

1 INTRODUÇÃO

1.1 Obesidade

Observamos no mundo atual que o ser humano tem buscado diversas modalidades e estilos de vida e, com isso, novas possibilidades de qualificar sua maneira de existir. Vivemos permeados por transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, avanços tecnológicos e científicos, que têm interferido fortemente na construção e reconstrução de nossas subjetividades.

O conjunto de mudanças tais como, excesso de consumo, busca incessante pelo prazer, atitudes imediatistas, supervalorização do corpo, além de provocar alguns transtornos alimentares, como a obesidade, a bulimia e a anorexia, também tem sido responsável por outras alterações na saúde física e psíquica do sujeito. Não podemos deixar de ressaltar que a mesma sociedade que estimula o consumo e promove a ansiedade é a mesma que exige do indivíduo um corpo belo, perfeito e eleito como o centro das atenções.

A obesidade tem sido um dos principais desafios da saúde pública na sociedade moderna e atinge diferentes populações, tanto em países industrializados, como em desenvolvimento. Consideram-se as mudanças no comportamento alimentar e o sedentarismo como fatores determinantes para este problema.

Muitos tratamentos para a obesidade envolvem as chamadas dietas, exercícios físicos, uso de medicamentos e mudanças comportamentais, chegando-se hoje, com frequência, a alternativa da cirurgia bariátrica. Os casos mais indicados para submissão à cirurgia estão relacionados com fatores de alta frequência de comorbidades com piora na qualidade de vida e o crescente aumento de doenças associadas, além da redução da expectativa de sobrevivência e os fracassos nos tratamentos chamados conservadores (uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos).

O estudo de Neto et al. (2008) enfatiza que a obesidade constitui uma preocupação tão séria, quanto a desnutrição. É tão preocupante que se tornou uma das cinco principais doenças dos países industrializados, estando associada ao aumento da diabetes, hipertensão arterial sistêmica, alterações cardiovasculares, articulares, psiquiátricas e alguns tipos de câncer. Somam-se, ainda, prejuízos psicossociais relacionados à questão da discriminação a indivíduos sob essa condição patológica. Problemas psicológicos também estão associados ao ganho de peso, como por exemplo,

estresse, ansiedade, depressão, baixa autoestima, gerando desconforto nas relações sociais.

No Brasil, estima-se que mais de 2 milhões de pessoas estejam inseridas nessa categoria, justificando, assim, a necessidade da tomada de posições para o uso de novas medidas de emagrecimento em busca da saúde.

A importância da redução da obesidade para a saúde pública, o interesse social e os investimentos econômicos em alimentação e na qualidade de vida das pessoas indicam que, estudos rigorosos sobre a prevenção e o tratamento da obesidade são essenciais.

Segundo Ministério da Saúde (2012), que ouviu 54 mil adultos em todos os Estados do Brasil, a obesidade avançou quase 40% nos últimos seis anos. Até o final do século XX, haviam sido pequenos os progressos científicos capazes de levar à compreensão do fenômeno da obesidade. Percebe-se historicamente que cada vez mais a obesidade vem sendo associada a complicações orgânicas que levam à mortalidade, ficando assim o obeso caracterizado como uma pessoa doente e que, portanto, deve tratar da sua doença, a obesidade, lembrando que os fatores psicológicos no geral estão presentes.

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1991, tem considerado a obesidade uma doença crônica, de evolução lenta e que acarreta complicações nas esferas orgânicas, psíquicas e sociais.

Trata-se de um acontecimento avassalador, a mudança de hábitos alimentares, com consumo de alimentos mais calóricos e industrializados, a rotina de trabalho intensa, a falta de exercícios, tudo isso facilita o crescimento abrupto de adultos obesos, bem como proporciona a formação de crianças e adolescentes obesos. Diante deste contexto, é possível constatar que a obesidade no Brasil apresenta um comportamento bastante heterogêneo, retratando a enorme diversidade física, socioeconômica e cultural do país. (NETO et al., 2008, p.9)

No Brasil, entre outros fatores, a expansão do setor de serviços, com a predominância de ocupações que demandam baixo gasto energético, sugere que o desenvolvimento e a modernização do país associam-se a alterações significativas e negativas na atividade física, sendo elas relevantes para explicar a ascensão da obesidade.

A medicina, com seus avanços, começa a descobrir melhor o metabolismo humano, com isso a obesidade passa a ser associada a diversas complicações que ultrapassam a esfera orgânica, incluindo-se aqui fatores de ordem psicológica, social e cultural.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, os trabalhos de Lavoiser e outros, no século XIX, trouxeram pioneirismos, mostrando a semelhança existente entre o metabolismo humano e o processo de combustão lenta, trazendo associações da obesidade e magreza com as leis da termodinâmica.

Posteriormente, houve, por parte da medicina, a descoberta de que a gordura se acumula nas células conduzindo a ideia de que a obesidade poderia ser causada pelo aumento numérico dessas células, despertando interesse para as ciências médicas. Análises começaram a ser feitas, apontando a obesidade como causa do aumento das taxas de mortalidade, pelas complicações clínicas por ela provocadas.

“A obesidade não é uma desordem singular, e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que, em última análise, resultam no fenótipo de obesidade.” (FRANCISCHI, 2000, p.2). Desde que começou a ser entendida como doença, vários cientistas de diferentes países vem desenvolvendo condutas terapêuticas para seu tratamento.

Dentro dessas discussões, podemos dizer que, no Brasil, considerado um país em transição nutricional, vem-se observando uma redução na prevalência de desnutrição e um predomínio do excesso de peso. Através de referências teóricas de diversos artigos, de 2003 a 2006, a obesidade é a terceira doença nutricional no Brasil, apenas superando a anemia e a desnutrição. Cerca de 40% dos adultos apresentam algum excesso de peso. “No período entre 1975 e 1989, a prevalência de sobrepeso aumentou 53% entre os adultos brasileiros com mais de 18 anos de idade, passando de 17% para 27% entre homens e de 26% para 38% entre as mulheres” (NETO et al., 2008, p. 8).

Em longo prazo o aumento da obesidade vem sofrendo influência da posição socio-econômica que o sujeito ocupa na sociedade, bem como do sexo e da região onde mora. É possível observar o incremento da obesidade, nas mulheres de nível socioeconômico mais baixo nas regiões brasileiras e um decréscimo naqueles de nível socioeconômico elevado nas regiões mais desenvolvidas; com relação aos homens, quanto maior a renda, maior o número de obesos.

É bastante significativo perceber que, em todas as regiões brasileiras, existem parcelas consideráveis da população adulta apresentando sobrepeso e obesidade. As

peças da região sul apresentam um grau de excesso de peso, mas, na região sudeste, existe uma maior quantidade de adultos com sobrepeso e obesidade.

Ainda de acordo com Neto et al. (2008), a obesidade aumenta gradativamente com a idade, e, baseado nos dados bibliográficos de 1999, é mais frequente na população com 40 anos ou mais. Observa-se também, que a obesidade é mais presente no contexto urbano, sendo a região sul que lidera essa realidade e a região sudeste por ser mais populosa. Já a região nordeste tem cerca de cinco milhões de indivíduos acima do peso esperado, o que representava, em 1999, 24% da população adulta da região.

O quadro epidemiológico nutricional do Brasil deve apontar para estratégias de saúde pública capazes de dar conta de um modelo de atenção para desnutrição e obesidade, integrando consequências e interfaces das políticas econômicas dentro do processo de adoecer e morrer das populações.

Identificar a etiologia da obesidade não parece ser simples e objetivo. De acordo com a literatura, esta doença multifatorial envolve, em sua gênese, aspectos ambientais e genéticos, além das dificuldades conceituais geradas pela própria determinação da quantidade de gordura que caracteriza um indivíduo como obeso. (PINHEIRO, 2004, p.2)

Considerando que o aumento de obesidade no Brasil esteja entrelaçado com as políticas de desenvolvimento, é fundamental que os profissionais de saúde assumam seu papel na construção de um plano de atividades, juntamente com os usuários dos serviços de saúde, na busca de práticas alternativas capazes de produzir respostas aos problemas de saúde da população. A dinâmica social e epidemiológica da obesidade exige maior mobilidade e inserção dos nutricionistas e de outros profissionais como psicólogos, na promoção de saúde.

Para Francischi (2000), a obesidade se apresenta não apenas como problema científico e de saúde pública, mas como grande indústria que envolve o desenvolvimento de fármacos, de alimentos modificados e estratégias governamentais estimulando a prática regular de atividade física e a orientação alimentar a fim de promover melhores hábitos. Assim, o conhecimento das causas e de estratégias preventivas da obesidade tem sido o objeto de estudo de pesquisadores de diferentes centros e diferentes áreas de estudo. Daí o surgimento do procedimento da cirurgia bariátrica como alternativa.

1.2 Cirurgia Bariátrica

No Brasil, são realizadas mais de quatro mil cirurgias bariátricas por ano, havendo, desde 2006, a diminuição na realização de cirurgia disabsortiva e de banda gástrica ajustável. Tem sido mais frequentes o uso da técnica *bypass gastricoem Y de Roux* ou, mais atualmente, a *sleeve gastrectomy*.

O tratamento cirúrgico deve ser executado por uma equipe multidisciplinar treinada, considerando a origem multifatorial da obesidade, além das inúmeras condições clínicas, psiquiátricas, nutricionais e endócrinas envolvidas. Em geral, a presença do paciente nas consultas de revisão e acompanhamento psicológico adequado são os principais fatores envolvidos no sucesso a longo prazo. (RAMOS, p. 41 *apud* TONETO,2004)

Quando realizada dentro das exigências, a cirurgia bariátrica tem-se mostrado uma alternativa eficaz no controle da obesidade mórbida e, no Brasil, essa modalidade cirúrgica teve início em 1973, atingindo até os dias atuais grandes números. Em 1996, o país passou a ser membro da Federação Internacional de Cirurgia Bariátrica, denominada em inglês International Federation of Bariatric Surgery (IFSO).

Também de acordo com a literatura, a técnica *bypass* gástrico por videolaparoscopia é o procedimento mais empregado. Entre 2002 a 2003, aproximadamente 146.300 cirurgias bariátricas foram realizadas no mundo, sendo umas quatro mil no Brasil, envolvendo em torno de 510 cirurgiões.

Assim como a obesidade cresce, a procura pela cirurgia bariátrica também aumenta, e vários grupos de pesquisadores vêm estudando e aprimorando as técnicas, procurando trazer benefícios para a saúde dos indivíduos. Também é importante ver que o papel do psicólogo avança nas pesquisas, estudando e identificando modelos de atuação nos atendimentos de pacientes obesos.

Rocha (2008) fala que os pacientes selecionados para terapêutica da cirurgia bariátrica têm obtido resultado mais efetivo e único no método de perda de peso e manutenção em longo prazo.

Marchesini (2006) foi testemunha da história da cirurgia bariátrica no Brasil. Segundo seus relatos, Salomão Chaib foi um dos precursores da cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. O real acontecimento da cirurgia bariátrica no Brasil se deve ao professor Doutor Arthur Belarmino Garrido Júnior,

também do Hospital das Clínicas da USP, no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, chefiada pelo professor Henrique Walter Pinotti.

A primeira cirurgia da obesidade em outro local do Brasil foi marcada em Curitiba, no Hospital Santa Cruz, em 1995, sendo o Paraná o segundo estado a abrigar a cirurgia. Outros cirurgiões, em outras regiões do país, foram adotando o tratamento, como o professor Doutor Fernando Luiz Barroso, no Rio de Janeiro; professor Doutor Edmundo Machado Ferraz, em Pernambuco (destacando-se atualmente Josemberg Campos, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, médico do Hospital das Clínicas em Pernambuco) e muitos outros pelo Brasil.

Esses primeiros cirurgiões fundaram a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica no ano de 1996 na cidade de São Paulo. Em 1998, aconteceu o primeiro Congresso da Sociedade, que hoje congrega mais de 700 membros e é a segunda no mundo em número de sócios. Nesta sociedade, foi instalada a Comissão de Especialidades Associadas (COESAS), que engloba todas as outras profissões ou especialidades afins da cirurgia bariátrica, entre as quais se encontram o nutricionista, o fisioterapeuta, o médico, o educador físico, o anestesista, o cirurgião plástico e o psicólogo, foco de nosso interesse nesta pesquisa.

1.3 Justificando a escolha do tema

Inserido dentro de um contexto de estudo sobre obesidade e cirurgia bariátrica, procuramos estudar o trabalho do psicólogo clínico na preparação e acompanhamento psicológico de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica. Nossa motivação partiu de experiências pessoais e de observações feitas em sala de espera de consultórios que tratam pessoas com obesidade.

O sofrimento vivido e o fracasso no uso de alternativas para o emagrecimento, percebido em diferentes gerações de pessoas obesas, somando-se a nossa formação acadêmica em psicologia, concluída em 2010, despertaram como tema específico da psicologia clínica, o interesse em pesquisar sobre a função do psicólogo na equipe que prepara pessoas obesas para se submeterem ao procedimento da cirurgia bariátrica.

Partindo dessa proposta, traçamos os seguintes objetivos: analisar a ação do psicólogo clínico no processo de preparação e acompanhamento psicológico dessas pessoas; identificar fatores que facilitam ou dificultam a relação terapeuta e paciente, bem como analisar efeitos terapêuticos sobre a vida dos pacientes.

A presente dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro aborda a questão do corpo nas referências consideradas fundamentais da perspectiva filosófica de Merleau Ponty e na psicanálise de Winnicott. O segundo capítulo trata da relação terapeuta e paciente no processo de preparação e acompanhamento psicológico de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, trazendo um panorama do psicólogo dentro deste contexto, acrescentando um olhar winnicottiano acerca da clínica e função do psicólogo. O terceiro capítulo apresenta o caminho metodológico que utilizamos, e o quarto capítulo descreve as narrativas de sete psicólogos clínicos e de dois pacientes que se submeteram à cirurgia, explicitando os impasses e as experiências vivenciadas por ambos neste contexto.

Com este levantamento da literatura e de pesquisa de campo, formulamos algumas considerações a respeito do tema.

2 De que corpo falar?

Para os profissionais que trabalham na área da psicologia, cujas especificidades envolvem muito as questões do corpo, uma compreensão própria e singular do corpo não pode faltar. Por isso, o intuito deste capítulo foi estudar algumas contribuições da filosofia de Merleau Ponty e da psicanálise, mais especificamente D. W. Winnicott, acerca da compreensão do corpo e os sentidos que a seu respeito precisamos desenvolver.

Com Merleau Ponty, iniciamos nossas reflexões a partir de características fundamentais de sua teoria, que permite abordar o nível fundamental das experiências com um rigor filosófico, pondo em destaque o funcionamento da percepção, tema central de sua filosofia.

Já com Winnicott, percorremos o caminho que fala desde as primeiras experiências corporais do bebê, passando por seus conceitos chaves: espaço potencial, criatividade, transicionalidade, partindo do estágio de dependência absoluta, que se dirige à independência, que fazem parte de sua teoria do processo de amadurecimento do indivíduo.

2.1 O Corpo na Filosofia de Merleau Ponty

Para compreender a perspectiva de corpo em Merleau Ponty, teremos como referência o seu livro a Fenomenologia da Percepção e estudos de sua filosofia, autores como Coelho Junior (1991), Bezerra Junior (2007) e Matthews (2010).

Na releitura da fenomenologia de Husserl, Merleau Ponty (2002) insere a consciência na corporeidade, a partir da percepção (*afecctus*) que tem do mundo e com o mundo, o que nos permite falar de uma subjetividade e de uma experiência vivida e do “corpo sujeito”.

Através da inscrição corporal no mundo, poderia se delinear uma experiência de interioridade e de realidade externa que faz parte do nosso campo existencial. Trata-se de conceber a experiência como uma “abertura para o mundo”, na qual não se distingue nem se separa interior e exterior, pois ela emerge da imbricação do corpo no mundo.

Somente a partir da experiência vivida e do contato primordial com o mundo, são constituídos a interioridade e a exterioridade, eu e outro, sujeito e objeto. Em sua obra, Merleau Ponty fala da experiência que cria e mantém uma relação de entrelaçamento com os aspectos que podem ser considerados interiores ao sujeito e a exterioridade do mundo.

Ele busca compreender como, na vida humana, o aspecto físico-químico, o biológico (ou vital) e o simbólico se entrelaçam e se integram para produzir experiência de si e do mundo. O sujeito é ser-no-mundo e o mundo permanece subjetivo. É impossível considerar o interior e o exterior de forma isolada. Da mesma maneira, o corpo e o psiquismo aparecem compondo uma unidade psicossomática integrada, capaz de expressar-se física e mentalmente com o mundo.

Na “Fenomenologia da Percepção”, Merleau Ponty (2002) distingue o “corpo objetivo”, um corpo tomado como uma coisa, matéria extensa situada no espaço, corpo que observo, um objeto no meio dos outros, e o corpo fenomenal. “O corpo objetivo é um corpo em sua existência material e fisiológica, regulado por leis biológicas de troca com o meio, o corpo analisado em sua performance física, é o corpo que eu tenho.” (BEZERRA JUNIOR, 2007, p.53). O corpo “fenomenal”, que não é apenas o corpo que eu tenho, mas também o corpo que eu *sou*, também chamado de “corpo próprio”, o qual será estudado um pouco mais adiante.

Com a perspectiva de Merleau Ponty, aprendemos que as grandes questões da existência humana não se resolvem de uma forma absoluta e definitiva. A linguagem, o corpo, a relação homem-mundo revelam um movimento ambíguo, em que

constantemente deslizamos da polaridade universal para a polaridade particular, e desta para aquela.

Trata-se de uma fenomenologia existencial voltada para a compreensão do homem como ser em situação que nunca é totalmente livre; sua escolha se dá em um meio, no qual não há um total poder de controle, não sendo, portanto, completamente consciente.

Merleau Ponty valoriza a natureza integral da experiência humana: nossas percepções não devem ser fragmentadas em unidades atomísticas chamadas sensações, mas constituem todos estruturados nos quais o significado dos elementos individuais depende de sua relação com o todo.

Nós mesmos, como sujeitos conscientes da experiência, não podemos pensar-nos isoladamente do mundo ao qual se referem nossas experiências. Nós somos seres humanos, concretos, vivendo em tempo e lugar específicos e que encontramos significado nos objetos em virtude da lida efetiva que temos com eles nesse tempo e lugar.

A relação entre sujeito e objeto não é, então, uma relação entre duas realidades externas independentes, mas sim entre dois polos correlativos da relação intencional na consciência. Perceber um objeto é intencioná-lo e torná-lo significativo. “Tratar o significado do Ser fenomenologicamente é partir de nossa própria experiência de Ser; não existimos separados do mundo de nossa experiência, somos parte dele.” (MATTEWS, 2011, p.22).

A ciência precisa ser entendida tendo como base a experiência humana direta. A maneira mais fundamental de compreender-nos a nós mesmos não pode ser a maneira “objetiva” da ciência: como um tipo específico de objeto no mundo a ser explicado de fora.

Devemos voltar à experiência vivida, voltar “às próprias coisas”, se quisermos, inclusive, entender o papel que a ciência desempenha em nossas vidas. A Fenomenologia deve combinar o subjetivismo com o objetivismo.

É subjetivista por reconhecer que toda experiência é experiência de alguém, que a “aparência das coisas” é sua aparência para um “sujeito específico”. Todavia, uma vez que o ser dos sujeitos é ser-no-mundo, isto é, uma vez que a experiência consiste em estar envolvido no mundo, uma descrição da experiência subjetiva não é uma descrição de algo puramente “interior”, mas de nosso envolvimento com um

mundo, que existe independentemente da experiência que temos dele. (MATTEWS, 2011, p. 31)

Para Merleau Ponty (2002), o mundo não é algo em que meramente pensamos e que tentamos conhecer, mas o lugar no qual vivemos nossas vidas, em que atuamos, e sobre o qual temos sentimentos e esperanças. A percepção, para ele, é um envolvimento prático com as coisas. Perceber algo não é apenas ter uma ideia a respeito, mas lidar com isso de alguma forma. Antes de podermos saber o que as coisas são no mundo e que características têm e suas relações com outras coisas, temos primeiro que estar envolvidos com as coisas num nível mais básico.

A ideia de um mundo objetivo tem sentido para nós apenas porque primeiro temos a experiência do mundo subjetivamente. A percepção não é receber passivamente as “representações” dadas de fora, é um contato direto com o mundo, contato que toma a forma de envolvimento ativo com as coisas à nossa volta.

Temos experiências do mundo e das coisas no mundo como constituindo um todo, no qual cada parte tem um significado que deriva de sua relação com o todo. Nossa descrição do mundo é feita segundo nosso próprio ponto de vista. Algumas coisas estão mais próximas de nós do que outras, a percepção se abre para o mundo real e inesgotável. (MATTEWS, Op. Cit., p. 41)

Nossa experiência é sempre de um mundo pleno de significados. O sujeito da percepção age sobre o mundo, assim como sofre a ação do mundo. Por isso seu corpo próprio é parte de si mesmo, e não um objeto como outro qualquer no mundo, algo exterior a ele enquanto sujeito pensante. Minha perspectiva atual do mundo é determinada por onde meu corpo está agora.

Na perspectiva objetivista, o próprio corpo do observador é apenas mais um outro objeto no mundo a ser observado. Todavia, quando cada um de nós diz ou pensa “meu corpo”, não é algo a ser meramente observado, mas algo que “vivemos”, algo que é parte de nós e que é essencial ao nosso envolvimento com o mundo.

O sujeito da percepção não é apenas uma entidade “interior”, mas algo que por sua própria natureza “se abre para” o mundo. A percepção não pode ser resultado de uma relação causal entre sujeito e os objetos do mundo, mas envolve tanto o sujeito quanto o objeto, o sujeito estando “dentro” do mundo.

A concepção de “corpo fenomenal” é fundamental em nossa pesquisa, porque, através dele, procuramos nosso meio de ter um mundo, projetamos significações no exterior dando-lhes um lugar. Então, o corpo próprio é considerado “corpo-sujeito”, que me dá experiência na primeira pessoa, que abre as portas da percepção, o ponto de referência que me situa no tempo e no espaço, engendrando com isso o mundo que eu habito. O corpo-sujeito é fonte primária de minha posição como sujeito no mundo.

Coelho Junior (1991), diz que para ressaltar sua maneira própria de ver a relação corpo e mundo, Merleau Ponty forjou o termo *Chair* (carne) ou “carne no mundo”. A *Chair*, enquanto carne viva, não é só matéria nem tampouco é só espírito, mas é o quiasma, o ponto de cruzamento entre os mundos do visível e do invisível, o mundo do espírito e da matéria, o mundo do sujeito e do objeto.

O conceito de *quiasma* é utilizado pelo filósofo para compreendermos que a exterioridade e interioridade não podem ser separadas. A experiência subjetiva precisa ser localizada de modo que exista um entrelaçamento entre esses aspectos, no qual ocorre a intersecção das linhas de quiasma. O sujeito que percebe e o objeto que é percebido, o corpo que age e o mundo que é por ele habitado são instâncias da mesma realidade ontológica. Dizer que estamos no mundo significa dizer que ele é nossa inseparável habitação, ele é parte intrínseca de nossa experiência.

A ideia de *homem-Chair* é de que ele está sempre entrelaçado com o mundo, num processo de mútua constituição: a constituição do homem com o mundo e do mundo com ele. Esse entrelaçamento do Homem, do corpo e de mundo, esse “quiasma” torna-se mais compreensível se refletirmos um pouco sobre o que Merleau Ponty, no seu texto *O Olho e o Espírito* (1965), analisa o modo como o pintor se relaciona com o mundo.

Quando o pintor abre seus olhos diante do mundo, ele empresta seu corpo ao mundo, pois o mundo é um prolongamento deste seu corpo; em seguida ele transforma esse Mundo-corpo e esse Corpo-mundo em pintura. No campo da percepção e, sobretudo no ato do pintor olhar o mundo, acontece uma relação muito diferente daquela, por exemplo, que se realiza no ato de pensar. O homem, quando pensa, transforma em pensamento tudo o que pensa, porque quando a coisa é pensada, ela passa a viver dentro daquele que pensa. (ROCHA, 2008a, p.8)

No registro da percepção, o corpo não deixa de ser corpo quando é visto por outra pessoa. Quando o pintor, depois de contemplar a visibilidade fundamental das coisas, transforma-a em um quadro, esse passa a revestir uma visibilidade além das

coisas, pois existe também o olhar do pintor. Para Merleau Ponty (1965), a pintura ilustra o enigma do *corpo-chair*, pois ela, ao mesmo tempo que garante a visibilidade fundamental das coisas, reforça-a, elevando-a a uma segunda potência pela mediação da visibilidade secreta do vidente.

O pintor emprega seu corpo e não se vê como um espírito pudesse pintar. Seu corpo móvel conta no mundo visível, faz parte dele, e é por isso que se pode dirigir no visível. Mas, a visão pende do movimento e só se vê aquilo que se olha. O mundo visível e o mundo dos meus projetos são partes totais do mesmo ser; imerso no visível por seu corpo, embora ele próprio visível, o vidente não se apropria daquilo que vê: só se aproxima dele pelo olhar e abre-se para o mundo. (MERLEAU-PONTY, 1965, p. 277)

O pintor é o único que tem direito de olhar para todas as coisas sem nenhum dever de apreciação, interroga as coisas com o seu olhar, vê as paisagens e o que nelas falta para que se tornem um quadro, mas vê o que falta ao quadro, tornando visível o que era invisível. Existe uma inter-relação entre o pintor e as coisas, é preciso criação para que tenhamos experiências.

O que o pintor põe no quadro não é uma objetividade. É seu estilo que ele põe na tela e o estilo do artista é como seu próprio corpo, não é um instrumento ou um simples veículo, mas sua maneira de habitar e de assumir o mundo, sua maneira de se apresentar aos outros, sua existência. Logo se vê que o estilo não é um fim em si para o artista. Ele é esse sentido silencioso que anima o pintor; ele é mesmo uma exigência que se impõe ao artista. O estilo é a definição mesma da percepção. (COELHO JUNIOR, 1991, p. 92)

A reflexão do pintor é também acerca do ser-no-mundo e contém uma filosofia implícita, trata-se de uma filosofia operante, espontânea, uma percepção do olhar mais próxima do sentido espontâneo do ser-no-mundo. Há uma reversibilidade entre ver e ser visto. A visão se faz lá no meio das coisas. Os pintores sentem-se vistos pela paisagem. Mundo e corpo são do mesmo estofo.

Merleau Ponty (1965) se fundamenta no olhar corpóreo sobre o mundo sensível que é a base da verdade. Não se trata mais do pensamento de ver, mas da reversibilidade da *carne* (chair), em ver e ser visto onde o enigma da visão se faz em meio das coisas, onde o visível se põe a ver.

A visão do pintor é um nascimento continuado, e como todos os outros objetos técnicos, como os instrumentos e os sinais, o espelho surge no circuito aberto do corpo vidente ao corpo visível. Toda técnica é “técnica do corpo”, ela figura e amplia a estrutura metafísica da nossa carne. O espelho aparece porque eu sou vidente-visível, porque há uma reflexividade do sensível; ele traduz e reduplica.

“O corpo é ao mesmo tempo vidente e visível. Ele que olha as coisas, pode olhar a si e reconhecer no que está vendo do outro lado do seu poder vidente. Ele se vê vidente, toca-se tateante, é visível e sensível por si mesmo.” (MERLEAU-PONTY, Op. Cit., p. 277). Meu corpo, também é visível e móvel, é captado na contextura do mundo, e sua coesão é a de uma coisa.

Aqui, podemos dizer que a visão subjetiva do meu próprio corpo deve ser primordial. Devemos ter a experiência do mundo antes de passarmos a conhecê-lo. Temos que viver nossos corpos como veículos de nossa experiência subjetiva do mundo, que é moldurado por nossos interesses e valores, antes de poder considerar esses mesmos corpos de forma desinteressada e desapaixonada, como objetos de estudo científico.

“O homem é espelho para o homem. É o lugar do corpo a que a alma chama seu, é um lugar que ela habita. O corpo é para alma o seu espaço natal e a matriz de qualquer outro espaço existente.” (MERLEAU-PONTY, 1965, p. 289). A visão do pintor não é mais um olhar sobre o exterior somente com o mundo. O mundo não está diante dele por representação: antes, o pintor é que nasce nas coisas como por concentração e vinda a si do visível; e o quadro não se refere ao que quer que seja entre as coisas empíricas sob a condição figurativa.

Um pintor deve aceitar, com todas as suas dificuldades, o mito das janelas da alma. Ele deve tocar nos dois extremos. No fundo imemorial do visível, algo se moveu, acendeu-se e lhe invadiu o corpo, e tudo o que ele pinta é uma resposta a tal suscitação. A visão é o encontro de todos os aspectos do ser.

O tipo de corpo que temos, incluindo o tipo de cérebro e de sistema nervoso, torna possível o tipo de pensamentos e emoções que temos. Os distúrbios mentais, por exemplo, não podem ser considerados nem puramente “psíquicos” (mentais) nem puramente “somáticos” (corpóreos), mas ambas as coisas. Do ponto de vista somático ocorre um acidente orgânico e do ponto de vista psíquico é uma questão de significação humana do evento corpóreo. (MATTWES, 2011, p. 88).

Os homens utilizam a linguagem falada e outras formas de simbolismo: podem assim dar expressão explícita ao significado que suas ações tem para eles. O mundo é, como diz Merleau Ponty, o “cenário natural” de todos os meus pensamentos e percepções. Sou consciente de minha existência como ser pensante. Ser consciente de minhas próprias experiências é, em virtude do princípio da intencionalidade, ser consciente dos objetos dessas experiências. Compreendemos a estrutura da realidade entendendo a nós mesmos; mas também compreendemos a nós mesmos captando a estrutura da realidade.

As coisas à nossa volta adquirem significado pelo papel que desempenham em nossos projetos, não por alguma classificação puramente intelectual. “O que somos como humanos não é puramente “interior”, mas “em toda extensão”, “composto de relações com o mundo” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 350). Só existimos como sujeitos por meio de nossas relações com objeto fora de nós.

O mundo tem que estar aí para pensarmos nele, há sempre algo mais a ser experimentado no mundo, além do que já experimentamos. O ‘mundo” significa para nós “o mundo tal como o experimentamos ou somos capazes de experimentar”. O mundo sem sujeitos da experiência não poderia ter qualquer sentido absolutamente, uma vez que um sentido ou significado é sempre para alguém.

“O tempo do passado, do presente e do futuro é subjetivo porque só pode existir se houver sujeitos capazes de experimentá-lo dessa forma.” (MERLEAU-PONTY, Op. Cit., p.526). Não esqueçamos que o sujeito, para ele, é essencialmente incorporado e o corpo, que nesse sentido somos, é ele mesmo parte da natureza.

“Como sujeitos corpóreos, nossa existência é necessariamente no tempo, tempo que está sempre a constituir-se e nunca é, portanto, plenamente constituído.” (MERLEAU-PONTY, Op. Cit., p. 482). A existência como sujeito necessariamente tem uma direção e um sentido. É ser envolvido com o mundo, agindo sobre a própria situação para modificá-la, não apenas como permitir o caráter não escolhido da situação. A situação de alguém no presente é o que é por ter-se tornado assim, ou seja, por causa do passado (incluindo o passado desse alguém); as ações para modificá-la serão concluídas no futuro; e a sucessão de passado, presente e futuro é o que dá unidade e direção à vida real de alguém. As ações que realiza conferem sentido à situação da pessoa e a direção de sua vida como um todo poderia ser definida como seu significado. Dessa forma, a temporalidade é o elo entre nós como sujeitos e o mundo dos objetos que percebemos.

Ser-no-mundo, portanto, é ser-no-mundo-social tanto na dimensão natural quanto na dimensão física. Os seres humanos vivem inseridos em uma cultura, não apenas na natureza. Descobrimos os significados das coisas nos conceitos que partilhamos com outros, que são incorporificados, corporificados na língua que falamos.

Ser-no-mundo-social é ser consciente do mundo enquanto algo partilhado com outros seres humanos que são sujeitos como nós, com os quais partilhamos os significados dados aos objetos naturais e culturais e com os quais podemos, desse modo, nos comunicar. (MATTEWS, 2011, p. 152)

O meu “eu” não é algo privado, acessível apenas a mim. Somente eu posso ter a experiência direta dos meus pensamentos, sentimentos, desejos, vontades, mas eles são acessíveis aos outros por meios diferentes através da “linguagem do corpo”. Tais ações e gestos precisam, é verdade, de interpretação e esta pode equivocar-se, mas é igualmente verdade que posso equivocar-me sobre o que eu mesmo sinto de fato.

Uma sociedade é também um “sujeito incorporado”, incorporado nos indivíduos humanos particulares e mutáveis que a constituem e nos produtos de seu pensamento, e a subjetividade dela é a subjetividade deles.

Nessa perspectiva, estudar o fenômeno do corpo na obesidade e optar pelas contribuições de Merleau-Ponty nos faz ver dimensões que ultrapassam uma visão de corpo como objeto, e fortalece a visão de um corpo enquanto sujeito.

2.2 O Corpo na Psicanálise de Winnicott

Para contemplar a visão de Winnicott acerca do corpo, vamos utilizar alguns estudiosos da sua perspectiva teórica e com mais rigor seus próprios textos.

Podemos compreender que Winnicott deu um lugar de destaque ao corpo como elemento fundamental para o sentir-se vivo nas etapas mais primitivas do desenvolvimento, valorizando:

O que é real e vivo em cada um, atribuindo inicialmente ao corpo esta condição de manutenção da singularidade. O nosso início de vida é corporal, no corpo, tudo se inicia como função, como funcionamento de uma anatomia viva, para depois se tornar fantasia existente em um “dentro”. O corpo abriga o ser, lhe dá morada e, inicialmente, sustenta o sentir-se vivo. É também o corpo que possibilita ter um lugar de onde podemos iniciar a vida a partir do que nos é conhecido, a partir

do que é nosso e a partir do que vivemos primeiramente de modo sensorial. (BORAKS, 2009, p. 183)

A organização corporal da experiência é a primeira de uma série de outras transformações que se dão de modo não linear e compreendem outras formas de experiência interdependentes que se influenciam mutuamente. Assim, a personalidade torna-se mais complexa, rica, e sua dinâmica contribui para a vitalidade. O corpo na perspectiva winnicottiana faz parte da personalidade e tudo o que se passa dentro e fora das partes que o compõem diz respeito à personalidade.

O corpo, enquanto apresentação primitiva da capacidade de estar vivo, é uma decorrência dos cuidados especializados e simples da mãe, que precisam ser oferecidos de modo vivo e devem emergir de sua vitalidade corporal e emocional. Estar vivo é poder ser nutrido física e emocionalmente, é poder ser sustentado e poder conviver. O amadurecimento será facilitado dependendo essencialmente do tipo de troca, de proximidade e de uso do corpo da mãe. Assim sendo, o cuidado pela nutrição alimentar e afetiva tem suas raízes em fases primitivas da vida, pois dele dependerá o equilíbrio no crescimento do indivíduo.

Rodrigues (2011) assinala que as experiências corporais são de suma importância para a constituição do psiquismo humano, pois é a partir destas experiências que construímos nosso modo de pensar sobre nós mesmos e sobre o mundo.

É a partir do eu corporal que se estabelece a origem de alguns sintomas e de algumas patologias. Nesse sentido, podemos afirmar que é, no âmago da família, que se inicia a construção da subjetividade, começando com a imagem corporal através dos cuidados da mãe.

A teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional do bebê assinala que a mãe precisa oferecer um espaço de segurança à criança para que possa atravessar da fase oral até a fase genital, obtendo, no seu percurso de desenvolvimento, gratificações e as interdições necessárias para que alcance um desenvolvimento psíquico saudável e compatível com cada idade vivida.

São muitos os autores psicanalistas que afirmam a importância de um ambiente familiar como sendo fundamental para a saúde mental da criança. Levando em consideração a teoria winnicottiana, por nós escolhida neste estudo, podemos começar a refletir que, antes do bebê ser independente, precisa viver as experiências de nascer e se

desenvolver em um *ambiente suficientemente bom*, com a capacidade da mãe em atender às necessidades básicas da criança, deixando espaço para a criação de sua autoconfiança e independência futura.

As experiências que se passam entre o corpo da mãe e o corpo do bebê influenciam na constituição psíquica do bebê. Por essa razão, vamos considerar, inicialmente, a importância da relação mãe-bebê. Os alicerces da saúde do ser humano dependem do vínculo estabelecido nas primeiras semanas ou meses de vida do bebê.

É fundamental destacar a sutileza dessa relação e compreender que o bebê não precisa apenas receber a alimentação correta no momento certo, mas precisa ser alimentado com afeto. No início, existe uma comunicação entre mãe e bebê, em nível corporal, na qual existe uma série de experiências que podem proporcionar prazer e desprazer para ambos, uma comunicação, a qual Winnicott (1994) denomina uma experiência de mutualidade. Isso acontece a partir de comunicações no nível das sensações, que correspondem à capacidade de colocar-se em sintonia e em empatia com o outro. O que é fundamental nessa experiência é a comunicação e o conhecimento do outro através do corpo. Consideramos importante dizer que a sintonia vivida na experiência de mutualidade entre a mãe e o bebê será mais positiva quanto mais essa mãe souber reconhecer no filho, um outro, que tem desejo próprio e, por isso, não é extensão dela, a mãe.

De acordo com Winnicott (2000), no processo de amadurecimento do indivíduo, no estágio chamado de *dependência absoluta*, acontecem o cuidado materno e as marcas inscritas no corpo do bebê. A partir dos cuidados maternos, a mãe pode desempenhar um papel fundamental na constituição da subjetividade da criança.

Já no estágio de *dependência relativa*, o bebê começa a compreender que possui um interior e um exterior, caminho marcado pela tendência à integração (a conquista do sentimento de unidade e se relaciona com o cuidado); uma segunda tendência à personalização (união entre o eu e o corpo) ligada ao manejo; e uma tendência a relacionar-se com objetos do mundo a partir da apresentação feita inicialmente através da mãe.

A palavra *holding*, criada por Winnicott, significa segurar e sustentar tanto no sentido físico quanto psíquico. O *handling* é também chamado de segurar físico ou total, envolvendo experiências sensoriais necessárias de troca entre o corpo da mãe e o corpo do bebê. A forma como a mãe maneja o bebê possibilita a ele passar a sentir que seu sentimento de *self* centra-se no interior de seu próprio corpo. As primeiras vivências de

fusão na relação mãe-bebê servem como base para o bebê relacionar-se com outros objetos e ter gratificações pulsionais.

Rodrigues (2011) fala que o cuidado com o corpo da criança presente no *holding* e as experiências pulsionais do bebê são os fatores que consolidam a tendência à *integração*. Os primeiros momentos da integração são descritos como a soma dos núcleos do ego em uma unidade, o *self*. Portanto, consideramos importante apontar que a figura materna na sua presença, sem excesso pode ser facilitadora neste processo de integração.

A *personalização*, que é a localização da psique no corpo, é algo que depende também das experiências pulsionais e das tranquilas experiências de cuidado corporal, para se consolidar. A importância da pele, do corpo e das sensações táteis serve para consolidar o nascimento do psiquismo no corpo, assim como a integração. “O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração” (WINNICOTT, 1990, p. 143)

Podemos dizer, então, que a *personalização* é o abrigo psicossomático constituído a partir das funções do corpo. Winnicott (1990) considera que a psique surge como uma organização da elaboração do funcionamento corporal. O encontro do corpo da mãe com o corpo do bebê proporciona condições gradativas para essa elaboração. Também, a hereditariedade e a experiência constituem fatores importantes no processo de elaboração. A psique elabora as experiências corporais, internalizando-as em marcas ou memórias que se farão presentes na vida, em forma de saúde ou de doença conforme as experiências vividas.

A psique é a elaboração imaginativa das partes, sentimentos e funções somáticas, das vivências físicas. Com o desenvolvimento, a psique e o corpo coexistem de maneira que, as fronteiras do corpo podem ser fronteiras da psique. Por isso se verifica a importância das experiências corporais para o processo de *personalização* durante o desenvolvimento do sujeito.

A base da psique é o soma e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar. A psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro. É dessa forma que o *self* passa a existir.

A natureza humana não se rende a uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados que, em seu ponto culminante, apresentam um ornamento: a mente. Sabe-se que o desenvolvimento é normalmente doloroso e pontilhado de conflitos; em vista disso, o corpo acaba por sofrer, mesmo quando não existam doenças primariamente físicas. São as chamadas dores do crescimento.

A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa de funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo (WINNICOTT, 1990, p. 46)

A psique está fundamentalmente unida ao corpo através de sua relação tanto com os tecidos e órgãos quanto com o cérebro, bem como através do entrelaçamento que se estabelece entre ela e o corpo graças a novos relacionamentos produzidos pela fantasia e pela mente do indivíduo, consciente ou inconscientemente.

A *integração* também é estimulada pelo cuidado ambiental. À medida que o *self* se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e, portanto, de cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável.

Falando em *personalização*, mesmo aqueles que parecem viver em seu corpo podem desenvolver a ideia de existir um pouco para além da pele. Essa é a importância do processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo. Este é essencial para a psique, que chega a um acordo com o corpo, de tal modo que na saúde existe eventualmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique.

O processo de localização da psique no corpo se produz a partir de duas direções, a pessoal e a ambiental: a experiência pessoal de impulsos e sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação.

No desenvolvimento normal, a integração e a coexistência entre psique e soma dependem tanto de fatores pessoais referentes à vivência das experiências funcionais, quanto do cuidado fornecido pelo ambiente.

A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos “sendo”. Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. (WINNICOTT, Op. Cit., p.148)

O ambiente é tão importante quando há uma simples continuidade do ser quanto no momento em que ele provoca uma intrusão e a continuidade é interrompida pela reação. O *ambiente suficientemente bom*, devemos lembrar, é absolutamente essencial para o desenvolvimento natural do ser humano que está começando a viver. De início, o ambiente deve proporcionar 100% de adaptação à necessidade, pois, de outra forma, o estado do ser é interrompido pela reação à intrusão.

Em certas circunstâncias, a capacidade de estar vivo e sentir-se real pode ser perdida. No entanto, é preciso destacar que ter uma experiência de perda implica uma organização emocional sofisticada capaz de manter o indivíduo vivo e, diante da perda, é o próprio *self* que naufraga, evidenciando uma vitalidade falsa ou não integrada.

A vitalidade é a consequência de elementos que se acumulam em nós ao longo de um tempo e num determinado espaço. Este espaço se caracteriza pela ilusão que nos ajuda a manter um jogo de alternativas e alternâncias, um constante brincar entre fora e dentro, entre submissão e idiosincrasia, de forma que a vitalidade se faça presente nas nossas relações.

O indivíduo apresenta seu existir por gesto, por sonoridade, por formas visuais, por diversos meios disponíveis para constituir seu *self* e seu estilo de ser. Safra (2005) aponta que a existência humana é de grande complexidade e existem experiências que são expressas através da linguagem discursiva ou a partir de símbolos orgânico-estéticos, caracterizados pelo sentir, o ser, o existir.

Toda questão de constituição do *self* e da subjetividade centra-se no uso da imagem, da forma sensorial que apresenta o estilo de ser do indivíduo. O *Self* é compreendido como sendo uma organização dinâmica que possibilita a um indivíduo

ser uma pessoa e ser ele mesmo. É uma organização que acontece no processo maturacional com a facilitação de um meio ambiente humano.

No encontro humano, em que a experiência estética inaugura a possibilidade de existir como ser frente a um outro, temos a entrada do indivíduo em uma capacidade de articulação de símbolos de *self*, que constituem e apresentam as vivências de seu existir em seu estilo singular de ser.

Ao longo do desenvolvimento do indivíduo, um processo contínuo de criação de símbolos de *self* acontece e sofre metamorfoses nas quais são veiculadas experiências existenciais, abrindo possibilidade de intercâmbios entre o sujeito e o outro, entre a vida subjetiva e a realidade compartilhada, entre indivíduo e cultura. Inicia-se um movimento simbolizante, que permanecerá ao longo da vida, e se caracteriza por tornar familiar o não familiar.

O fenômeno estético dá entrada à pessoa para a possibilidade de ser no mundo. O encontro estético possibilita que as formas sensoriais que se organizam de maneira privilegiada na relação mãe-bebê, constituam o ponto focal do desenvolvimento da vida imaginativa.

As formas estéticas têm sua origem nas configurações do corpo da criança em contato com o corpo da mãe. Aquele se organiza a partir da forma como a mãe o percebe. É um processo que permite à criança habitar um corpo, que foi significado pela presença afetiva do outro.

A corporeidade materna traz maneiras de se colocar no tempo, no espaço, no mundo, para que sejam descobertas pelo bebê. O encontro estético entre mãe e bebê permite iniciar o processo de elaboração imaginativa do corpo, em que cada função é presença de outro humano. O corpo materno organiza-se segundo os ritmos e a tonicidade do corpo do bebê. O essencial é que ocorra uma comunicação entre o bebê e a mãe em termos da anatomia e da fisiologia dos corpos vivos.

No início, existe uma organização de *self*, decorrente dos registros estético-sensoriais, que se estabelece no encontro do corpo do bebê com o corpo materno. O importante é que o caleidoscópio de sensações capacita a criança a ter um corpo, que paradoxalmente é presença de um outro. Não é um corpo coisa, mas torna-se um corpo humano: é o soma com pegadas da passagem de alguém devotado. (SAFRA, 2005, p. 78)

Pensamos que são as falhas humanas ocorridas no processo do desenvolvimento, que impedem a construção de um corpo sujeito, gerando apenas o corpo como uma coisa, um objeto e daí muitos transtornos.

O indivíduo só se sente vivo em determinada região de seu corpo, se ela for transfigurada pela presença do outro. São elementos bastante importantes para se compreender algumas situações clínicas, quando estamos diante de perturbações psicossomáticas, como a obesidade ou diante da busca compulsiva do erotismo, ou de alimento.

As formas sensoriais que são presença do outro dão ao indivíduo um primeiro campo onde ele pode sentir que existe. São experiências que dão à criança a vivência de lugar e de extensão.

O importante a assinalar é que o espaço no mundo só é visto pela criança como um campo a ser explorado, porque ela sente que tem lugar e morada em seu corpo e no interior do corpo materno. Ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida de outro. De posse de um corpo que foi significado pela presença do outro, a criança dispõe de vida imaginativa, que lhe possibilita ocupar o vazio da ausência do outro com sua capacidade de sonhar.

O espaço vivido entre o corpo da mãe e o corpo da criança é vivido como espaço transicional, bem como outros espaços do mundo também adquirem essa qualidade. “Todos nós temos espaços transicionais que fazem parte de nosso cotidiano e nos permitem suportar a passagem pelos diversos tipos de espaços existentes no mundo. Esse espaço transicional é fruto de um processo aperceptivo do espaço físico.” (SAFRA, 2005, p. 85)

O *self* se organiza em diferentes sentidos de tempo, mas também se organiza de diferentes maneiras na ocupação espacial. Nosso senso de *self* no espaço não só abre a possibilidade para que tenhamos uma morada no mundo, mas nos capacita a ter uma apreensão estética do mundo. Com o corpo elaborado imaginativamente, abre-se a possibilidade de se relacionar com os diferentes espaços por meio de operações estéticas nas quais o indivíduo mede, sente e concebe o mundo com seus espaços por intermédio de seu corpo. Estudar o *self* é compreender como ele acontece no mundo com outros.

O ser humano precisa apropriar-se do espaço no mundo. A dimensão criativa do ser humano, que se constitui no gesto, dá ao indivíduo a possibilidade de tomar o espaço como elemento participativo de seu *self*. O espaço é uma dimensão fundamental do acontecer e da experiência do *self*. É uma das dimensões do indivíduo com os outros.

É fundamental poder perceber as diversas dimensões de realização do *self*. Pensar o *self* é pensar o mundo, é não perder de vista o sofrimento humano no contexto das problemáticas mundiais, das questões fundamentais de seu tempo. É preciso estar atentos para as qualidades do tempo, do espaço, da estética de nosso tempo, que permitem ou não ao homem chegar a ser.

Então, é um sentido de tempo que organiza as experiências vividas pelo indivíduo ao longo da sua vida, dando a ele uma representação de si mesmo, como alguém que tem uma história, que pode ser narrada, datada e significada pelas medidas temporais convencionadas.

É curioso que a psicanálise tenha se ocupado tão pouco da ação e do gesto do homem no mundo, quando é por meio dessas capacidades que o indivíduo cria o mundo e o transforma. O fundamento da criatividade humana se encontra na capacidade de agir. (SAFRA, Op. Cit., p. 97)

É necessário compreender que há diversos tipos de ação e é importante dar o necessário lugar ao agir e ao gesto na constituição do ser humano. O *self* é o acontecer de si-mesmo no mundo. A ação funda o *self* e o querer. Ação que encontra o outro devotado se humaniza e se transforma em gesto.

Há todo um percurso da ação ao gesto, que ocorre ao longo do processo maturacional. A cada momento desse processo, a ação e o gesto do ser humano aparecem de maneiras mais sofisticadas e abrangentes.

A significação das zonas erógenas é um fenômeno em que o corpo do bebê é marcado esteticamente com a satisfação proporcionada pelo corpo materno. As diversas zonas erógenas passam por desenvolvimentos semelhantes, tendo como diferença a organização da experiência em formas imagéticas específicas da área corporal que foi significada esteticamente. A zona erógena da boca inicia seu aparecimento com sensações peculiares a essa área do corpo. Estabelece-se uma semântica decorrente de imagens e, posteriormente, fantasias específicas relacionadas a essa região do corpo.

O interjogo do encontro entre a mãe e o bebê, que se dá pelas zonas erógenas, e o encontro que acontece pela oposição dos corpos possibilitam à criança maneiras distintas de estar no corpo e, mais tarde, no mundo.

Em condições favoráveis, o bebê cria o mundo, através do seu gesto, ao mesmo tempo em que cria a si mesmo, possibilitando iniciar o processo de *personalização*. O

gesto cria o objeto, mas cria o braço ou qualquer outra parte do corpo implicada na ação criativa. Abre-se também a própria capacidade de vir a conhecer o outro e o mundo.

O movimento do corpo da criança ganha, pelo desenvolvimento, modulações. Sua gestualidade é banhada em qualidades de encontro: o gesto de ternura, o gesto de raiva, o gesto de acolhimento. É uma espécie de dança, com qualidades estéticas, que coloca o corpo da criança no mundo humano, transformando-o não só num instrumento de fazer, mas também num meio de expressão de vivências subjetivas.

No ato da alimentação, pode correr, ao mesmo tempo, a nutrição, o jogo, uma vivência afetiva prazerosa e uma experiência estética. Por essas razões, o cuidado materno no ato da alimentação constitui fator importante no desenvolvimento da criança, para que ela possa crescer sem fixações e regressões, evitando, assim, transtornos psicossomáticos como o que aqui estudamos.

O espaço potencial também pode estabelecer-se no interior do corpo do indivíduo. A fala do indivíduo pode nomear suas experiências no tempo e no espaço, ao mesmo tempo em que apresenta em historicidade o estilo pelo qual ele se situa no tempo e no espaço do mundo.

“Não se deve pensar no *self* como organização mental, ou como uma representação de si mesmo, mas como o indivíduo organiza-se no tempo, no espaço, no gesto, a partir de sua corporeidade. O *self* se dá no corpo, o *self* é corpo.” (SAFRA, 2005, p.144)

O *self* é gesto, é ação, é acontecimento no mundo. Trata-se de um tipo de ação que nada tem a ver com a ação entendida como atuação. A ação que é inauguração, é abertura de possibilidades no mundo.

O acontecer humano demanda a presença de um outro. As primeiras organizações psíquicas do bebê, a entrada na temporalidade, a abertura da dimensão espacial, a personalização só se constituem e ganham realização pela presença de alguém significativo.

A criança precisa, pelo gesto, transformar esse mundo em si mesma. É preciso que o mundo, inicialmente, seja ela mesma, para que ela possa apropriar-se dele e compartilhá-lo com outro. É grande o número de casos clínicos em que, por exemplo, uma criança com um comportamento compulsivo e destruidor busca a possibilidade de inscrever-se na subjetividade do outro, buscando, assim, lugar no mundo humano.

Outro aspecto fundamental na organização do *self* é a existência da diferenciação entre a fundação do privado e do público. Quando falamos de *self*, de sua constituição e

de suas organizações, a questão não é mais a palavra, e sim o gesto. É a ação no mundo, a palavra tem sua eficácia para a abertura de possibilidades de ser, se ela tiver a função de gesto, de ação no mundo.

O processo de realização de si mesmo é de grande complexidade e, para que ocorram novas dimensões de sentido de si, devem ser criadas pelo indivíduo durante seu processo maturacional diferentes registros, o do singular e o do coletivo, considerados, como aspectos fundamentais na realização do si-mesmo.

Com a evolução do *self*, à medida que a pessoa caminha rumo ao campo social, há a necessidade de que o indivíduo possa articular, ao mesmo tempo, a vida privada e a vida social, para encontrar, no campo social, inserções que preservem seu estilo de ser e sua história.

Recriar o mundo e o campo social torna-se mais complicado, pois, pela invasão técnica como fator hegemônico da organização social, o ser humano só mais raramente encontra a medida de seu ser, que permita o estabelecimento do objeto subjetivo a cada um dos níveis de realidade para a constituição e o devir de seu *self*.

O processo pelo qual nos constituímos como sujeitos atravessa um percurso de tamanha complexidade, que parece inatingível uma garantia de saúde mental. É nesse sentido que neste trabalho, reconhecer que tratar o fenômeno da obesidade e o procedimento da cirurgia bariátrica por parte do psicólogo, requer a compreensão do verdadeiro sentido do corpo sujeito (subjetivo), não podendo simplesmente reduzi-lo a uma coisa bela ou feia.

Por isso, no segundo capítulo, compreenderemos que o psicólogo, no trabalho com pessoas obesas que têm a possibilidade de tratamento, a cirurgia bariátrica; este psicólogo não pode ficar na posição de avaliador, ele deve fundamentar-se na escuta da história de vida dos sujeitos, ter uma teoria que sustente sua prática, de modo a possibilitar ao paciente uma visita ressignificada que dê um novo sentido ao seu jeito de ser e viver no mundo; são significados de sua história e, a partir daí, dar-lhe um novo sentido.

3 A Relação Terapeuta – Paciente no Processo de Cirurgia Bariátrica

Neste segundo capítulo, trataremos da compreensão a respeito da importância da presença do psicólogo no acompanhamento psicológico prévio e posterior das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica.

Segundo Pinheiro (2004), uma abordagem psicológica que avalie e monitore o comportamento alimentar inserido no processo de perda-ganho de peso e sua manutenção, deve ser considerada e incluída no tratamento da obesidade, facilitando o sujeito obeso a tomar consciência dos seus conflitos. Assim, esta abordagem psicológica pode favorecer a identificação de momentos de angústia e momentos compulsivos pela alimentação, vividos pelo paciente, ajudando ao sujeito a possibilidade de ter um controle melhor sobre os seus impulsos.

Sinalizamos, portanto, que a eficácia de um procedimento terapêutico pode ser fundamental no futuro da vida do paciente, impedindo-lhe que possa vir a fazer apenas a substituição de seus sintomas. O caminho para esta estratégia exige a necessidade de ação multi e interdisciplinar nos serviços de saúde, devendo o tratamento ser permeado pelo olhar integrado e sincronizado entre as condições internas do sujeito e os hábitos socioculturais das populações.

Queremos refletir o modelo psicológico adotado no ritual padrão de sessões com psicólogos para obter pareceres que indiquem ou não a cirurgia bariátrica, temos em média a quantidade de cinco sessões utilizadas por muitos profissionais! Como trabalhar, em tão pouco tempo, na maioria das vezes, com pacientes que nunca passaram por algum acompanhamento psicológico? Como compreender a dinâmica psíquica tão peculiar de cada ser humano, em poucos encontros e fazer com que essas pessoas compreendam que é importante dar continuidade ao processo terapêutico no pós-cirúrgico, para que assegurem o tão desejado modo de existência no mundo? Entendemos que, para alcançar esta meta, precisamos desvelar o sentido dado ao corpo durante a existência daquelas pessoas.

Esses questionamentos nos levam a pontuar que, entre terapeuta e paciente, é importante que se desenvolva um despertar para uma abertura maior da criatividade, pois ela permite ao sujeito o ato de criar, ressignificar, e lidar com os momentos de transformação pós-cirúrgica durante a vida.

É nesse sentido que trazemos, aqui, algumas posições teóricas que acreditamos levar em consideração na relação terapeuta-paciente, elementos psicodinâmicos. Esses elementos sem dúvida, quando tratados darão maior êxito do atendimento de pessoas que procuram a cirurgia bariátrica.

3.1 O Psicólogo no contexto da Cirurgia Bariátrica

Sabemos que a indicação para a realização da cirurgia bariátrica tem sido, na maioria das vezes, uma indicação médica. Não podemos deixar de reconhecer também a importância da decisão individual em optar, ou não, por essa forma de emagrecimento, pois tal decisão envolve fatores psicológicos, além de outros que são fundamentais para que possamos assegurar a eficácia do processo cirúrgico e obter os resultados esperados.

Nesse sentido, o psicólogo tem função importante porque, junto ao paciente, ele vai evocar e trabalhar questões do desejo, bem como fazê-lo perceber as implicações da sua decisão no processo de sua vida futura, envolvendo mudanças significativas em relação ao seu corpo e a sua forma de ser no mundo.

Seja por indicação médica, seja pelo desejo de realizar a cirurgia por razões estéticas, ou por outros motivos, o fundamental nestas circunstâncias é a participação do psicólogo, como facilitador e mediador neste processo.

Segundo Arenales-Loli (2007), a mola propulsora do sucesso psicoterapêutico é, sem sombra de dúvida, o desejo que têm os pacientes de transformar os aspectos da sua personalidade, e a disponibilidade em acolher o que lhes for dito, pelo psicoterapeuta, para que possa haver qualquer possibilidade de mudança.

A princípio, as resistências desses pacientes devem ser trabalhadas, pois é comum o receio em entregar-se ao profissional da área de psicologia, pois, muitas vezes, esses indivíduos podem não compreender o sentido, a utilidade e a abrangência desse trabalho que envolve não apenas a concretude do corpo, mas sentimentos, desejos, medos e outras emoções.

Então, iniciam-se os primeiros atendimentos com uma escuta, procurando identificar a demanda do paciente. Após essa escuta, são apresentados a esses pacientes a forma como se vai trabalhar, mostrando que este acompanhamento possui começo, meio e fim. Porém, o trabalho feito no pré-operatório deve fortalecer o vínculo terapêutico, despertando o interesse do paciente em dar continuidade ao processo de acompanhamento no momento posterior à cirurgia, o que é fundamental, considerando os efeitos e as consequências que podem surgir tanto no corpo, como na vida pessoal.

É importante ajudar o paciente a melhor compreender o processo de seu ganho de peso, mostrando-lhe sua relação com processos psicológicos, o que o ajudará a refletir sobre suas próprias decisões, de modo que a cirurgia bariátrica não seja resultante da impulsividade.

Cabe a nós, profissionais de psicologia, informá-los sobre seus compromissos com a escolha pela cirurgia e dar significados desta responsabilidade. Podemos mobilizar suas atitudes de autocuidado na organização da vida e das refeições, orientando a continuação do tratamento com a equipe interdisciplinar. Cabe a nós auxiliar o paciente nesse processo de decisão, oferecendo-lhe um espaço para pensar sobre o recurso cirúrgico optado.

Na prática clínica, com pacientes obesos, que buscam, no ato do comer excessivo, uma prática de redução da própria angústia, é eficaz o movimento de tornar a angústia uma experiência possível e então subtraí-la da dimensão do corpo para transportá-la a uma dimensão psíquica.

Enquanto o sintoma permanece situado no corpo, a obesidade se mantém. É fundamental angustiar-se para que a própria angústia possa ser um motor propulsor de novas criações. Cabe a nós ser capazes de suportar essa angústia e ajudar o paciente a nomear e entrar num processo de simbolização das determinadas manifestações de angústia, para que, retirada a possibilidade do comer em excesso, uma orientação criativa possa ser possível. Essas são algumas especificidades na abordagem feita com pacientes obesos que buscam o psicólogo. Tratar de questões, informações, orientações durante o processo não significa impedir que o paciente possa entrar em contato consigo mesmo e possa, a partir daí, ser sujeito da sua própria história.

Nós, profissionais da psicologia, temos que desenvolver formas de comunicação que possam atingir as questões essenciais implicadas na vida dos seus pacientes, e além disso, encontrar as saídas necessárias. No processo da preparação da cirurgia é importante existir um trabalho eficaz quanto à habilidade de se utilizar de questões concretas e subjetivas para a criação de um espaço do qual emanem determinadas possibilidades pessoais que esses pacientes não puderam perceber até então sobre si mesmos.

“É necessário estar atento e questionar o paciente, quanto às vias que levaram a um possível conflito psíquico a se manifestar no sintoma da obesidade.” (ARENALES LOLI, 2007, p. 59). É importante fazê-los repensar sua trajetória de vida e redirecioná-la para novos objetivos, já que um das finalidades da preparação é restaurar seu estilo de vida considerando a história de vida do paciente.

Será importante entender o processo do adoecer, o processo de ganho de peso num grau mórbido, para que se proporcione ao paciente a abertura de novos caminhos de percepções dos significados pessoais impregnados de sentidos decorrentes dos acontecimentos e da sua própria biografia.

Caberá ao terapeuta fornecer condições para que o paciente possa refletir e, então, decidir sobre fazer, ou não, a cirurgia, desmitificando algumas possíveis ilusões e expectativas sobre o emagrecimento pós-cirúrgico que se distanciam da ordem do real. Nós, terapeutas, teremos que “escutar” e possibilitar que o paciente descubra o significado das possíveis manifestações expressas no seu corpo.

Existem pacientes que pouco se manifestam pelas palavras, o próprio corpo e o ato de comer cumprem tal função. “É interessante estabelecer um vínculo de confiança com o paciente, para apontar-lhe uma forma de organização da própria vida” (ARENALES-LOLI, 2007, p. 95), trabalhar a morbidade corporal e, acima de tudo, a sua obesidade. Caberá a nós contribuir e auxiliar para que o nosso paciente possa reconhecer o seu funcionamento impulsivo.

Sabemos que cada indivíduo apresenta um nível diferente de tolerância à privação e às restrições. Em geral, o paciente, que tem problemas de obesidade é marcado pela dificuldade em lidar com os limites impostos pelos dissabores da vida. Trata-se, então, de um aspecto importante a ser trabalhado nesse micro processo terapêutico, já que esse paciente terá que lidar após a cirurgia com a restrição alimentar e as noções de limite do novo estômago. Sem dúvida, é necessário redimensionar a concretude do seu novo estômago com a continuidade de seus desejos e compulsões. (ARENALES-LOLI, Op. Cit., p.113).

É importante, na seleção do paciente para a cirurgia, observar seu real desejo e a sua motivação. Ele tem que estar motivado e saber que tal motivação é o centro do tratamento, o elemento mais importante, pois sua decisão vai implicar mudanças de hábitos, mudanças na vida.

“Lidar com os próprios sentimentos de modo que eles sejam utilizados de maneira criativa e a favor do crescimento pessoal’ (ARENALES-LOLI, Op. Cit., p.171), é outra atitude a ser desenvolvida no processo terapêutico. Cabe a nós terapeutas, sermos um canal para os nossos pacientes encontrarem uma função criativa para lidar com o ato de comer, auxiliá-los no resgate dos impulsos de vida e no resgate de sonhos perdidos por causa do corpo obeso. Tudo isso requer que o terapeuta também esteja suficientemente trabalhado.

“O resgatar e refazer a própria história futura não vai depender exclusivamente de um emagrecimento real, mas efetivamente de um repensar e reconstruir a própria história” (ARENALES-LOLI, Op. Cit., p.171), resgatando planos de crescimento pessoal e emocional. É importante no pós- cirúrgico, sermos suporte para as possíveis modificações dos nossos pacientes, ancorando suas angústias, para que compreendam seu sintoma e criem alternativas menos danosas para a saúde e, assim, consigam fazer aflorar novos horizontes e novas potencialidades.

Diante dos sintomas, a psicanálise costuma resgatar as representações e lembranças que estão ali, sem simbolizações. Quando desenvolvemos um trabalho com

a especificidade da obesidade, existe a urgência de mudanças comportamentais, necessárias para o sucesso pós-cirúrgico, sendo às vezes necessário, por parte do terapeuta, a flexibilidade e o uso de outras abordagens, como por exemplo, o uso de técnicas cognitivo-comportamentais, sem, no entanto, perder o caráter de uma escuta analítica.

Sem ingressar “num processo psicanalítico apurado, podemos auxiliar alguns pacientes a refletir e a decodificar determinados sentimentos, manifestações de impulsividade e angústias, que esses pacientes não tiveram oportunidade de lembrar.” (ARENALES-LOLI, 2007, p. 174)

A função do psicólogo que atua em equipes que tratam de pessoas com obesidade de qualquer ordem, assim como outro sofrimento, é aproximar-se do ser humano, que habita aquela pessoa a quem devemos preparar para a cirurgia.

O mais importante é a comunicação da dor e do sofrimento dessas pessoas, configurando-se também como ferramenta útil para a compreensão do que se passa. Cada pessoa tem uma singularidade que lhe é própria e somos convidados a entrar em contato com ela.

De acordo com Tardivo (2006), o psicólogo pode e deve conhecer o paciente, sem perder de vista a relevância do encontro e não deixar, de lado, a posição e o papel do sujeito, do doente, do obeso, como uma pessoa que deseja, pensa e sofre.

Cabe ao profissional acolher o paciente, tranquilizando-o com informações sobre o que é e como será feita a avaliação e preparação psicológica. O profissional irá conhecer, trabalhar com ele as dificuldades e orientá-lo para ir à cirurgia com mais segurança, consciência e preparado para lidar com as modificações não apenas físicas, mas também emocionais que virão.

Para Franques (2006), independente da abordagem teórica, existem algumas características gerais do psicólogo, que facilitam o contato com o paciente, como a empatia, autenticidade, calor humano e cordialidade, respeito e consideração positiva.

O trabalho com paciente, no pré e pós-cirúrgico, deve levar em consideração que existirá uma modificação real do corpo após a cirurgia, e o sucesso está ligado à capacidade desses pacientes de não só perceberem a sua verdadeira imagem interna e externa, como também terem a capacidade de buscar outros pontos de prazer libidinais.

No trabalho prévio, procura-se saber das realizações que o paciente conquistou na vida, pois os sucessos, por exemplo, levam o paciente a perceber-se como uma pessoa mais íntegra e capaz de conquistas.

Após a cirurgia, as mudanças na autoimagem, são os aspectos mais delicados e fundamentais do trabalho clínico com os pacientes. De todo o processo de preparação, o vínculo estabelecido com o paciente é o esteio de tudo o que se fará a seguir. Se for estabelecida uma transferência positiva, quando indicado o tratamento psicoterápico, “alguns pacientes retornam ao consultório do profissional, que realizou sua avaliação no pré-operatório; outros, que já realizavam psicoterapia, retomam-na; uma terceira parcela dos pacientes simplesmente não dá continuidade ao tratamento.” (XIMENES, 2009, p. 95)

Então, na preparação, o paciente deve ser encorajado a se relacionar tanto com seu mundo externo e refletir a respeito de sua vida psíquica, para que as mudanças possam vir de maneira natural e menos sofrida.

O psicólogo deve trabalhar a idealização do emagrecimento mágico e a ilusão da rápida adaptação à situação nova, que muitas vezes não correspondem à expectativa do paciente. Este precisa entender que o tratamento não se destina somente à melhoria estética, mas ao controle da doença obesidade e das diversas morbidades associadas, que representam um real risco de vida para ele. O acompanhamento psicológico objetiva tornar o paciente mais consciente de si mesmo e de sua escolha, desenvolver recursos internos para suportar a frustração da ausência do alimento, como fonte de prazer e defesa psicológica, além de auxiliar sua “reconstrução” como sujeito. (XIMENES, Op. Cit., p. 91)

Para a autora citada, o desejo de transformar a imagem corporal é, muitas vezes, criticado como culto ao corpo. É preciso pensar nos pacientes bariátricos, pois querem ser belos e desejados, como qualquer um. Na maioria das vezes, trata-se de cuidar do corpo e não de cultuá-lo. A diferença é fundamental, porque o corpo faz parte de uma totalidade existencial e, enquanto obeso, o indivíduo sofre pela falta de unidade e integração. Conquistar esse estado de unidade é um determinante básico para a saúde no desenvolvimento emocional do ser humano.

Pode-se dizer que o paciente obeso ainda chega à cirurgia sem conhecer a si mesmo, sem priorizar suas necessidades subjetivas e as possíveis complicações emocionais, o que tem relação com a história de vida. É preciso fazê-lo compreender que não pode tratar cirurgicamente a obesidade, sem lidar com seus conflitos, afinal, a doença é uma representação de seu modo de estar no mundo e fugir disto vai conduzi-lo a fracassar também nessa tentativa, como já deve ter fracassado em outras. (XIMENES, 2009, p. 93)

Os psicólogos que trabalham com pacientes bariátricos sabem que eles precisam de respostas, e agem primeiro apoiando-os, resgatando-os daquela situação de desamparo, para só depois iniciar o trabalho psicoterápico propriamente dito, dentro da linha de pensamento em que se fundamenta.

O fator determinante para o sucesso do tratamento é a forma como o paciente vai lidar com esse recurso da cirurgia. O trabalho do psicólogo não deve limitar-se a submetê-los a avaliações para separar aqueles que podem dos que não podem ser operados sob risco de insucesso, mas o de acompanhar esses pacientes em sua trajetória, oferecendo preparo e sustentação para que eles cheguem o mais próximo possível do lugar que projetaram para si mesmos. O psicólogo está, portanto, a serviço do sujeito ampliando sua visão sobre si mesmo.

No Brasil, várias equipes de saúde realizam reuniões abertas aos interessados na cirurgia e aos seus familiares, como forma de fornecer informações sobre o procedimento cirúrgico e também sobre o pós-operatório. “Porém, a inevitável constatação de que paciente informado não é sinônimo de paciente preparado – porque a informação por si só, muitas vezes, não é suficiente para que haja mudança de comportamento – obriga-nos a intervenções mais profundas. Considerando que o sucesso do tratamento cirúrgico demanda modificações difíceis de serem realizadas, o estímulo de nossa parte a uma posição ativa do paciente em relação a todo tratamento parece ser fundamental para que, ao mobilizar seus recursos adaptativos, sejam aumentadas suas chances de êxito e bem-estar. (XIMENES, Op. Cit., p. 81)

No intuito de estimular o paciente para ser corresponsável pelo tratamento, Beneditti (2009) mostra que o preparo tem como foco o desenvolvimento de atividades que favoreçam a percepção por parte do paciente de como ele está, de como quer estar e, principalmente, o que precisará fazer para chegar lá e como lidará com as dificuldades que encontrar pelo caminho.

A interpretação, ferramenta de trabalho do psicoterapeuta, pode ser sentida por alguns pacientes como intolerável, acarretando o afastamento ou a total fuga do acompanhamento.

Por essas razões, devemos ser cautelosos e Beneditti (2011) diz que a vivência clínica daqueles que lidam com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, revela que muitos problemas surgem, quando a família não consegue transformar sua estrutura para se adequar às circunstâncias modificadas pelo emagrecimento de um de seus membros.

A experiência clínica sugere que, frequentemente, a família nuclear desempenha um papel relevante no tratamento antes e depois da cirurgia. Considera-se necessário um conhecimento aprofundado da experiência psicológica e das transformações da subjetividade, que ocorrem quando o indivíduo é submetido ao procedimento cirúrgico e que lhe possibilitam transformar a experiência de adoecimento em experiência de saúde – o que significa compreender os processos de construção, desconstrução e reconstrução de significados que cercam a obesidade.

Abrir espaço para a família colocar-se normalmente gera sensação de alívio em pessoas que têm dúvidas a respeito do tratamento, ou que estão preocupadas com os riscos implicados na cirurgia e com as expectativas mágicas que observam em seus familiares.

Podemos compreender que a função do psicólogo neste processo de preparação e acompanhamento posterior de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica envolve um conjunto de situações que precisam ser contempladas. Trabalhar com esta demanda exige que possamos adaptar-nos às questões práticas relacionadas a este trabalho específico, mas é importante levarmos em consideração a sustentação profissional que construímos em nosso caminho de formação.

Para isso, procuramos enfatizar, no próximo tópico, a importância da relação terapeuta-paciente neste processo, tomando como referencial a psicanálise winnicottiana, por considerar que Winnicott oferece conceitos e referências que parecem responder com eficácia a esta demanda.

A apresentação feita a seguir é uma tentativa de contemplar a importância da psicanálise num processo tão delicado e específico que é a obesidade. O referencial winnicottiano foi escolhido por fazer parte de minha formação e sustentação profissional. Acredito que o trabalho do psicólogo na preparação e acompanhamento posterior com pacientes que se submetem à cirurgia, possa beneficiar-se das ideias-chave do pensamento de Winnicott.

Tenho consciência de que trabalhar com essa demanda não envolve um processo de análise propriamente dito, mas a nossa prática profissional, respaldada na sustentação da psicanálise, pode-nos inspirar para uma atuação criativa, por isso foi feita uma síntese dos aspectos considerados relevantes.

3.2 Relação Terapeuta – Paciente: Psicanálise Winnicottiana

Numa perspectiva psicanalítica, podemos dizer que o paciente, ao procurar os profissionais, precisa estabelecer com eles um bom relacionamento transferencial, pois isso vai influenciar na qualidade dos relacionamentos com a equipe em se tratando de um trabalho interdisciplinar que envolve a obesidade.

De acordo com Avellar (2004), a transferência pode ser compreendida a partir das relações do ser humano com o seu meio, as experiências fundantes do self. Queremos enfatizar que a transferência deve ser trabalhada no espaço potencial, conceito de Winnicott, aqui escolhido, e que será discutido mais adiante.

O paciente pode encontrar possibilidades de construir e reconstruir sua história psíquica usando o *setting* preparado pelo psicólogo e, com isso, recuperar sua criatividade construindo aspectos do *self*.

O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver. (WINNICOTT, 2000, p. 395)

Aqui, podemos ver que o contexto é a demanda do paciente que chega até nós profissionais para realização da cirurgia bariátrica; precisamos adaptar-nos às necessidades do paciente, procurando contemplar e despertar neste acompanhamento, a reflexão a respeito da importância em continuar o processo. Para isso, a relação terapeuta e paciente é fundamental, podendo ser definida, na perspectiva psicanalítica, como uma relação recíproca em que atuam a transferência e a contratransferência.

Winnicott (1983) fala que o paciente deve encontrar por certo a atitude profissional do analista. Essa é como um simbolismo, no sentido de que pressupõe uma distância entre analista e paciente, condição necessária para que desempenhemos com eficácia nossa função.

As teorizações de Winnicott sobre “espaço potencial”, “objeto transicional” e “usos de objetos”, vão para além de seu valor como descrições e interpretações de processos psíquicos fundamentais, servem de base para uma clínica da implicação e da reserva.

O espaço potencial é aquele em que se instaura um paradoxo de presença e ausência, de proximidade e distância. Nesta “terceira área da experiência”, nem só subjetiva, nem só objetiva, sendo ao mesmo tempo ambas e nenhuma das duas, abre-se o campo do “entre” presenças, o plano da presença reservada, do qual podem emergir os recursos do jogo e da simbolização, ou seja, as representações da ausência, o “faz-de-conta”. (FIGUEIREDO, 2000, p. 32)

O que um analista pode oferecer ao paciente é sua progressiva ausência, que se constrói na e pela “presença intermitente” e, mais ainda, na presença reservada. Manter-se na reserva, sustenta também a possibilidade de que seja, na oferta de *Holding*, seja em todos os manejos, seja deixando-se levar pela dinâmica do campo transferencial – contratransferencial, implicando-se, partes mais ou menos importantes da “pessoa real” do analista sejam disponibilizadas para certos usos e invenções do paciente.

O analista entra no processo como pessoa e se vê às voltas com as tarefas de cuidar, preocupar-se e estar presente atenta e sensivelmente. Por isso, dar importância ao conceito de *espaço potencial* nesta dissertação é reconhecê-lo e entendê-lo funcionando como área intermediária entre o psicólogo e o paciente! Consideramos, neste sentido, que a prática do psicólogo no processo prévio e posterior da cirurgia bariátrica, torna-se imprescindível e que pode ser beneficiada com a teoria winnicottiana.

O psicólogo em sua atuação deve ocupar o lugar de facilitador deste processo, servindo de *espaço potencial* como lugar de transicionalidade, voltado para os aspectos emocionais, comportamentais, familiares, alimentares, outros.

O conceito de fenômeno transicional diz respeito a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente, é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separam o interior do exterior. Winnicott emprega diferentes termos para referir-se a essa dimensão, utiliza terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso e localização da experiência cultural (ABRAM, 2000, p. 253).

“A intervenção transicional precisa ser construída pelo par analítico. Ela deve fluir de um para o outro, não está dentro, nem fora, está no entre, na área de ilusão.” (AVELLAR, 2004, p.68). Seria uma boa interpretação aquela que o paciente sente que a criou. Muitas experiências desse tipo podem possibilitar ao paciente desenvolver o sentimento de confiança tão necessário, possibilitando ao indivíduo transformar o não familiar em familiar.

Segundo Phillips (2006), o próprio *setting* analítico poderia ser visto como um espaço transicional para troca colaborativa. O objetivo da psicanálise é entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado, e comunicar essa compreensão em palavras.

A tarefa do analista constitui-se em criar o espaço dentro do qual o paciente possa ser capaz de descobrir algo por si próprio. É fundamental a maneira com que o analista emprega as palavras, na interação com o paciente, procurando facilitar o paciente ter contato com sua realidade interior e realidade externa.

De acordo com Dias (2011), o analista não deve ser mais apenas um decifrador dos conteúdos inconscientes, mas também deve possibilitar uma experiência de contato e comunicação com outro ser humano. Deve ser levado em consideração o contexto de confiabilidade da análise e o manejo das condições ambientais do *setting*, e as condições ambientais gerais do paciente.

A função do *Holding* suficientemente bom, no *setting* analítico pode permitir ao paciente desenvolver a capacidade de integrar a experiência e desenvolver o sentimento de eu, bem como é o responsável pelo desencadeamento de certos processos do desenvolvimento.

Na relação analítica, é o *setting*, a atenção dispensada pelo analista, juntamente com o trabalho interpretativo, que criam o ambiente de *Holding* que norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente. É a partir do *Holding*, que um espaço potencial pode ser concebido. O manejo se ocupa do contexto ou da situação global em que o paciente se encontra, no *setting* analítico e em sua vida; ocupa-se das relações reais, ambientais e pessoais, que estão estabelecidas. Portanto, consideramos importante que o psicólogo esteja atento a esses aspectos.

De acordo com Safra (2005), uma relação de transicionalidade entre terapeuta e paciente, pode ser vista através de alguns pontos que serão discutidos. Primeiro, é a transferência já anteriormente citado, que pode revelar um passado e um presente nesta relação, em que o terapeuta coloca em devir o que vem do paciente, para apropriar-se ao máximo da sua história.

A vitalidade da relação transferencial ocorre no entre da relação e envolve o par na experiência emocional do momento. É uma experiência subjetiva que, ou se faz presente ou o analisando sente-se isolado e desconsiderado, apresentando sinais de desvitalidade.

Quando a relação analítica toma sua própria vitalidade como referencial e a capacidade de estar vivo do paciente e do analista estão presentes, cria-se um campo no qual duas pessoas poderão cooperar em uma espécie de interjogo, para criar e recriar as vivências decorrentes de experiências. A nosso ver, isso constitui uma experiência intersubjetiva

Outro ponto ligado a uma relação de transicionalidade é referente ao início e fim da sessão, em que todo o sujeito tem um movimento de transicionalidade, onde os aspectos de dimensão temporal estão presentes, bem como um sujeito corpóreo que não está somente determinado biologicamente nem socioculturalmente, mas tem a capacidade de destinar-se em meio a condições socioculturais e biológicas e pode desvelar sentidos a partir do lugar em que se encontra.

Uma pessoa pode encontrar uma série de significados nas coisas ou no mundo na maneira como ele está estabelecido, mas esses significados podem não estar reunidos em um sentido para ela. A ideia de sentido é pertinente, porque, quando uma pessoa consegue encontrar um sentido para sua existência, esse sentido passa a ser um dos eixos a partir dos quais o significado do mundo é constituído para si de forma pessoal. Mas quando o homem tem sua capacidade de destinar-se e de ser criativo, comprometidas, o seu devir pode paralisar, surgindo uma forma de adoecimento.

Vivemos numa sociedade globalizada em que a pessoa ao mesmo tempo perde o lugar, a imagem de si, e a vida perde o seu sentido, pois a globalização tem muitas vezes alienado o sujeito daquilo que lhe é mais peculiar e singular: o próprio corpo. Em nome do corpo muitos adoecem.

O sofrimento informa a pessoa sobre si mesma, sobre a condição humana e sobre as questões fundamentais da existência, chamando a atenção para as distorções do modismo, do consumismo, da supervalorização do belo. Então, quando o sujeito procura a clínica no sentido de mobilizar-se, precisa encontrar no analista uma implicação.

A relação analítica pode dar voz a áreas silenciadas e silenciosas do self que aguardam a presença humana do analista para que possam fazer parte do jogo intrapsíquico e serem agregadas enquanto experiência emocional com a qual é possível conviver. (BORAKS, 2009, p. 195)

O sintoma é a impossibilidade de seguir um fluxo de criação de si mesmo, por isso a clínica deve funcionar como facilitadora no processo de o sujeito apropriar-se de

sua história, de transitar nos movimentos da vida, e ser capaz de destinar. Nesse destinar-se, está presente o modo de ser de alguém no seu gesto, no seu mundo e na sua linguagem.

A intervenção do analista é sustentar a situação no tempo favorecendo a emergência do gesto criativo do paciente, promovendo o acontecer humano. A tarefa terapêutica pode ser pensada como o espelho da face da mãe, com um analista que procura refletir a pessoa que está ali buscando comunicar-se. O analista devolve ao paciente aquilo que ele traz, auxiliando-o a descobrir seu próprio eu.

Levando em consideração, um trabalho clínico com pacientes de cirurgia bariátrica, que considere a teoria winnicottiana, deve procurar identificar em qual momento do desenvolvimento do indivíduo podem ter ocorrido obstáculos que impediram, no seu processo de amadurecimento, um viver saudável com a questão do peso. É válido dizer, também, que é saúde o indivíduo ter amadurecido e continuar amadurecendo sua decisão para realização de uma cirurgia bariátrica, principalmente do ponto de vista emocional, dessa forma poderá melhorar um aspecto (obesidade) que interrompe seu processo de amadurecimento.

O fenômeno da cirurgia bariátrica pode ser trabalhado dentro de uma nova dimensão de mundo, um novo aspecto da realidade de vida do sujeito que precisa ser encontrado e integrado ao *self*.

O psicólogo precisa levar em consideração uma fase nomeada por Winnicott, como a fase da hesitação, que permite abrir possibilidades do estabelecimento de um *setting* confiável, é uma fase em que pode gerar a área da ilusão e permitir o despertar criativo do paciente. Essa ideia se relaciona com o conceito de apresentação de objeto: se o analista consegue fazer uma adaptação às necessidades de seu paciente, ele saberá a forma e o tempo em que deve fazer as suas intervenções.

O processo de decisão em fazer a cirurgia bariátrica é, de certa maneira, um momento de hesitação do paciente, então precisamos perceber a situação, pois existe a instauração do momento de expectativa misturado com mobilidade e imobilidade. Desenvolver uma experiência e estar às voltas com a possibilidade de realizar a cirurgia, poder ir criando autoconfiança relacionada à ideia da cirurgia, tem um grande valor terapêutico porque permite que o paciente se encontre com o significado de sua decisão.

Assentado num envolvimento humano e psicossomático do psicoterapeuta com as pessoas atendidas, o manejo clínico deve ter o intuito de abarcar a tomada de decisões e as ações que criam espaços ou contextos de atendimentos que sejam

propícios para que os pacientes cheguem por si próprios a descobertas sobre si mesmos e sobre a situação que estão vivendo.

4 METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa, que “é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais.” (MINAYO, 1999, p.10). Essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Outra questão relevante na dinâmica deste método é a participação inevitável da intencionalidade do pesquisador na delimitação de seu campo de pesquisa, ocupando a subjetividade um lugar de destaque como fundante de sentido, sendo inerente ao entendimento objetivo de qualquer fenômeno humano.

O método qualitativo permite a atenção ao específico, peculiar, singular, buscando uma compreensão do fenômeno. Palmiere (2005) acrescenta que a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, provenientes do contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatizando a perspectiva dos participantes e seus significados.

Para Turato (2003), na pesquisa qualitativa, o pesquisador se torna instrumento principal da coleta e registro dos dados em campo, já que são suas percepções que apreendem os fenômenos e sua consciência os representa e os elabora, enquanto os roteiros, por exemplo, próprios da entrevista semidirigida, servem apenas de instrumentos auxiliares.

Neste contexto de abordagem, o método clínico-qualitativo se propõe investigar e interpretar os fenômenos, inclusive no campo da saúde. Considerando que o caminho a ser percorrido em qualquer pesquisa é uma escolha do pesquisador, baseada no objeto de seu estudo, adotamos esse método, visto que nos instrumentaliza para construirmos nosso caminho (hodos), em direção a nosso fim (meta).

Ainda de acordo com Turato (Op. Cit.), o método clínico-qualitativo possibilita ao pesquisador captar as vivências em determinado campo clínico. É um método relacionado com as questões da prática clínica, em que o pesquisador clínico faz um tratamento qualitativo dos dados obtidos. Os resultados escritos devem ter citações literais ilustrativas que dão vida à apresentação, bem como as interpretações, que assim se apresentarão com toda a sua riqueza.

Portanto, lançamos mão de um método que se situa entre as Ciências do Homem e ciências sociais, e que permite abordar o homem em sua complexidade, como um todo em contínua relação com o meio social em que vive, modificando e sendo modificado continuamente por ele. Desse modo, ao estabelecer o uso de um método de pesquisa que se situa entre as Ciências do Homem, o campo de compreensão das narrativas torna-se bastante distinto daquele proposto pelas chamadas ciências duras, hegemônicas na atualidade, e que prezam, acima de tudo, a objetividade e a neutralidade do pesquisador. O pesquisador qualitativista deve estar consciente de que sua pessoa é imprescindível para a compreensão e interpretação de um meio social do qual também faz parte.

De acordo com Magdaleno Junior (2009) a psicanálise tem incrementado, de forma significativa, a utilização desse método para o estudo e para a compreensão do homem. É um método que supõe “uma afirmação de qualidade contra a quantidade, refletindo uma luta teórica entre o positivismo e as correntes compreensivistas em relação às formas de valorização dos significados.” (MINAYO, 2007, p. 24)

Assim, acreditamos que a metodologia clínico-qualitativa pode investigar o sentido das experiências dos sujeitos, sua intimidade, seus conflitos e angústias específicas, em sua inserção num determinado momento da cultura.

Com o intuito de dar maior visibilidade ao traçado metodológico adotado em nosso campo de investigação, ressaltamos que, de forma geral, objetivou-se analisar a ação do psicólogo clínico no processo de preparação e acompanhamento psicológico das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica. Especificamente, pretendeu-se identificar os elementos que podem interferir positivamente e/ou negativamente, na

relação terapeuta - paciente; e analisar as ressonâncias que o acompanhamento terapêutico exerce sobre os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica.

4.1 Participantes

Participaram desta pesquisa sete psicólogos clínicos, que desenvolvem atividades na área de cirurgia bariátrica, tanto no setor privado como público, com média de experiência entre 10 e 17 anos, havendo uma profissional atuando há apenas dois anos. É importante ressaltar que a escolha de participantes que atuam tanto no setor público como no privado, não teve por finalidade fazer comparações entre esses dois universos participantes.

Também foram entrevistados dois pacientes compreendidos na faixa etária de 33 e 56 anos, que se submeteram ao processo de cirurgia bariátrica e estão em acompanhamento terapêutico há pelo menos três meses.

4.2 Recursos

Elegemos a entrevista, como instrumento, para a coleta de dados em pesquisa clínico-qualitativa, por ser “instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado” (TURATO, 2003, p.308).

A realização da entrevista semidirigida permite que os entrevistados possam ser estimulados a falarem sobre os significados de suas experiências, a partir de uma questão disparadora. Assim, para os psicólogos, esta questão foi formulada da seguinte maneira: Como tem sido sua experiência no acompanhamento pré e pós-cirúrgico de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica? Enquanto que para os pacientes solicitamos: Como você descreveria seu acompanhamento terapêutico durante o processo de cirurgia bariátrica?

Esse instrumento permitiu que os pacientes pesquisados revelassem “os significados que atribuem a suas vivências pessoais quanto às questões de sua saúde e doença, possibilitando ao pesquisador tanto dispor destes dados de forma descritiva

como inferir sobre o conteúdo latente e a psicodinâmica destas vivências” (FONTANELLA, 2000, p.75).

Por sua vez, também possibilitou aos psicólogos clínicos exprimirem os significados de suas experiências, os referenciais teóricos utilizados, concepção acerca do trabalho com obesos, da cirurgia bariátrica e a construção da relação entre terapeuta e paciente.

Deste modo, a técnica de entrevistas semidirigidas, com uma questão aberta, permitiu ao pesquisador liberdade para perguntar e intervir, dependendo da singularidade de cada caso. O entrevistador não teve uma postura passiva diante do entrevistado, mas usou seu conhecimento teórico com o intuito de estimular o entrevistado a manifestar-se da maneira mais livre possível, visando aprofundar aquilo que se propôs a explorar.

4.3 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, a proposta da coleta de dados era a de realizar entrevistas com seis psicólogos e seis pacientes desses mesmos psicólogos, adotando o critério de saturação das informações para que a pesquisa fosse concluída de forma satisfatória. Porém, só foi possível realizar sete entrevistas com os psicólogos e duas com as pacientes, devido à resistência dos psicólogos para permitirem o contato com seus próprios pacientes, visto que o acompanhamento psicológico é algo de caráter sigiloso.

Estas entrevistas foram realizadas individualmente, nos espaços de trabalhos dos psicólogos, tanto no serviço público como em consultórios particulares. Quanto à escuta dos pacientes, uma entrevista foi realizada no próprio consultório de sua psicóloga e a outra, em sua residência. As entrevistas tiveram em média 40 minutos de duração.

Antes de iniciar a coleta de dados foi apresentado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Resolução CNS 196/96) em apêndice para os participantes, em que constam os objetivos da pesquisa, a informação de que as entrevistas seriam gravadas e transcritas mediante o consentimento dos participantes, além de lhes ser facultado a desistência, caso não se sentissem confortáveis para narrar suas experiências.

Foi feito um trabalho de retirada ou transformação dos dados que pudessem identificar, de algum modo, o entrevistado, sendo os nomes próprios deles substituídos

por letras de A a G para as psicólogas; numerais arábicos I e II para as pacientes, correspondentes aos nove entrevistados.

4.4 Procedimento de análise dos dados

Os conteúdos verbalizados foram estudados segundo a análise de narrativas, expressas numa linguagem aberta, permitindo uma livre intervenção interpretativa feita pelos próprios participantes.

A análise de narrativa pode ter uma variedade de formas em pesquisa qualitativa. Tomamos como referência a análise da narrativa das experiências vividas, produzidas nas interações sociais, especialmente nas entrevistas clínicas.

É importante ressaltar que as narrativas nos proporcionam uma maior riqueza de detalhes e, à medida que os participantes se colocam inteiramente na descrição dos fatos, favorecem uma maior compreensão da sua experiência.

Através da análise da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações e interligam a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e a social.

“A narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de torná-las ligadas, tanto no tempo como no sentido.” (BAUR, 2002, p. 92). Compreender uma narrativa é reconhecer, também, sua dimensão não cronológica, expressa pelas funções e sentidos do enredo.

A entrevista narrativa é classificada como um método de pesquisa qualitativa, e tenta superar o tipo de entrevista baseado em pergunta-resposta. Ela emprega um tipo específico de comunicação cotidiana, o contar e escutar histórias, para alcançar seu objetivo.

A interpretação da entrevista narrativa deve levar em consideração a situação como um todo e deve ser interpretada à luz da situação estudada e da estratégia presumida do entrevistador.

De acordo com Pereira (2006), a narrativa pode, portanto, apresentar-se como clínica, abrindo-se para o sujeito tornar-se narrador ao atravessar o caminho entre o vivido e a experiência. É essa a clínica da emergência do sentido, da fala viva e autêntica, comprometida com a experiência da criação/recriação, ressignificação do caminhar.

A importância dessa forma de pesquisa justifica-se pela atual evidência de desaparecimento da forma de comunicação mais adequada ao ser humano: contar histórias, compartilhar experiências, criar e recriar acontecimentos. É a narrativa, pela sua característica oral, que permite ao homem reconstruir sua história à medida que vai sendo relatada. Por essa razão, a narrativa é um caminho para se chegar à experiência, tal qual ela é vivida pelo narrador, com seus valores e percepções presentes naquele momento.

A entrevista narrativa é uma técnica para gerar histórias, ela é aberta quanto aos procedimentos analíticos que seguem a coleta de dados. O processo utilizado para compreensão das histórias coletadas durante as entrevistas na presente dissertação, pode ser compreendido através do método de análise de conteúdo através de uma das suas técnicas, chamada análise temática. A noção de tema está ligada a um determinado assunto:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. (MINAYO, 1999, p. 209)

A análise temática desdobra-se em três etapas:

1º) A **Pré- análise** em que é feita a escolha dos documentos a serem analisados, retomando as hipóteses e os objetivos da pesquisa, a partir do material coletado, observando os indicadores que orientem a uma interpretação final. Esta etapa pode ser decomposta nas tarefas de leitura flutuante onde se toma contato com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; a tarefa de constituição do Corpus, uma organização do material para que possa responder a algumas normas de validade: *exaustividade* (contempla os aspectos levantados no roteiro); *representatividade* (que contenha a representação do universo pretendido); *homogeneidade* (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); *pertinência* (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho); e a tarefa de Formulação de Hipóteses e Objetivos em que há autores que privilegiam os

procedimentos exploratórios em lugar de procedimentos fechados preestabelecidos. Minayo (1997) diz que devemos entender que há necessidade de se estabelecerem hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente e responde a questões que teoricamente lhe são colocadas. Porém esses pressupostos iniciais têm que ser de tal forma flexíveis que permitam hipóteses emergentes a partir de procedimentos exploratórios.

2º) Exploração do Material consiste na operação de codificação. Realiza-se uma transformação dos dados visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. A análise temática tradicional trabalha com o recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema. Em segundo lugar, estabelece regras de contagem e depois realiza uma classificação e a agregação dos dados, escolhendo categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

3º) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação em que o pesquisador realiza interpretações no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Como se pode ver, a análise temática é formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Num trabalho interpretativo, as variantes, reúnem os temas como unidades de fala, propostos pela enunciação.

Para a presente dissertação, o primeiro passo para analisar as narrativas foi a conversão dos dados através da transcrição das entrevistas gravadas. A transcrição foi feita pela pesquisadora, o que lhe foi útil para ter uma boa apreensão do material, propiciando obter um fluxo de ideias para interpretar o texto. Na sequência, a leitura das narrativas passou por um procedimento gradual de redução do texto qualitativo; e o produto final constituiu uma interpretação das entrevistas, associando as estruturas relevantes dos participantes com as do entrevistador pesquisador. A fusão dos horizontes do entrevistador e dos informantes é algo que tem a ver com a hermenêutica.

A análise temática tendo como pano de fundo a teoria psicanalítica e a prática em psicanálise do pesquisador fundamenta a escuta e a compreensão do material obtido durante a permanência deste no campo de pesquisa, sendo os resultados alcançados necessariamente atravessados por este elemento particular de compreensão do pesquisador. (MAGDALENO JUNIOR, 2009, p. 45)

Essas características e técnica de análise das entrevistas foram fundamentais para uma compreensão psicodinâmica dos dados analisados. A seguir, apresentaremos as nove narrativas dos psicólogos e as das duas pacientes entrevistadas.

Para analisar o discurso das psicólogas, contemplamos eixos temáticos relacionados à compreensão acerca de sua experiência no trabalho com pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica. Neste contexto privilegamos as ações clínicas desenvolvidas e o referencial teórico que sustenta sua prática profissional; o vínculo estabelecido com os pacientes na preparação para cirurgia e o posterior acompanhamento terapêutico; a importância que dão à família neste processo; e, finalmente, o trabalho com os pacientes sobre a imagem corporal.

Com os pacientes abordamos a descrição de suas experiências em seu acompanhamento terapêutico durante o processo da cirurgia; o vínculo estabelecido com o psicólogo para a continuidade do acompanhamento psicológico; concepção sobre o apoio familiar; e percepção da imagem corporal.

Ao final de cada narrativa, foi feita uma síntese da fala das psicólogas e pacientes e, ao final de todas as narrativas, foi possível fazer uma articulação entre a teoria e os dados obtidos pela pesquisa de campo.

5 ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Psicóloga A, clínica particular, aproximadamente 17 anos de experiência.

A narrativa da psicóloga nos permite trazer alguns elementos de compreensão a respeito dos profissionais que trabalham no acompanhamento de pessoas que pretendem realizar cirurgia bariátrica.

Para psicóloga A, os psicólogos que atuam com a demanda de cirurgia bariátrica não realizam um processo psicoterápico, no sentido rigoroso do termo, apesar de perceberem que alguns pacientes têm indicação para este acompanhamento, pois, durante a avaliação, é possível identificar “*quais os nós e as dificuldades em relação à disciplina*” e ao controle dos pacientes. Para ela uma modificação de hábitos torna-se necessária, que pode acontecer na vivência de um processo terapêutico. Lembra, ainda, “*que saúde não é ausência de doença... se a qualidade de vida está comprometida, você não tem saúde*”. Essas considerações a levam a abordar dimensões importantes como a física, emocional, psicológica e social dos pacientes, indicando que “*se qualquer um desses elementos for desconsiderado, a saúde ficará ameaçada*”.

Relata ainda que a maioria dos pacientes que procura por psicólogos, o faz buscando cumprir um protocolo de exigência médica, não entendendo a função do suporte psicológico. A psicóloga reconhece que “*a questão da obesidade tem muito a ver com a emocionalidade*”, e não apenas com questões de hereditariedade. Considera importante compreender a história clínica do paciente acerca da obesidade, ressaltando que as pessoas passam pela avaliação para poder desmistificar e compreender todo o processo que vão experimentar e reconhecer os benefícios que a psicologia pode trazer; podendo se reconhecer como participantes desse processo, buscando identificar recursos internos para fazer mudanças na sua vida.

Trabalha-se com os pacientes no esquema de psicoterapia breve focal, em que a psicóloga caminha a partir de uma anamnese e investigação sobre as mudanças provocadas pela cirurgia. O psicólogo sinaliza ao paciente “*que a proposta da cirurgia é que você cuide de você, que você encontre tempo, que você mude seu jeito de se alimentar, que coma de 3 em 3 horas, que aprenda a mastigar novamente, que seja seletivo*”. Isso implica muitas aprendizagens, o que requer um preparo, pois as mudanças desses hábitos têm implicações psicodinâmicas.

No que se relaciona ao referencial teórico utilizado, a psicóloga relata que os profissionais não ficam presos a uma só formação, “*não tem como dizer, eu trabalho só com psicoterapia breve. Eu trabalho com aquilo que aprendi, estudei e que agregam valor e que a gente vai usando oportunamente*”. Acrescenta que faz, também, uso de técnicas da abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC): “*eu sempre passo uma tarefa de casa.*”

Em seus atendimentos costuma “*pedir que as pessoas façam uma avaliação da própria vida. O que quero continuar a manter na minha vida, no meu sentir, viver, ser;*

em todas as dimensões físico, espiritual, social...o que eu puder pensar no meu ser inteiro; o que eu preciso manter; o que eu preciso abandonar; e o que eu preciso agregar. Então, as mudanças advêm daquilo que quero agregar; o que eu quero preservar, o que é de valor em mim; e daquilo que é desvalor eu preciso me libertar.”

Pensando sobre a família, relata que nem todos os pacientes têm condições de fazer esta avaliação e, quando isso não é possível, chama-se a família com o intuito de que ela seja cúmplice do processo. Procura-se compreender quais são as aflições dessa família e os medos, ressaltando a importância de se identificar um elemento de apoio.

Sobre o retorno dos pacientes após a realização da cirurgia, ela diz: *“o ideal seria que, a cada mudança de alimentação ele pudesse se ver como reflexo. Essa evolução, como ele se reflete na vida.”*

Indagada se o referencial teórico interfere neste processo, a psicóloga pontua que há uma rotina nesse processo, daquilo que pode investigar, pois seu trabalho é de avaliação psicológica. O retorno dos pacientes é mínimo, quase sempre não vêm espontaneamente, complementando que a questão econômica pesa para que as pessoas voltem e invistam em acompanhamento. Quando alguma questão não vai bem, o paciente, no geral, procura o cirurgião ou nutricionista, e, com a percepção deles, são indicados à psicologia, porque uma perda de peso pode não estar tendo êxito, por exemplo, por causa de questões emocionais.

Será que o momento prévio de acompanhamento interfere na volta do acompanhamento posterior? A psicóloga fala que, às vezes, escuta dos pacientes que estar no espaço de acompanhamento terapêutico é bom, mas que muitos verbalizam que as coisas não se modificam. Daí ela questiona: *“mas você não pode mudar as coisas de fora, o máximo que pode mudar são as coisas de dentro, o mundo não pode ser diferente porque você o quer diferente.”* E ao refletir, pontua que os pacientes poderiam tornar a prática do cotidiano diferente, mesmo sabendo que mudar não é fácil, precisando eles compreender que não é possível resolvermos nossas coisas somente pelo modo ideal, pois tem o lado real, precisamos lidar com isto e encontrar adaptação.

A psicóloga A também pôde falar sobre sua percepção acerca dos pacientes atendidos no serviço público e privado, indicando que existem diferenças do ponto de vista financeiro, mas do ponto de vista *“motivacional nenhuma diferença porque às vezes é de graça e ele não comparece.”* O compromisso, o entendimento da importância do acompanhamento é segundo esta psicóloga, *“indiferente, se eu to pagando ou não.”* Explicita essa diferença afirmando que *“no serviço público, a gente programa as*

consultas e vai atrás. Eu não vou em atendimento particular estar ligando para o paciente para saber por que não veio; agora na próxima vez que vier, a gente vai conversar sobre o motivo de sua ausência”.

No hospital público, existe o trabalho em grupo, *“mas deve dar assistência individual na medida da necessidade. Tem uma reunião a qual sempre foi assim, quem trabalha com gastroplastia tem essa reunião.”* No serviço público, os pacientes terminam perdendo peso porque o tempo de espera para a realização da cirurgia às vezes são dois anos. Já no atendimento particular, o plano de saúde é pontuado como divisor de águas, uma vez, a cirurgia sendo aprovada pelo plano, começa a trabalhar a perda de peso.

“A gente não trabalha a doença, a gente trabalha o doente, esteja no hospital, no consultório, onde estiver vou trabalhar o ser.” Informa que, geralmente, os psicólogos têm sido requisitados para demanda de cirurgia bariátrica através dos cirurgiões e que ainda se tem a visão de que *“a gente está à disposição do individual, não é um convencimento coletivo e, muitas vezes, somos convocados para aliviar a pressão do médico.”*

Ao ser indagada se na avaliação se consegue trabalhar com o paciente, o corpo, a questão da imagem corporal; como os pacientes veem o corpo, como imaginam o corpo modificado e, aqueles que dão continuidade, como sentem o novo corpo? A psicóloga relata: *“eles revelam uma insatisfação muito grande em relação ao corpo, um constrangimento, uma dificuldade de tirar a roupa em lugares públicos, nas praias, já não vão para esses lugares porque não querem encontrar as pessoas que conheceram quando eram magros, porque o olhar do outro denuncia”.*

E como se imaginam com novo corpo? *“Ficam com medo da flacidez ou da aparência de doente, de ficar envelhecido, de ficar tudo caído”*, se a pessoa é mais jovem ou mais velha também vai influenciar a imaginação com novo corpo. *“Então trabalhamos as possibilidades para lidar com a gordura que hoje incomoda, depois a flacidez e o que o paciente vai buscar para lidar com estas questões. Então, a gente trabalha essa imagem e a expectativa do que virá”.*

Ressalta que é possível ver nos pacientes, que dão continuidade ao acompanhamento psicológico, *“um grau de satisfação imenso, principalmente as mulheres... mas tem o desagravo também da flacidez, não é?”* Com relação a essas vivências e, como lidar com elas, a psicóloga diz *“se é a saúde que você está buscando, então a flacidez não é saudável, por isso os planos foram obrigados a liberarem”*, ou

seja, permitirem e autorizarem as cirurgias chamadas reparadoras para tratar. Acrescenta ainda, que muitas pessoas ficam bem após a cirurgia, podem causar conflitos nas relações de casal, por isso é importante trabalhar as questões ligadas à percepção de si mesmo, com o outro, a vida sexual, entre outros.

Síntese: a narrativa desta psicóloga nos permite compreender que no processo de avaliação, procura-se trabalhar com dimensões importantes da história clínica do paciente, como a dimensão física, emocional e a social e que sua atuação profissional vem de todo um arcabouço teórico aprendido em sua formação. Também assinala que o retorno dos pacientes para o acompanhamento é mínimo e a diferença que existe entre o serviço público e privado existe do ponto de vista financeiro, mas não motivacional. Sobre a imagem corporal relata que os pacientes chegam insatisfeitos, receosos com o corpo posterior à perda de peso excessiva, procurando trabalhar com o paciente essas questões. Ressalta que aqueles que dão continuidade ao acompanhamento, apresentam notória satisfação e bem-estar.

Psicóloga B, clínica particular e serviço público, mais de 13 anos de experiência.

A entrevista com esta psicóloga nos mostra que a maioria dos pacientes procura os psicólogos para cumprir tabela, manifestando preocupação com a quantidade de sessões. Em sua prática, especificamente com pacientes que procuram cirurgia bariátrica, utiliza-se do referencial da psicoterapia breve e algumas técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental, como a ficha de skid, inventários de ansiedade e depressão, entre outros. Em muitas situações trabalha junto com um psiquiatra e assinala que a depressão, por exemplo, está relacionada com a obesidade e com as limitações que ela traz. Acredita que, por estar inserida no hospital e conhecer todo o contexto, tenha facilidade de trabalhar com esta demanda, tornando o contato com o médico mais favorável.

Para ela, *“obesidade é doença, tem muita coisa envolvida, ninguém engorda porque quer, tem a criação, tem a gratificação que vem desde criança”*. Então, como trabalhar com pessoas que já têm anos com determinado hábito alimentar, indaga a profissional.

A maioria dos pacientes que procura o serviço vão por indicação médica, trazendo racionalmente em suas falas a omissão da obesidade; porém, no trabalho de

avaliação é possível aprofundar a percepção da discriminação que sofrem, identificando dificuldades como: de arranjar emprego, questões sobre estética e beleza, entre outras.

Os pacientes que procuram o serviço chegam com certa ansiedade, idealizando um corpo, mas *“esse corpo ideal pode ser que nem chegue a acontecer, porque a gente tem uma facilidade de idealizar as coisas muito fantasiosas não é”*. Com aqueles que dão continuidade ao acompanhamento, é possível perceber os ganhos e trabalhar as modificações e frustrações, percebendo-se, logo, que problemas relacionados à diabetes e hipertensão são normalizados logo após a cirurgia, o que proporciona ao paciente uma sensação de bem estar.

Expõe que deve existir *“um casamento com a equipe que não é pra desfazer nunca. Eu nem digo com a psicóloga, depois de um tempo você tem alta, mas com o cirurgião, você tem que fazer revisão periódica, tem que acompanhar as taxas de vitaminas... É muita coisa para ser vista, e os pacientes querem simplesmente o laudo”*, sendo necessário corrigir essas distorções.

A equipe que trabalha no hospital público, bem como no particular, tem certa abertura para entender a necessidade do preparo psicológico. Assinala que determinados pacientes que ainda não estão preparados para a operação, escutam tranquilamente as orientações e prosseguem mais um tempo fazendo um acompanhamento psicoterápico.

Quando abordada, sobre diferenças no serviço público e privado, a psicóloga relatou que, no âmbito público, os pacientes são bem preparados, pelo tempo de espera, existem as reuniões mensais e os atendimentos individuais. Atualmente existe um novo grupo, criado pela psicóloga, para trabalhar a compulsão dos pacientes. No entanto, mesmo oferecendo tudo isso *“muita gente não aproveita.”* Mas as pessoas que frequentam o serviço *“mudam a auto-estima, mesmo antes da cirurgia”*, observa a psicóloga.

Com relação ao acompanhamento psicológico, há pessoas que valorizam e dão importância; outros, ao começarem e perceberem alguma melhora, desistem; e há ainda aqueles que mudam de terapeutas. Também é possível analisar e perceber o movimento dos pacientes em suas mudanças de vida e relacionamentos amorosos.

Questionada um pouco mais sobre a necessidade de um acompanhamento terapêutico posterior à cirurgia, a psicóloga diz: *“Indico pra todos, pelo menos assim, no momento inicial de adaptação porque é uma mudança radical... eu acho que este momento inicial deveria ser acompanhado, mas infelizmente não voltam.”*

Ela também costuma chamar a família: *“Normalmente eu chamo, acho que mais de 90% a gente trabalha com a família”*, referindo-se à importância da participação no processo e como ponto de apoio. Considera fundamental o significado da família, especificamente o papel da mãe na constituição do sujeito e na formação dos costumes e hábitos alimentares, por isso, não podemos descartar a intervenção com a família.

Sua narrativa dá ênfase aos hábitos alimentares dentro da família e ao contexto cultural do Brasil, em que *“tudo se resolve em volta de uma mesa”*. Isso é muito importante porque, posteriormente ao processo cirúrgico em si, *“o reganho de peso existe, é real, você aprende a comer com o estômago pequeno e se comer errado, o estômago vai voltar novamente e aí pense que frustração, você fazer um processo desse e voltar a ganhar peso?”* Logo percebemos a complexidade que envolve a dinâmica do processo terapêutico, pois inclui elementos da genética à cultura.

“A primeira coisa que eu digo a eles, quando se inscrevem no programa: gente não há equipe boa para paciente que não quer aderir ao tratamento. Esse paciente que não vai aderir ao tratamento é o famoso paciente candidato ao reganho de peso, é real. Existe e existe mesmo.”

Síntese: este relato permite perceber que a procura pelo profissional de psicologia continua sendo apontada como forma de cumprir protocolo. Falando de sua experiência, assinala que a obesidade é doença e que a maioria dos pacientes chega ao serviço de cirurgia por indicação médica. Acredita que, no contexto da obesidade, existe a formação dos hábitos, e que a família tem presença muito forte no processo de ganho ou perda de peso. Para que o tratamento dê certo, é necessário existir o apoio da família e um acompanhamento com uma equipe integrada. O paciente precisa estar engajado ao processo procurando dar continuidade ao atendimento psicológico, o que nem sempre acontece.

Psicóloga C, clínica particular, aproximadamente 17 anos de experiência.

A entrevista com a terceira psicóloga nos permite perceber que existe uma grande demanda de atendimentos para o trabalho de preparação dos pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica. Sua formação é de base analítica e exercita a psicoterapia breve.

Para trabalhar com a obesidade, faz também o uso de alguns testes, técnicas presentes na TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental), procurando observar, nos pacientes, a presença de ansiedade e/ou depressão. Porém assinala que se deve saber o momento ideal para a utilização desses testes, procurando associar ao acompanhamento uma psicoeducação. Acredita que *“através da psicanálise, a escuta torna-se muito mais ampla”*, a fala e a escuta como objeto de trabalho.

Com relação ao acompanhamento pré-operatório, a psicóloga assinala que é importante observar junto aos pacientes a noção que têm a respeito da cirurgia, reconhecendo a história psiquiátrica, a existência ou não com problemas de alcoolismo, drogas, enfim a atuação deles na vida. Faz também uma reflexão sobre a equipe que trabalha com obesidade e cirurgia bariátrica, apontando que o diferencial dessa equipe é a presença do psicólogo que abre espaço para o paciente falar de si de maneira terapêutica, em que se procura acalmar e possibilitar outro tipo de contato da pessoa consigo mesma, pois a cirurgia é algo de concreto que pode ser feita hoje ou amanhã. É importante que tanto o profissional quanto o paciente possam criar uma parceria e ter a compreensão de que a decisão de fazer a cirurgia é uma responsabilidade para a vida inteira.

Neste sentido, reconhece a importância da empatia que a equipe deve ter com o paciente no processo pré-operatório, pois ela poderá promover o bem-estar, facilitando a compreensão, por parte do paciente, da forma como cada um da equipe vai trabalhar. A psicóloga acredita que sua postura de atuação profissional possa facilitar o processo de alguns que estejam motivados e que o primeiro encontro é para sentir e trabalhar o que o sujeito precisa naquele momento. No caso dela, são quase 17 anos trabalhando na área e pontua que pode perder alguns pacientes, mas quer priorizar na qualidade acreditando que quem a procura não vem somente para buscar um parecer.

Relata que costuma chamar a família, que deve ser corresponsável da grande mudança que a cirurgia provoca. É importante observar que *“a obesidade foi insana no sentido de fazer com que a pessoa comesse e não tivesse o sentido de parar, de se cuidar e de se ver obeso; depois de uma cirurgia vai acontecer novamente, só que de uma maneira muito mais fácil para o paciente, devido à fome orgânica ser mais controlada.”* Parece que, nessas considerações, a psicóloga quer valorizar que a fome também parte do desejo; existem “fomes” que não sabemos e que após a cirurgia permanecerão presentes, por isso precisamos do acompanhamento psicológico para desvelá-las.

Foi solicitado que a psicóloga falasse do seu olhar sobre a imagem corporal dos pacientes, como chegam sentindo o corpo e como o idealizam após a cirurgia; como veem o corpo modificado, no caso daqueles que dão continuidade ao acompanhamento, posteriormente. Relata que, inicialmente, existe *“uma rejeição desse corpo anterior, depois é um prazer porque estão acontecendo mudanças a olhos vistos por todo mundo e depois, infelizmente, tem um momento de certa frustração com o corpo perdido.”* Certa frustração porque vêm às exigências da estética, de querer realizar as plásticas para reparar o que não ficou bom por causa do emagrecimento.

Questionada sobre a relação da obesidade com a infância, a psicóloga relatou que *“de 60% a 70% dos pacientes já são obesos de infância e adolescência, havendo um menor percentual de adultos.”* Compreende que os adultos que se tornam obesos puderam viver tudo que tinham para viver no período da infância e adolescência, depois engordaram e deixaram de viver as outras etapas. Já os obesos, desde a infância, nunca viveram as fases e, depois da cirurgia, querem viver tudo.

Síntese: pode-se perceber, no relato desta psicóloga, o valor da sua formação profissional, a importância que dá à compreensão da dinâmica psíquica dos pacientes, valorizando o desejo e possíveis histórias clínicas psiquiátricas. No que se refere à construção de um vínculo terapêutico, na preparação para a cirurgia, assinala que é importante existir um trabalho de psicoeducação, destacando como fundamental a fala do paciente e uma escuta clínica que permita, no espaço terapêutico, processos de revisões e elaboração na sua história de vida. Também é possível considerar a importância da presença da família no processo e o trabalho que deve existir com a imagem corporal no trabalho de pessoas obesas que se submetem à cirurgia bariátrica.

Psicóloga D, clínica particular, aproximadamente 12 anos de experiência.

A formação desta psicóloga é em Gestalt terapia, possui especialização em psicologia hospitalar e utiliza a psicoterapia breve focal no trabalho com pessoas obesas que vão se submeter à cirurgia bariátrica. Ressalta que, nessa direção, procura focalizar um determinado tema, no caso a obesidade, a cirurgia e os procedimentos necessários a serem feitos durante mudanças de comportamento referente a questões alimentares.

Enfatiza que a cirurgia não depende só do cirurgião, cabendo ao paciente o compromisso de colaborar, cumprindo as orientações dadas pela equipe. De certa forma,

esta é uma característica da Gestalt terapia, fazer com que a pessoa tenha responsabilidade sobre seus atos, recebendo respostas de suas próprias ações e não exatamente do outro.

Importante dizer que, narrando sua experiência, assinala que, posteriormente ao acompanhamento prévio para a realização da cirurgia, ela percebe que existe uma necessidade grande do paciente retornar ao psicólogo, o que não foi apontado pelas outras entrevistadas. Faz referência aos pacientes mais velhos afirmando que *“quanto mais experiência e mais idade, maior a tendência em levar em consideração a necessidade de mudança de comportamento. Quanto mais jovem, mais imediatista, mas ele quer viver a intensidade da juventude e de se usufruir o que está ganhando com esse emagrecimento, deixando outras questões menos valorizadas.”*

A psicóloga chega a refletir que a questão financeira e a disponibilidade de tempo podem interferir no acompanhamento do pós-operatório. Então, procura orientar os pacientes e chama a família informando-lhe que é importante pelo menos o paciente realizar um acompanhamento mínimo, quinzenal, nos primeiros momentos, pois nem todos precisam de psicoterapia ou desejam fazê-la.

A profissional diz que os pacientes precisam entender o motivo de passarem pelo psicólogo. Procura realizar um trabalho de acordo com a necessidade e a urgência que ela percebe do paciente, sendo informativa, observando e identificando alguns componentes como compulsão, depressão, avaliando assim a necessidade ou não, do paciente passar por uma avaliação psiquiátrica. Ela se utiliza dos diários e entrevistas, lembrando que, quando a pessoa já tem um acompanhamento fora, termina focando na cirurgia; já com os que nunca passaram pelo atendimento psicológico adentram nas questões emocionais e sentimentos, observando o lado de que *“você tem várias gavetas na sua frente, você não precisa abrir todas ao mesmo tempo, você abre uma e no momento que você se confortar você abre outra e trabalha aquele momento.”*

A psicóloga, que está na área há uns 12 anos, também compartilha com os pacientes que vivenciou a experiência de submeter-se à cirurgia, o que, no início de seu trabalho, não se sentia muito a vontade. No que diz respeito ao corpo, assinala que a forma de corpo do paciente é outra, cada um tem um tônus muscular. No decorrer do acompanhamento é possível abordar questões relacionadas à sexualidade, à relação com a comida, às pessoas, à obesidade, acompanhando também os processos de identificação do paciente ao se olhar no espelho.

Síntese: podemos perceber, no relato desta psicóloga, a ênfase dada para o trabalho focal com a obesidade, a cirurgia bariátrica e a participação responsável do paciente neste processo, seja ele mais jovem ou adulto. Por ter passado pela experiência da cirurgia parece perceber mais ainda a importância do acompanhamento psicológico e assinala a singularidade de cada paciente, reconhecendo o que se apresenta como emergente para cada um. Diferente das outras narrativas chama a atenção à procura por parte dos pacientes, para um acompanhamento após a cirurgia, independente da indicação médica.

Psicóloga E, serviço público e clínica particular, aproximadamente 17 anos de experiência.

Através desta entrevista, podemos visualizar um pouco o panorama da história da obesidade e da cirurgia bariátrica. Esta é uma das psicólogas que iniciou o trabalho com cirurgia bariátrica no Recife. Sua formação é mais voltada para a fenomenologia, tendo terminado sua graduação na ACP (Abordagem Centrada na Pessoa).

Relata que, inicialmente, o trabalho de realização de cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade só existia no hospital público, e as referências que tinham eram dos profissionais de São Paulo (USP), existindo trocas de experiências da forma como trabalhavam no pré e no pós-operatório. Os psicólogos, no início, apresentavam uma interação e troca de experiências com os profissionais da psiquiatria, o que, em sua visão, até hoje permanece. Os congressos começaram a surgir em São Paulo e algumas outras capitais.

A profissional refere-se que se sentia mais acolhida na equipe dentro do hospital; e no consultório, quando não existia o caráter obrigatório da avaliação psicológica, havia somente a demanda do parecer pelo consenso dos médicos. Eles consideravam o atendimento importante, mas os pacientes eram livres para optarem ou não pela procura do psicólogo. Antes, a vinda dos pacientes era marcada, por interesse próprio e não por determinação médica. Porém, em 2005, a presença obrigatória dos psicólogos em equipes de cirurgia bariátrica foi oficialmente instituída por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina sob o número 1.7666/05, publicada no diário oficial da união de 11 de julho de 2005, Seção I, p. 114. Segundo esta resolução, a equipe deve ter, além do cirurgião com a formação específica, a presença de clínico, nutrólogo/nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista,

enfermeiro, profissionais familiarizados com condutas específicas em obesidade mórbida.

A psicóloga assinala que os pacientes do hospital público têm mais tempo de preparação, mais tempo no serviço, cada profissional vai passando uma informação coerente com aquele outro profissional e eles vão reunindo as informações. O tempo de espera para a realização da cirurgia é, aproximadamente, dois anos e todo mês existe a reunião do grupo com os profissionais para falar da cirurgia e para os pacientes compartilharem as vivências positivas e negativas.

Mesmo com o tempo de espera bastante significativo, segundo a opinião dela, no Hospital público, os pacientes parecem ter uma adesão melhor aos acompanhamentos, já com as pessoas que buscam o atendimento particular, antigamente era preciso tentar convencer a importância do atendimento no pré e pós-operatório. *“Hoje já há uma melhor aceitação, mas há 15 anos havia um preconceito muito grande.”*

Atualmente, devido à grande demanda, existe o acompanhamento individual para a preparação pré-operatória e grupal no pós-operatório. Ela questiona-se sobre algumas instituições que fazem avaliação em grupo para um pré-cirúrgico: *“eu acho que alguma pessoa naquele grupo não vai estar realmente preparada, então prefiro, mesmo com a demanda grande, realizar de forma individual o atendimento no pré-operatório.”* Enfatiza que trabalhar determinadas questões com os pacientes, por exemplo, uma questão familiar em grupo, pode dificultar a fala dos pacientes.

Refletindo sobre sua forma de atuar, relata que, no início, não existia outro profissional para trabalhar junto ou fazer algum encaminhamento de alguns pacientes. Assinala ter a facilidade de estabelecer um bom *raport* com seus pacientes, pelo menos a maioria. Mas, quando os pacientes não compreendem a forma de avaliação, que pode variar quanto a sua duração, podem ter sentimentos de raiva, prejudicando a relação. É importante que o terapeuta seja capaz de trabalhar essas questões, analisando a raiva como fazendo parte do sentimento humano e como elemento transferencial.

Como coordena os grupos de acompanhamento, ela vai criando uma atmosfera diferente da neutralidade que procura manter no consultório. A psicóloga coordena as reuniões mensais que acontecem para os pacientes, então todos falam com ela, criando-se um vínculo. O que é interessante, porque é um vínculo, que não é só do encontro dentro de uma sala, mas o vínculo que permeia os momentos de preparação para a cirurgia, a comunicação da internação, a afetividade sendo expressa, neste contexto.

A psicóloga continua falando da sua experiência, assinalando que a relação com esse grupo dos pacientes atendidos no serviço do hospital é especial em relação aos outros pacientes porque eles são afetivos, eles são carentes, eles querem uma aproximação e são muito organizados. *“Então, assim, não é uma relação que você consegue manter certa distância como você consegue no consultório, e aí os efeitos disso num pós-operatório são diversos!”* Existem pessoas que se beneficiam com esta aproximação e outras que se afastam e não aparecem no pós-operatório. Reflete que em toda doença crônica o acompanhamento é difícil, como no alcoolismo, diabetes e hipertensão. O retorno ao médico, ao nutricionista, ao psicólogo também fica obstaculizado.

Bastante pertinente a reflexão feita por ela, da atuação profissional dos psicólogos no hospital e nos serviços que existem: *“Se tivesse um ambulatório enorme, pudesse encaminhar pra diversas pessoas, seria a forma melhor. Deveriam existir concursos para entrarem novos psicólogos, psiquiatras, procurando melhorar a saúde mental no contexto atual da sociedade.”*

Solicitada para falar do corpo, pontua que a maioria dos pacientes chega odiando o corpo, e que dizem procurar o serviço por terem diabetes. A psicóloga reflete que sabemos ser a diabetes também centrada no corpo, podendo estar relacionada com a questão da obesidade. Então 90 e poucos por cento querem mudar a imagem. Percebemos, logo, quando alguns têm uma motivação fora de si. A psicóloga procura trabalhar essa idealização do corpo porque, segundo ela, eles se importam muito mais com o olhar do outro sobre eles do que com o que vão ver no espelho.

Então, ela e a equipe procuram informar e fazer com que os pacientes assumam uma postura ativa no tratamento, porque do contrário, voltam a ser obesos, *“pois obesidade é uma doença crônica sem cura, há controle.”* Depois, com a perda de peso, os elogios vão cessando, o peso ficando estável e os pacientes ajustando o peso e corpo. Explica, ainda, que os pacientes precisam saber e entender que irão passar por um processo de desorganização e que só posteriormente serão reorganizados pelo processo de simbolização.

Síntese: foi possível observar como a psicóloga conhece e compreende a história da cirurgia bariátrica desde o início aqui no Recife, e como o trabalho na rede pública é integrado, sendo possível um acompanhamento de preparação individual e, posteriormente, grupal. Também é reflexivo o questionamento dos psicólogos no

serviço, apontando a grande demanda e sinalizando a necessidade de contratação de mais psicólogos. Consideremos fundamental, pontuar a percepção da relação estabelecida entre os pacientes e a psicóloga afirmando que os pacientes da rede pública tenham talvez uma relação de compromisso, afetividade e aproximação. Assinala a dinâmica desorganização-reorganização como própria do processo.

Psicóloga F, serviço público e clínica particular, 10 anos aproximadamente

Sua formação é na área de dinâmica de grupo, psicodrama, utilizando-se também da TCC, através da aplicação, em algumas pessoas, de uma bateria para identificar o inventário de interesses e compreender, como lidam com dificuldades, com restrições e o autocontrole. Nos atendimentos, procura finalizar com a família observando *“o grau de aceitação, de acolhimento, de suporte e de amparo.”*

Seu trabalho dentro do hospital, há seis anos, está dentro de um programa que permite sensibilizar, envolver a família, conscientizar, fazer com que o paciente reconheça que é uma condição de mudança, é um processo de reeducação, não só alimentar, mas de todo um contexto vivido.

A preparação ocorre de forma individual, em que se busca escutar e informar. No hospital, quando a psicóloga percebe que os pacientes estão habilitados para se submeterem à cirurgia, convida-os a participar do acompanhamento grupal que é mais enriquecedor e possibilita não sair do foco, que é a cirurgia. Após a realização da cirurgia, o acompanhamento é exclusivamente grupal, encontros com média de 15 pessoas, realizados uma vez no mês.

Sobre a formação de vínculos, a psicóloga fala que, por existir o trabalho em grupo, com os pacientes habilitados para realizar a cirurgia, junto com os que já realizaram e dão continuidade, é possível perceber que eles criam um vínculo de interação, de amizade, de apoio com os pacientes que estão entrando no programa. Ela procura reforçar com eles a condição da necessidade e do reconhecimento deste acompanhamento pós-operatório, tanto pelo cirurgião, como pela nutricionista e pela psicóloga.

Enfatiza, no entanto, que o retorno dos pacientes é raro e pela sua experiência acredita que *“uma das questões é objetivos de vida, o próprio resgate da auto estima faz com que você crie novos mecanismos na vida, as dificuldades que tinha de mobilidade já não apresenta mais, começam a buscar novos horizontes, ficando mais*

difícil o retorno para o psicólogo. Os pacientes começam a ter outros vínculos, encontra um novo trabalho, isso faz com que não voltem. Infelizmente eles só necessitam na emergência, quando percebem que sem o acompanhamento clínico e psicológico ficam muito vulneráveis às recaídas”

A psicóloga também assinala que as pessoas que dão continuidade ao acompanhamento são pessoas com cognição diferenciadas e, no geral, já teriam realizado um processo psicoterapêutico. E *“o vínculo psicoterapêutico no processo de avaliação existe, agora não existe o interesse da continuidade”*, para ela fica muito claro. É importante que o paciente deseje para que possa existir funcionalidade no processo. Isso quer dizer que muitas pessoas têm objetivos definidos e muitas vezes só querem alcançá-los, não desejando aprofundar suas questões mais conflituosas.

Em se tratando de consultório particular, eles chegam com a urgência de adquirirem o parecer, mas ela aborda que é preciso primeiro identificar a necessidade do paciente, quem ele é e que seja visto o que ele precisa da profissional além de uma avaliação propriamente dita. Isso porque, a cirurgia é algo que vai dar uma alteração em todo o contexto de vida, sendo preciso saber até que ponto os pacientes estão preparados e se existe alguma indicação, inclusive de psicoterapia, de uma avaliação psicológica psiquiátrica, mesmo que eles aceitem ou não a indicação. Por uma condição ética, nunca se deve dar o parecer no dia, situação exigida pelo paciente muitas vezes. O parecer é o resultado de todos os elementos identificados durante os encontros.

Sobre a perspectiva do corpo, a psicóloga discorre que, na condição do corpo que eles irão ficar, é possível observar tanto no atendimento individual dentro do hospital como no consultório, que em algum momento é pedido que *“eles fotografem mentalmente a imagem corporal que eles desejam.”* Ela sente a necessidade de mapeá-los na condição deles poderem ver-se no amanhã, mesmo eles estando ainda na condição de obesidade, mas precisam reconhecer-se na sua condição hoje e na sua condição de pós-operatório.

Na prática, é interessante porque a psicóloga assinala que seus pacientes, após seis meses de cirurgia, com uma perda de peso significativa, o corpo deles se mostra, da maneira como eles imaginaram a sua imagem corporal. *“O que eles imaginam virtualmente é exatamente o peso que eles passam a ter”*, refletindo que a condição psíquica deles de fazer associações é outra, colocando a condição do desejar, da aceitação. Na questão do pós-operatório e da autoimagem, eles ficam com resgate da

autoestima, é possível discutir questões da sexualidade; os homens falando que, com a perda de peso, a libido fica exacerbada e as mulheres exacerbam a condição da sedução.

Síntese: repleta de informações, esta psicóloga traz a necessidade da inclusão da família no tratamento. Os critérios utilizados nos atendimentos grupais é a criação de vínculos com a equipe e os exercícios relacionados à imagem corporal antes e depois do procedimento. Sobre o não retorno da maioria dos pacientes, acredita que isso represente novos objetivos de vida.

Psicóloga G, trabalhando em grupo aproximadamente há 2 anos.

A psicóloga inicia a entrevista narrando que ela e outra psicóloga, além de um psiquiatra, uma nutricionista e um educador físico estão criando um projeto, um modelo próprio para o tratamento da obesidade. Nessas construções, estão percebendo que os pacientes os procuram depois de terem tentado diversas alternativas para emagrecimento, então o trabalho especificamente da psicóloga é procurar ver a essência da questão, chegar aos porquês, para entender quais são as crenças funcionais que fazem com que os pacientes ajam de determinadas maneiras.

Sua formação, no decorrer da graduação, se deu em uma perspectiva psicanalítica; estudou Winnicott, Lacan, Freud, olhando o sujeito de forma psicanalítica. Mas, cada caso é diferente, termina-se utilizando uma técnica terapêutica com a qual se vê mais familiaridade, buscando, assim, escutar e entender o ser humano de diversas formas, em contextos variados. Por isso, embora tenha uma formação dinâmica pelos autores estudados, afirma que para o tipo de trabalho com obesidade, identifica-se também com as técnicas da Cognitivo Comportamental. Continua falando que são técnicas para promover a reestruturação cognitiva.

Este trabalho pode ser feito de forma individual e coletivamente, o que é rico. Utiliza-se também da técnica do questionamento socrático em cima dos pensamentos e sua avaliação psicológica conta em média com seis encontros, chamando a família quando trabalha com os pacientes mais novos.

Discorrendo sobre este início de criação de um trabalho em grupo diferenciado, assinala que os pacientes precisam trabalhar mudança de hábitos e pensamentos, percebendo que *“no comer emocional, você está engolindo os seus problemas, você está engolindo as adversidades do seu dia, está engolindo tudo que lhe estressa, bota*

comida pra dentro. Aí o que a gente faz? A gente acha formas mais adaptativas de lidar com a vida em geral, do estresse do dia dia até as coisas mais profundas, os problemas com família, afetividade, como se relacionar, como dizer não. E quanto a você, quanto a sua obesidade, ela é um sintoma da família, tratamos de tudo isso.”

A equipe procura fazer primeiro um mapeamento do perfil dos pacientes, e está trabalhando com módulos que contemplam 25 assuntos diversos na área da obesidade. Sobre a imagem corporal ela diz que desde sua formação começou nesse viés, com a escolha da obesidade, observando que, quando a pessoa procura o profissional, vem com as co-morbidades, transtorno de ansiedade, transtorno de pânico, TOC, existindo muita gente que tem TOC dos transtornos alimentares em geral: bulimia, anorexia, é comum; apresentando também depressão.

“Então, o tratamento da obesidade envolve o tratamento do bem estar geral e da saúde mental do indivíduo no todo. Para isso você tem que estudar todo o espectro da saúde mental do indivíduo. Mas, o foco é que a pessoa comece a controlar seu comportamento alimentar, entenda o que está fazendo de errado.”

Síntese: a psicóloga indica que, no início de construção de trabalho em equipe, que visa a trabalhar com a demanda da obesidade, numa perspectiva da terapia Cognitiva-Comportamental, procura escutar e entender o sujeito em suas diversas maneiras. No trabalho com o grupo, procura ver as mudanças de hábitos e pensamentos, bem como trabalha em nível mais profundo quando foca o que significa um “comer emocional”; enfatizando que o tratamento da obesidade envolve o tratamento do bem estar geral e da saúde mental do indivíduo como um todo. Observa-se que, apesar de apontar no início toda uma formação psicanalítica, define-se na equipe por uma concepção da TCC, embora inclua sua escuta, considerando aspectos da psicanálise.

Após a apresentação das nove narrativas das psicólogas, a seguir são expostas as duas narrativas com as pacientes, para somente depois encontrarmos uma associação das entrevistas com o arcabouço teórico aqui estudado.

Entrevista com paciente I: 33 anos, 2 anos e 5 meses de cirurgia.

A entrevista com esta paciente foi bastante rica. A narrativa de sua experiência com cirurgia bariátrica nos mostra que estava segura, teve um bom preparo no pré-

operatório, o que a ajudou bastante, não tendo problemas no controle alimentar posterior. Relata:

Eu ia mais para Dra C. porque ajudava também em outras partes, não só na de gastro, mas assim, na parte pessoal. Eu achei que o preparo impulsionou pra continuar. Até porque no início ela me deu muita força. Apoiou-me bastante no pré-operatório, eu achei isso importante, aí eu fui criando um vínculo com ela, criei um vínculo e acho que a partir daí, ela entrou não somente em partes cirúrgicas, mas também entrou em partes pessoais porque ela viu que eu estava bem, nessa questão de cabeça depois da cirurgia, tanto que ela queria me liberar. Mas eu disse: não Dra C., eu gosto de vir, eu queria ficar com acompanhamento, aí pronto, estou no psicólogo, mas por conta disso, ver coisas de família, essas coisas... porque meu pai faleceu eu tinha 7 anos de idade, aí tem monte de coisinhas de família, porque eu sempre gostava, sempre gostei mais do meu pai do que minha mãe; pra mim foi uma perda muito grande, tem essas coisinhas.”

Também falou das questões estéticas, plano de saúde para realização das plásticas, de um irmão que também passou pela cirurgia, mas cuja experiência foi um tanto conturbada. Depois que ela realizou sua cirurgia e teve sucessos na recuperação, sua mãe decidiu também submeter-se. Três membros da família fizeram a cirurgia:

“É genético porque meu pai era, e minha mãe também tem tendência a engordar, meus avôs tanto da parte do pai como da mãe são gordos. Todas as avós têm diabetes, problemas no coração, então assim, a genética é muito forte, não tinha para onde correr.”

Sobre como sentia o corpo, como idealizou e como vê o corpo modificado, relata que:

“estava me sentindo pesada, minha autoestima não estava tão bem, mas também não me sentia mal; nunca tive problema com o meu corpo, eu gostava de ser gordinha, sempre gostei de ser gordinha. Realmente não tinha estrutura pra ser

magra não, mas eu sempre fui de bem com meu corpo, nunca tive esse problema não, agora. Ai durante a cirurgia, claro você vai se vendo mais magro, um pouco mais magro, você vai levantando a autoestima, você se sente melhor porque você consegue fazer mais coisas. Agora, estou me sentindo super bem, saio para dançar, faço minhas danças, dança árabe, estou fazendo dança cigana, faço três dias na semana.”

Síntese: percebemos, portanto, no relato desta paciente, a importância do processo de avaliação, tanto como forma de preparação para a cirurgia como recurso motivacional e desejo para a continuidade do processo terapêutico. O foco e a atenção dados ao corpo, presente em suas narrativas, pôde ser trabalhada, propiciando-lhe ressignificar a imagem de si e, concomitantemente, sua posição junto aos outros e no mundo.

Entrevista paciente II, 50 anos, 2 anos e meio de cirurgia.

A entrevista com a segunda paciente assinala que a procura por um acompanhamento psicológico aconteceu inicialmente para cumprir um pré-requisito para realização de cirurgia bariátrica. Então, procurou a equipe de seu médico, gostou da psicóloga e optou por continuar com o tratamento psicológico e sempre vai aos médicos. Relata que não apresentava problemas de saúde, mas decidiu optar pela cirurgia após diversas tentativas para emagrecer e por fisicamente não estar bem.

Sobre a relação com o corpo, a paciente informou ainda não ter alcançado o que queria: *“o corpo que idealizei eu ainda não cheguei não”*. Relata que o planejamento para realizar cirurgias plásticas, já tendo feito uma de barriga, fez parte de todo processo da cirurgia bariátrica; ela já imaginava que faria as cirurgias de estética: *“eu ia fazer a bariátrica, ia emagrecer, ia passar dois anos porque você só pode fazer plástica depois de dois anos. Quando eu fui fazer a bariátrica eu já sabia que ia fazer a plástica depois dos dois anos.”*

Hoje, sua disposição física e qualidade de vida são muito maiores, apontando ser uma paciente que, na percepção da psicóloga, não ficou estacionada, é uma pessoa menos fechada e mais falante. Logo no início do acompanhamento, disse: *“quando eu vim pra ela pela primeira vez, ela não pôde fechar a porta daqui dessa sala porque eu ficaria agoniada”* mostrando que antes apresentava certa claustrofobia.

Com relação a sua adaptação ao processo pós-cirúrgico, considerou as etapas pós cirúrgica, das fases líquida e pastosa chatas, fazendo-a ficar mais ansiosa e que, realmente, no início, a pessoa se sente um pouco fragilizada fisicamente.

Quando perguntei sobre a relação que estabeleceu com a psicóloga, relatou ser ótima e de confiança; que, no início, foi pra cumprir uma tabela, mas depois continuou até hoje para trabalhar algumas questões. Seu *“maior medo é de engordar de novo, como eu tenho pavor de engordar de novo, eu prefiro continuar pra segurar a ansiedade”* e trouxe com bastante ênfase que a interferência, cobrança das pessoas próximas e da família é muito complicada. *“Então, o acompanhamento psicológico também serve pra segurar esse lado, esse lado é muito chato.”*

Síntese: esta paciente procurou a psicóloga para preparação da cirurgia bariátrica, tendo inicialmente ido numa perspectiva de cumprir um protocolo. Mas, por ter estabelecido uma relação de confiança com a profissional, deu continuidade ao seu acompanhamento, procurando trabalhar os aspectos difíceis que possa ter encontrado nos momentos iniciais da cirurgia, bem como sua relação com o corpo, autoestima e, principalmente, a interferência da família e das pessoas próximas quanto a sua nova dinâmica alimentar e de vida.

Procuramos contemplar eixos temáticos que nos permitam a compreensão de uma clínica do sentido, das falas próprias, que despertam um movimento de criação, elaboração e recriação dessas pessoas inseridas neste contexto.

Foi possível observar nas narrativas dos profissionais, a manifestação de algumas tendências teóricas que norteiam suas práticas. A maioria das psicólogas reconhece a importância da necessidade de um processo de preparação e acompanhamento psicológico de pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica assinalando, porém, que, de modo geral, os pacientes procuram os psicólogos ainda para cumprir um protocolo de exigência médica.

Acerca do tema mais importante nesta dissertação, referente à relação terapeuta e paciente, as psicólogas apresentam percepções semelhantes quando pontuam a importância do atendimento a estes pacientes, enfatizando que não realizam um processo de psicoterapia propriamente dito. A maioria percebe e valoriza, no entanto, a necessidade em alguns pacientes, de uma indicação para acompanhamento

psicoterapêutico posterior à cirurgia, sendo fundamental e estruturante, a continuidade desse processo.

Acreditamos ser pertinente refletir que tais profissionais procuram fundamentar sua proposta teórica na perspectiva de um sujeito que apresente em sua dinâmica um “corpo vivido”, a ideia de como são e estão no mundo. Mas, como o trabalho com pacientes de cirurgia bariátrica requer atitudes de adaptação e aprendizagem vê-se que a característica primordial de ação profissional com esta demanda é permeada por uma prática que faz uso de abordagens como a psicoterapia breve e Terapia Cognitiva Comportamental, caracterizando a busca de mudança de comportamento e de readaptação. Em que pese o valor dessas, precisamos encontrar uma maneira de tornar presente as reflexões apontadas por Merleau Ponty quando fala do homem entrelaçado com o mundo num processo de mútua constituição.

Nesse sentido, é importante uma prática profissional respaldada por uma visão de homem que considere sua dimensão subjetiva. Acreditamos que o diferencial num trabalho com pessoas, cuja proposta é uma ação interdisciplinar, é o reconhecimento do estilo, do próprio corpo do paciente como sendo sua forma de habitar e relacionar-se consigo e com os outros.

Torna-se evidenciado, no geral das entrevistas feitas, a tendência em prevalecer abordagens de cunho mais diretivo, orientador e que buscam mudanças de hábitos e de comportamento. No entanto, com algumas psicólogas, verifica-se uma preocupação maior com a utilização de recursos internos do paciente, valorizando mais elementos subjetivos incluídos no histórico pessoal e familiar do paciente. Para essas psicólogas, reflexões no campo do sentir, do ser e do viver são imprescindíveis.

Observamos, ainda, que as psicólogas entrevistadas revelam suas tendências conforme formação pessoal adquirida na sua vida profissional e procuram trabalhar com os pacientes a importância de passarem por um acompanhamento psicológico, inserindo-os como participantes responsáveis deste processo.

As entrevistadas assinalam a necessidade de se perceber as sutilezas que perpassam uma relação terapeuta e paciente. No encontro, procuram sentir e trabalhar o que a pessoa precisa naquele determinado momento. Aqui, podemos lembrar de Winnicott quando assinala que o comportamento do analista deve ser representado pelo contexto, ou seja, o psicólogo, não somente no trabalho com obesidade, deve ser *suficientemente bom*, o que significa dizer, que não deve responder gratificando as

necessidades do paciente, e sim possibilitar ao mesmo que amplie suas potencialidades e encontre suas respostas.

De modo geral, todas as psicólogas falaram da relação terapeuta e paciente sendo permeada pela empatia, transferência e estabelecimento de bom rapport. Acreditam que o momento de preparação seja fundamental para promover bem estar ao paciente, facilitando o trabalho de consolidação de sua escolha.

Os elementos assinalados acima podem ser melhor compreendidos quando novamente recorremos às ideias de Winnicott, ao defender que essa relação pode ser trabalhada no *espaço pontencial* dentro do *setting* terapêutico, permitindo aos pacientes formas de construir e reconstruir sua história psíquica. O psicólogo não tem condições de fazer um processo analítico num momento de preparação, mas pode, em sua prática profissional, estar respaldado no referencial de uma escuta psicanalítica.

Aproveitando as articulações feitas com a teoria deste autor, também é possível dizer que todas as psicólogas enfatizam a importância da participação da família neste processo. Isso nos faz refletir, tal como apontam muitas teorias, que a família está na base do desenvolvimento do sujeito e, por isso, pode-se implicar e também ser cuidada neste contexto de preparação, pois ela tanto contribui para a constituição do sujeito, como para facilitar a ressignificação do momento de vida dos seus membros, respeitando evidentemente, a fase de desenvolvimento em que se encontra o paciente que se submete à cirurgia bariátrica.

O *ambiente suficientemente bom* é outro conceito trazido por Winnicott como importante para a continuidade do ser, para que este possa existir através de seu gesto, constituindo seu *self* e subjetividade. Por isso, tanto a família como o paciente precisam do *Holding* oferecido pelo psicólogo num espaço diferenciado. A questão da obesidade repercute tanto internamente quanto externamente na vida das pessoas, e para que o ser continue existindo de forma saudável, sem intrusões, precisamos como ser humano e como profissional adaptar-nos às situações para seguir existindo. Logo, o ambiente suficientemente bom, representado pelo *setting* terapêutico, deve ser marcado por habilidades, respeito e intervenções adequadas a cada paciente.

Sabemos que nos constituímos também através do outro. Cabe a nós, psicólogos, permitirmos aos pacientes, dentro do seu existir, fazer reflexões sobre seu próprio corpo humano, procurando retirar o foco da perspectiva de uma ação somente cirúrgica. Assim, o sujeito pode talvez, através de sua ação e gesto, criar e recriar seu jeito de ser e de viver.

É preciso entender que nos manifestamos através do nosso corpo, temos que nos angustiar para criar. O trabalho com pessoas obesas e pacientes que se submetem à cirurgia, principalmente num acompanhamento posterior, não deve centrar somente nesta temática. Pelo contrário, é fundamental que trabalhemos os sintomas presentes na psicodinâmica da pessoa, para que possa nomear e simbolizar sua angústia com outras maneiras criativas, que não seja o ato de comer. Esta é a essência do que defendemos e consideramos ser fundamental que aconteça no processo terapêutico.

Como visto na teoria, o corpo faz parte de uma totalidade existencial; o indivíduo precisa ter sentimentos de unidade e de *integração* para que sua saúde psíquica se desenvolva plenamente. Quando os pacientes relatam suas vivências relacionadas à imagem corporal, a preocupação das psicólogas é perceber como estão, como querem ficar e o que vão fazer para alcançar seus objetivos e lidar com as dificuldades encontradas.

A psicóloga **E**, por exemplo, pontuou que costuma trabalhar com eles a idealização do corpo e trouxe algo significativo quando refletiu que “*eles se importam muito mais com o olhar do outro sobre eles, do que com o que vão ver no espelho.*” Isso faz retomarmos a visão de corpo sujeito, o corpo vivido de Merleau Ponty. Parece que, nessa fala, alguns pacientes se preocupam mais com o olhar externo, o que constitui uma forte característica do mundo atual, não priorizando o seu mundo interno, o “corpo que são”. A respeito disso, Winnicott assinala que a tarefa terapêutica poderia ser pensada como o espelho da mãe, ou colocando neste exemplo, como espelho do outro; com o psicólogo que procura refletir a pessoa que está ali buscando comunicar-se e fazendo se expressar. O psicólogo precisa tentar devolver ao paciente o que ele traz, possibilitando encontrar seu próprio corpo vivido, para que, a partir daí, possa refazer a sua história.

Quanto aos pacientes, foi possível perceber nas duas entrevistadas, a construção de um bom vínculo, um engajamento no acompanhamento psicológico posterior à cirurgia. Ambas demonstraram ter uma boa preparação e criação de vínculos com suas psicólogas, uma delas, inicialmente, tendo ido somente para cumprir protocolo. As duas falaram realmente que o apoio oferecido pela profissional e construção do vínculo nesta relação, foi importante para continuarem com o processo.

As pacientes, assim como as psicólogas, assinalaram que a preparação foi fundamental para darem continuação ao acompanhamento, procurando trabalhar as

questões da imagem corporal, família e questões pessoais, não se reduzindo o processo apenas a um direcionamento ao procedimento cirúrgico.

Também relataram que, realmente, a maioria dos pacientes não retorna aos psicólogos. Isso corrobora a fala das psicólogas em suas observações sobre o serviço particular e público, ao enfatizarem que a motivação dos pacientes para retornarem ao acompanhamento psicológico é indiferente nos dois tipos serviços. Mas, de modo geral, foi pontuado pelas profissionais que trabalham nos dois campos, que os pacientes de rede pública estão inseridos num programa com trabalho individual e/ou grupal, com um tempo para a realização da cirurgia de aproximadamente dois anos, o que possibilita construir um vínculo maior entre eles mesmos e os profissionais da equipe interdisciplinar, facilitando a adesão e compreensão do tratamento com mais fidelidade. Já os pacientes da rede privada, principalmente os jovens, demonstram, muitas vezes, atitudes imediatistas, elemento que pode prejudicar a eficácia do tratamento quando não é conduzido de forma adequada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando como referência os objetivos propostos nesta dissertação, diversas são as reflexões desenvolvidas a partir da literatura aqui estudada e das narrativas dos psicólogos e pacientes.

No que diz respeito à literatura, foi possível perceber e compreender que os elementos trazidos pelos participantes da pesquisa, psicólogos e pacientes, parecem contemplar uma visão acerca do corpo proposta por Merleau Ponty e pela psicanálise winnicottiana. As psicólogas reconhecem que os sintomas trazidos pelos pacientes expressam conflitos e angústias inerentes ao estilo de ser e estar no mundo (*corpo vivido*), além das questões biológicas e metabólicas. Podemos fazer essas associações quando identificamos que ambos os teóricos colocam a construção da imagem corporal numa interface com o ambiente vivido.

No que se refere ao olhar do psicólogo clínico que trabalha com esta demanda, podemos observar e analisar sua ação, através do referencial teórico utilizado e à compreensão que demonstram a respeito da pessoa humana, bem como, das circunstâncias em que se desenvolveram e se constituíram como sujeito obeso.

Consideramos essas questões fundamentais para que o processo terapêutico seja pautado por elementos que sejam eficazes e tragam bons resultados à vida dos pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica.

Percebemos, também, a partir das narrativas, certo consenso das psicólogas entrevistadas, no que diz respeito à utilização dos recursos da Terapia Cognitivo Comportamental, estilo breve e focal, para o trabalho com esta demanda. Questionamos aqui, essa posição, pois consideramos que a decisão por um procedimento desse tipo requer o tratamento de questões da ordem do real, do objetivo, mas também da ordem do subjetivo e da fantasia. É importante podermos ficar atentos quando o paciente nos remete a uma ou a outra demanda.

As psicólogas são unânimes quando assinalam que os pacientes procuram os profissionais da psicologia para cumprirem um protocolo médico, um procedimento que faz parte das exigências para se submeter à cirurgia. Observamos que as ações dos psicólogos estão mais voltadas para uso de algumas atividades, uma psicoeducação, uma compreensão da história clínica do paciente, e apoio oferecido à família.

Para as psicólogas entrevistadas, de modo geral, é primordial que os pacientes apreendam e compreendam todo processo que irão vivenciar e entendam a função do psicólogo dentro da equipe.

Uma questão relevante é com relação ao retorno dos pacientes para um acompanhamento psicológico após a cirurgia, fazendo-nos indagar sobre a natureza dos vínculos criados durante o processo, e sobre o desejo do paciente, de continuar ou não, tendo em vista as outras questões implicadas no processo que, às vezes, se torna difícil e doloroso. A formação profissional e a atuação do psicólogo que trabalha com esta demanda nos faz dizer que a sua presença pode facilitar ou dificultar na construção dos vínculos e na tomada de decisão pela cirurgia. Queremos falar da transferência ponto chave para a psicanálise. Se não existir uma transferência positiva com a equipe e a transferência não for adequadamente trabalhada, é provável que o paciente não dê continuidade ao tratamento com assiduidade e responsabilidade, no entanto percebemos existir muitos outros motivos para a não continuidade, como por exemplo, colocações feitas em momentos que a paciente ainda se encontra com alto grau de resistência.

Chamamos a atenção para o cuidado que os psicólogos devem ter no que diz respeito ao tempo subjetivo e ao ritmo de cada paciente. Lembramos, ainda, que a eficácia do procedimento cirúrgico não pode ser alcançada quando o paciente não consegue um verdadeiro reconhecimento de suas implicações emocionais no seu processo de decisão. Dessa forma, um bom atendimento psicológico pode permitir a compreensão do paciente sobre os fatores implicados no seu transtorno e as consequências deste sobre sua saúde e sua vida.

Como profissionais da psicologia, entendemos e reafirmamos que é fundamental existir um trabalho em que sejam considerados os aspectos mais subjetivos do paciente, não ficando apenas no foco do objetivo, do procedimento técnico. Além disso, o cirurgião precisa também ter a sutileza, experiência e sensibilidade de ver seu paciente de forma mais holística, e, junto com o psicólogo, principalmente em casos mais específicos, poder compreender a história de vida do paciente. Para isso, propomos, com mais frequência, a discussão de casos clínicos de forma interdisciplinar.

A demanda pela busca da cirurgia bariátrica tem sido cada vez mais frequente, então é necessário que existam profissionais capacitados para poder, de forma adequada, oferecer um acompanhamento psicológico. Concordamos com uma psicóloga entrevistada quando ela reflete que um trabalho de preparação não deve ser feito a princípio em grupo. Também compreendemos o ponto de vista de outra profissional ao

assinalar que os pacientes mais velhos apresentam mais experiência e maturidade, muitas vezes ajudando no processo; enquanto a maioria do perfil dos jovens tem atitudes imediatistas querendo resolver as coisas de forma rápida. Nesse sentido, o trabalho grupal pode ser rico, pois oportuniza o encontro de duas posições.

A partir das narrativas dos psicólogos e da literatura estudada, foi possível ampliar as nossas concepções e questionamentos a respeito do corpo e de suas diferentes formas de expressão na vida do ser humano, bem como rever modelos de tratamento e de abordagens feitas no campo da psicologia. Uma das conclusões importantes desta dissertação é o reconhecimento da utilização do corpo como forma de manifestação de nossa ansiedade, e a constatação do desenvolvimento da compulsão alimentar, levando a uma forma de obesidade, que jamais poderá ser vista apenas pelo metabolismo físico.

Esta dissertação, sem dúvida, elastece a nossa visão sobre as formas distorcidas que utilizamos fazendo adoecer o nosso corpo, como forma de denunciar o nosso mal estar psíquico. Todo estudo aqui realizado, revela como a constituição do nosso ser (corpo, mente, relações sociais) é resultado de como somos, de como nos constituímos e como estamos no mundo. Nessa perspectiva somos convidados a reflexões que devem promover alterações significativas nas nossas práticas de atendimento psicológico, especificamente com esta demanda.

Partindo das leituras feitas e da compreensão do sintoma da obesidade como fenômeno complexo, não podemos reduzir a nossa visão de saúde, apenas ao emagrecimento obtido via uma cirurgia. Por essas razões, este trabalho nos leva a reforçar a ideia da necessidade de uma equipe interdisciplinar, cuja posição do psicólogo se torna imprescindível, pois, é através da relação terapeuta e paciente, que este vem efetivar toda uma simbolização necessária, evitando, assim que o paciente faça uma substituição de sintomas.

Além disso, pensamos e defendemos que o trabalho terapêutico realizado pelo psicólogo seja mais rigoroso, isto é, promova não apenas a compreensão intelectual do procedimento, mas possibilite ao paciente uma tomada de decisão pautada na compreensão de sua história de vida.

As contribuições da psicanálise winnicottiana e as formulações aqui feitas sobre a relação do terapeuta e paciente são consideradas pertinentes para o cuidado que o psicólogo deve ter no sentido de que sua função na equipe não tenha o mesmo destino e movimento do mundo atual, aquele movimento onde não se pensa, não se elaboram as

soluções, no qual essas são buscadas com pressa e imediatismo. O psicólogo deve estar atento a essas questões.

Por parte do papel dos psicólogos dentro desta equipe uma das conclusões mais importantes é que cada vez mais devemos ter a consciência e mostrar que nossas funções não devem ser restritas a uma avaliação psicológica que não deixe uma reserva para novas possibilidades. Nossas intervenções, além do acolhimento e das explicações feitas, devem possibilitar ao paciente que analise e percorra pela palavra todo o desejo que impulsiona a busca pelo procedimento, o relato de todas as alternativas usadas com fracasso para emagrecer, e todos os obstáculos vividos. Assim, acreditamos poder oferecer ao paciente um clima que lhe permita a descoberta para a realização propriamente dita da cirurgia, sempre lembrando que a busca por um corpo sadio requer, para além da cirurgia, a compreensão de todos os elementos implicados na sua história clínica, física e psicológica.

Perguntamos-nos, ainda, como construir um vínculo que leve o paciente a descobrir a necessidade e as vantagens de não condicionar sua ida ao psicólogo apenas em busca de um parecer psicológico? Ressaltamos para a importância do médico neste processo, enfatizando que ele é a figura principal na rede de construção de vínculos com os demais profissionais, pois dele partem os encaminhamentos. Podemos também perceber, através dos contatos com as duas pacientes na pesquisa de campo, e os contatos feitos de maneira informal nos consultórios médicos, como é fundamental para um paciente acreditar, perceber e procurar os tipos de profissionais que o médico indica, fazendo também suas escolhas.

É preciso oferecer condições para que o paciente possa continuar sentindo-se vivo e de poder perceber que pode sentir-se vivo com seu corpo na presença de outro (psicólogo) que pode acolher, possibilitando a ação e o gesto, permitindo existir um processo de criação e transformação da vida do paciente.

Para concluir queremos enfatizar o que foi dito anteriormente, enquanto o sintoma permanece situado no corpo, a obesidade se mantém. É fundamental angustiar-se para que a própria angústia possa ser um motor propulsor de novas criações de novos estilos de vida. Cabe a nós ajudar o paciente a nomear suas angústias e entrar num processo de simbolização das determinadas manifestações de angústia, para que, retirada a possibilidade do comer em excesso, possa surgir uma orientação criativa, sem o deslocamento de seu sintoma. Mas é sobretudo fundamental que o psicólogo tenha competência, ética e coragem para afirmar seu diagnóstico pautado em conhecimento

científico da psicologia, especificamente de suas estruturas clínicas de personalidade e poder, diante desse conhecimento emitir seu parecer mesmo que contrarie o parecer de outros profissionais. Esta questão se constitui como primordial como forma de consolidação da prática do psicólogo na equipe.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ARENALES-LOLI, M. S. **Da mesa farta à mesa da cirurgia**: reflexões quanto ao preparo emocional com foco na cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2007.

AVELLAR, L. Z. **Jogando na Análise de Crianças**: intervir-interpretar na abordagem Winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 2002.

BENEDITTI, C. Preparo psicológico em grupo para cirurgia da obesidade. In: XIMENES, E. (Org.). **Cirurgia da obesidade**: um enfoque psicológico. São Paulo: Livraria Santos, 2009. p. 79-89.

_____. Intervenção familiar durante o emagrecimento. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Novos corpos, novas realidades**: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2011. p. 33-42.

BEZERRA JUNIOR, B. Winnicott e Merleau Ponty: o continuum da experiência subjetiva. In: BEZERRA JR, B. **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

BORAKS, R. A capacidade de Estar Vivo. In: FERREIRA, A. M. et al. (Org.). **A presença de Winnicott no viver criativo**: diversidade e interlocução. São Paulo: ZY, 2009. p. 182-196.

COELHO JUNIOR, N.; CARMO, P. S. **Merleau Ponty**: filosofia como corpo e existência. São Paulo: Escuta, 1991.

DIAS, E. O. Da interpretação ao manejo. In: REIS, R. (Org.). **O pensamento de Winnicott**: a clínica e a técnica. São Paulo: DWW, 2011. p. 99-121.

FIGUEIREDO, L. C.; JUNIOR, N. C. **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. **Obesidade:** atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Ver nutr, Campinas, v.13, n.1, p. 17-28, 2000.

FRANQUES, A. R. M. A entrevista psicológica. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo: Vetor, 2006. p. 55-62.

FONTANELLA, B. J. B. **Procura de tratamento por dependentes de substância psicoativas:** um estudo clínico qualitativo. Tese (doutorado em Programa de Pós-Graduação e m clínica médica). Campinas- SP. Universidade Estadual de Campinas, 2000, 350 p.

MAGDALENO JUNIOR, R. **Vivências emocionais de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Unicamp:** um estudo clínico-qualitativo. Tese (doutorado em Programa de pós-graduação em ciências médicas). Campinas, SP, 2009. **

MARCHESINI, J. B. A história da cirurgia bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo: Vetor, 2006. p.13-22.

MATTHEWS, E. **Compreender Merleau Ponty.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. O olho e o espírito. (1965). Disponível em: <<http://ciadefoto.com.br/blog/ciadefoto.com.br/blog/wp-content/uploads/2012/11/olho-e-o-esp%C3%AAdrito.pdf>>. Acesso em: Out. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Abrasco, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde, 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NETO, M. P. et al. Epidemia mundial da obesidade. In: CAMPOS, J. M. et al. (Org.). **Endoscopia em cirurgia da obesidade,** São Paulo: Livraria Santos, 2008, p. 3-10.

NUBLAT, JOHANNA. Obesidade no Brasil avançou quase 40% nos últimos seis anos. (2012). Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/36380-obesidade-no-brasil-avancou-quase-40-nos-ultimos-seis-anos.shtml>>. Acesso em: Nov. 2012.

PALMIERE, T. H. **Plantão Psicológico em Hospital Geral:** um Estudo Fenomenológico. Dissertação (mestrado em Pontifícia Universidade Católica de Campinas). 2005

PEREIRA, L. F. F. **Da experiência da fala de sujeitos usuários na clínica psicológica às suas possíveis repercussões.** Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica), 2006, 163 p.

PHILLIPIS, A. **Winnicott.** Aparecida, SP: Idéias & letras, 2006.

PINHEIRO, A. R. O. et al. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** Ver nutr, Campinas, v. 17, n.4, p. 523-533.

ROCHA, L. C. M.; JUNIOR, G. F. L. Endoscopia pré e peroperatória. In: CAMPOS, J. M.; NETO, M. P. G.; MOURA, E. G. H. (Org.). **Endoscopia em cirurgia da obesidade.** São Paulo: Livraria Santos, 2008, p. 49-56.

ROCHA, Z. **O mundo, o corpo e o inconsciente na filosofia de Merleau Ponty.** In: Jornada do Circulo Psicanalítico de Pernambuco, 22., 2008a, Recife.

RODRIGUES, A.; WINOGRAD, M. O contato corpo a corpo como fator determinante da constituição do psíquico. In: REIS, R. (Org.). **O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica.** São Paulo: DWW, 2011. p. 147-163.

SAFRA, G. S. **A face estética do self: teoria e clínica.** Aparecida, SP: idéias & letras: Unimarco, 2005.

_____. **Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoa.** São Paulo: Sobornost, 2006.

TARDIVO, L. S. L. P. C. O psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica. avaliar, compreender e intervir: o trabalho do psicólogo clínico. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.** São Paulo: Vetor, 2006. p. 23-53.

TONETO, M.G. et al. **Resultados iniciais do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 48, n.1, p. 16-21, jan./mar.2004.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação das áreas da saúde e humana.** Petrópolis: Vozes, 2003. 688p.

XIMENES, E. Avaliação psicológica pré-operatória: como e por quê. In: XIMENES, E. (Org.). **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico.** São Paulo: Livraria Santos, 2009. p. 59-67.

_____. Acompanhamento psicológico pós-operatório: como, quando e por quê. In: XIMENES, E. (Org.). **Cirurgia da obesidade: Um enfoque psicológico.** Livraria Santos, 2009. p. 91-97.

WINNICOTT, D. W. Contratransferência. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artes médicas, 1983. p. 38-54.

_____. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, D. W. **Exploracoes psicanalíticas.** Porto alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. Formas clínicas da Transferência. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 393-398.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: Textos selecionados: **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 332-346.

WINNICOTT, D. W. Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In: WINNICOTT, D. W. **A CRIANÇA E O SEU MUNDO;** Tradução Álvaro Cabral. 6. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. p. 49-54.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título: A importância da relação terapeuta-paciente na preparação e acompanhamento psicológico de pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica

Eu, Zeferino Rocha, professor e pesquisador da Universidade Católica de Pernambuco, juntamente com Gabriela Nunes Catarino, mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, estamos convidando você, para participar, como voluntário, de uma pesquisa sob nossa coordenação. Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você, enquanto participante, estará dando o seu consentimento livre e esclarecido para que participe como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado.

Assinando este termo de consentimento, o (a) senhor (a) estará ciente de que:

1 O objetivo geral da pesquisa é analisar o trabalho do psicólogo clínico, em particular, a relação terapeuta-paciente no processo de preparação e acompanhamento psicológico de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, a partir do discurso de ambos.

2 Como objetivos específicos: Analisar a ação do psicólogo clínico no processo de preparação e acompanhamento psicológico das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica; Identificar os elementos que podem interferir positivamente e/ou negativamente, na relação terapeuta - paciente; Analisar as ressonâncias que o acompanhamento terapêutico exerce sobre os pacientes que se submetem a cirurgia bariátrica.

3 Sua participação nesta pesquisa constará em responder a uma entrevista individual, semidirigida, partindo de uma pergunta disparadora sobre o projeto em questão, a qual será gravada;

4 Foram dadas todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;

5 Você estará livre para interromper, a qualquer momento, sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;

6 Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais obtidos, através da pesquisa, serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada. A pesquisadora guardará em seu poder a transcrição das entrevistas por um período de 5 (cinco anos). Após esse período o material será incinerado;

7 Os benefícios relacionados com a sua participação refletirão sobre a importância da relação terapeuta-paciente na preparação e acompanhamento de cirurgia bariátrica. Conseqüentemente, contribuirão para a tomada de consciência por parte dos pacientes, da imprescindível necessidade de preparo e acompanhamento psicológico durante o processo de cirurgia bariátrica; bem como, ampliação da função do psicólogo em seu trabalho numa equipe interdisciplinar;

8 Não há riscos físicos ou de saúde relacionados com a sua participação; mas por se tratar de uma pesquisa de caráter qualitativo, que vai lidar com sua participação, as entrevistas poderão possibilitar níveis de reflexão e contato consigo mesmo, o que pode suscitar ansiedade. Mas a pesquisadora atuará de forma que possa oferecer um ambiente facilitador e de sustentação, procurando oferecer, de certa maneira, uma possibilidade de acolhimento das narrações de suas vivências.

9 No caso de necessitar apresentar recurso ou reclamações em relação à pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, que funciona na Pró-reitoria Acadêmica da UNICAP, localizada na rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 8º andar, CEP 50050-480, Recife, Pernambuco, Brasil, ou através do telefone (81) 2119-4376, Fax (81) 21194004, endereço eletrônico: pesquisaprac@unicap.br

10 Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar, a qualquer momento, suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

Recife, _____ de _____ de 2013.

Dados do pesquisador:

Nome: Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

Endereço: Universidade Católica de Pernambuco, Rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 7º andar, sala BE.

Telefone: 21194066

Assinatura dos pesquisadores:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, com endereço acima descrito.

Recife, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante da pesquisa:

Documento de Identidade número: