

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALESSANDRA CANSANÇÃO DE SIQUEIRA

O REGANHO DE PESO EM UM PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Maceió

2014

ALESSANDRA CANSANÇÃO DE SIQUEIRA

O REGANHO DE PESO EM UM PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti.

Maceió

2014

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Maria Auxiliadora G. da Cunha

S618r Siqueira, Alessandra Cansação de.
 O reganho de peso em um programa de cirurgia bariátrica / Alessandra
 Cansação de Siqueira. – 2014.
 92 f.

 Orientadora: Susane Vasconcelos Zanotti.
 Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
 Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes. Departamento de
 Psicologia. Maceió, 2014.

 Bibliografia: f. 83-91.
 Anexos: f. 92-94.

 1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Ganho de peso. 4. Programas de
 redução de peso. I. Título.

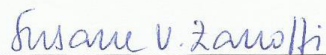
CDU: 159.9:613.25

ALESSANDRA CANSANÇÃO DE SIQUEIRA

O REGANHO DE PESO EM UM PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Dissertação de Alessandra Cansanção de Siqueira apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Data da aprovação: 24 / 03 / 2014

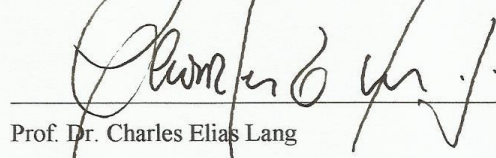


Profª. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti

Dra. em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Presidente da banca: Orientadora

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal de Alagoas

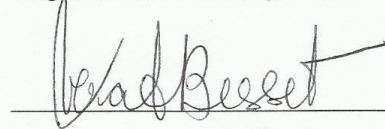


Prof. Dr. Charles Elias Lang

Dr. em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Componente da banca: membro interno titular

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal de Alagoas



Profª. Dra. Vera Lucia Silva Lopes Besset

Dra. em Psicologia pela Universidade de Paris V

Componente da banca: membro externo titular

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho a todos os pacientes do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

AGRADECIMENTOS

Ao término da minha dissertação, quero agradecer a todos que estiveram presentes durante todo o meu percurso no mestrado, sem os quais a concretização desse sonho não seria possível. Nesse momento, agradeço inicialmente a Deus que, diante dos momentos em que a caminhada parecia tão angustiante, me fortaleceu e me guiou na difícil arte da escrita.

À minha orientadora Professora Doutora Susane Vasconcelos Zanotti, por seu apoio e disponibilidade durante o mestrado. Seu exemplo de dedicação à vida acadêmica e seu profissionalismo foram fundamentais.

Aos professores doutores Vera Besset e Charles Lang, pelas ricas contribuições na banca de qualificação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, por terem proporcionado espaços de discussão e de aprendizado.

À minha turma de mestrado composta por: Bruna Diniz, Camila Teixeira, Larissa Daniela de Almeida, Luciana Carla de Andrade, Paulo Nascimento, Rafael Caselli, Rosanny Moura, Wilzacler Pinheiro e, em especial, às amigas Graciele Faustino, Josilenede Araújo e Scheila Chagas pela presença, apoio e escuta às minhas angústias no percurso do mestrado.

Às companheiras de grupo de pesquisa e de orientação Karolline Hércias e Gabriela Moura, pelos ricos momentos de aprendizado na trajetória da pesquisa.

A todos que fizeram parte do grupo de pesquisa em diferentes momentos: Nathalia Costa, William Oliveira, Thiago Félix, Jonathan Vasconcelos, Aline Emilio, Amora Sarmiento, Danilo Santos, Thaysa Guedes e Caio Paz, pelas discussões e contribuições.

À Kyssia Marcelle Calheiros, por suas palavras de incentivo e contribuições durante essa trajetória no mestrado e no grupo de estudos.

Ao secretário do Programa de Pós-graduação, Márcio Manuel, que sempre esteve disponível diante das solicitações e por suas palavras de conforto e incentivo. Agradeço também à Edna que, apesar do pouco convívio, sempre se disponibilizou a ajudar.

A todos os profissionais que, na época da pesquisa, faziam parte do Programa de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, em especial à Angélica Crispim, Aristéa Novaes, Emília Barbosa, Guilherme Farias, Dr. Alberto Fontan e Luciana Calheiros.

Ao Setor de Psicologia do HUPAA, pela colaboração e por permitir a minha ausência da prática profissional no momento do mestrado.

À Jerzuí Tomaz, primeira pessoa que me incentivou a ir em busca do mestrado .

À Júnia Vaz, por sua amizade, incentivo e por me escutar nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Luiz e Elza, por tudo que puderam me proporcionar.

Aos meus irmãos, Andréia, Flávia e Rodrigo, pela presença constante e incentivo.

A todos os meus familiares, por sempre acreditarem em mim e, em especial, ao meu primo Fabrício Lúcio, pela amizade e força nesse percurso.

Às amigas Betânia Apratto, Adriana Carleial, Márcia Valéria, Claudjane Pontes e Zeny Valença, que souberam entender os meus momentos de ausência.

À Catarina Vasconcelos, por sua escuta e disponibilidade.

*“Sonhe com o que você quiser. Vá
para onde você queira ir.
Seja o que você quer ser, porque
você possui apenas uma vida
e nela só temos uma chance de
fazer aquilo que queremos.
Tenha felicidade bastante para
fazê-la doce. Dificuldades
para fazê-la forte. Tristeza para
fazê-la humana. E
esperança suficiente para fazê-la
feliz.”*

Clarice Lispector

RESUMO

A obesidade é definida pela medicina como uma doença crônica que requer tratamento. Nos casos de obesidade grave ou mórbida que não obtiveram resultados com os tratamentos clínicos é indicada a cirurgia bariátrica. Nos últimos anos tem-se observado um aumento no número de cirurgias bariátricas realizadas com a justificativa de que esse procedimento propicia um resultado eficaz ao tratamento da obesidade mórbida. No entanto, tem-se verificado, em Programas de cirurgia bariátrica, casos em que o paciente operado apresenta reganho de peso no período pós-cirúrgico. Nesse contexto, o presente trabalho se propôs a investigar o reganho de peso em um Programa de cirurgia bariátrica do Nordeste do Brasil, verificando o que ele evidencia sobre a obesidade. O objetivo principal foi investigar, partindo de queixas relacionadas ao reganho de peso, os aspectos que interferem no resultado do pós-operatório. Realizamos o estudo de caso do Programa de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, baseando-nos em dados dos prontuários de pacientes operados e identificando o registro das queixas referentes ao reganho de peso no pós-operatório. Durante o período de três meses de coleta de dados foi possível ter acesso a 276 prontuários, dos quais foram obtidas as seguintes informações dos pacientes operados no Programa: idade, sexo, procedência, tempo de cirurgia, comparecimento às consultas e reganho de peso. Dos pacientes com reganho de peso, as informações foram: idade, sexo, procedência e as queixas relacionadas ao reganho de peso. Esses dados foram apresentados por meio de gráficos, os quais evidenciaram que houve um maior número de mulheres operadas. A idade dos pacientes operados variou entre 18 e 60 anos, havendo uma concentração maior de operados na faixa etária compreendida entre 28 e 37 anos, sendo a maior parte dos pacientes procedentes da capital do Estado, ressaltando que, nem todos os pacientes operados estavam comparecendo ao Programa para as consultas. Quanto ao reganho de peso, a análise dos prontuários demonstrou sua ocorrência no Programa e o registro das queixas relacionadas a esse aumento de peso no pós-operatório. A partir do método de estudo de caso, foram criadas as seguintes unidades de análise, que serviram de dispositivo à discussão: Cirurgia bariátrica: entre a universalidade e a particularidade; as queixas e o reganho de peso; o que as queixas indicam sobre a obesidade e reganho de peso; e do reganho de peso à demanda de saber? A definição e nomeação dessas unidades de análise foram baseadas no estudo de caso do Programa e nas discussões teóricas realizadas ao longo da pesquisa. Com a discussão dos resultados, conclui-se que diferentes fatores contribuem para a ocorrência do reganho de peso, dentre eles, que uma intervenção cirúrgica não garante uma mudança na relação que o paciente estabelece com a comida e a obesidade e que a obesidade pode ter uma função na vida de algumas pessoas.

Palavras-chave: Obesidade. Programa de cirurgia bariátrica. Reganho de peso.

ABSTRACT

The medical speech highlights that obesity is a chronic disease which requires treatment. In cases of severe or morbid obesity that did not obtain results with clinical treatments, bariatric surgery is indicated. In recent years we've been observing an increasing in the number of bariatric surgeries, carried out with the justification that this procedure promotes an effective result to the morbid obesity treatment. However, in bariatric surgery programs there have been cases in which the operated patient shows regain of weight in postoperative period. In this context, the present work planned to investigate the regain of weight in a bariatric surgery program in the Northeast of Brazil, verifying what it shows about obesity. The aim was to investigate the aspects which interfere in the results of the postoperative, from complaints related to the gain of weight. It was carried out a case study of the bariatric surgery program in the Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (Professor Alberto Antunes University Hospital), based on data of the patients promptuaries who had been operated in this period, identifying the register of the complaints relating to the regain of weight in postoperative period. During the period of three months of data collection, it was possible to have access to 276 promptuaries of which we could obtain the following information about the patients operated in this program: age, gender, origin, time of surgery, the attending to the medical check up and the regain of weight. These data were presented through graphs which showed that happened an increasing number of women operated. The age of the patients operated varied between 18 and 60 years, having a higher concentration of operated people in the age range of 28 and 37 years, being the most part of the patients from the capital of the State, underlining that not all of them were attending to the medical check ups of the Program. About the regain of weight, the analysis of the promptuaries showed its occurrence in the Program and the registration of the complaints related to this increasing of weight during the postoperative. From the method of the case study they were created the following unities of analysis, which served as a device of discussion: Bariatric surgery: between the universality and the particularity; the complaints and the regain of weight; what the complaints indicate about the obesity and the regain of weight; and the regain of weight to the demand of knowing. The definition and appointment of these unities of analysis were based in the case study of the Program and in the theoretical discussions that happened during the research. After the discussion about the results, it was concluded that different factors contribute to the regain of weight, among them, that a surgical intervention doesn't guarantee a change in the relation that the patient establishes with food and obesity and that the obesity can perform an important role in the lives of some people.

Keywords: Obesity. Bariatric Surgery Program. Regain of weight.

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo dos pacientes operados no Programa	60
Gráfico 2 – Idade (faixa-etária).....	61
Gráfico 3 – Procedência.....	62
Gráfico 4 – Tempo de Cirurgia.....	63
Gráfico 5 – Comparecimento aos atendimentos.....	64
Gráfico 6 – Reganho de peso.....	65
Gráfico 7 – Sexo dos pacientes com reganho de peso.....	66
Gráfico 8 – Idade (faixa-etária) dos pacientes com reganho de peso.....	66
Gráfico 9 – Procedência dos pacientes com reganho de peso.....	67
Gráfico 10 – Tempo de cirurgia dos pacientes com reganho de peso.....	67
Gráfico 11 – Queixas dos pacientes com reganho de peso.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação Índice de Massa Corporal (IMC).....	19
Quadro 2 –Fluxograma de atendimento.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HUPAA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SAME	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
SBCBM	SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFAL	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 OBESIDADE, CIRURGIA BARIÁTRICA E REGANHO DE PESO.....	18
1.1 Obesidade.....	18
1.1.1 Definição, diagnóstico e riscos à saúde.....	18
1.1.2 Epidemiologia da obesidade.....	20
1.1.3 A obesidade é uma doença.....	22
1.1.4 Obesidade: sobre a necessidade e o desejo.....	25
1.2 Cirurgia bariátrica.....	30
1.2.1 Definição e resultados	30
1.2.2 Diretrizes do Ministério da Saúde para tratamento cirúrgico da obesidade.....	33
1.2.3 Psicanálise e cirurgia bariátrica.....	34
1.3 Reganho de peso.....	39
1.3.1 Definição e ocorrência.....	39
1.3.2 Compulsão alimentar, angústia e reganho de peso.....	42
2 METODOLOGIA.....	44
2.1 Tipo de pesquisa: O estudo de caso.....	44
2.2 O prontuário como instrumento de pesquisa.....	46
2.3 Local da pesquisa de campo.....	48
2.4 Aspectos éticos.....	49
2.5 Revisão da literatura.....	49
2.6 Pesquisa de campo.....	50
2.7 Informações sobre os pacientes operados e o reganho de peso no Programa.....	50
2.8 Organização e análise do material coletado.....	51
3 ESTUDO DE CASO:PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HUPAA.....	53
3.1 Caracterização do Programa.....	53
3.2 Trajetória do paciente no Programa.....	56
3.3 Sobre os pacientes operados no Programa.....	59
3.4 Reganho de peso.....	64

3.5	Unidades de análise.....	69
3.5.1	Cirurgia bariátrica: entre a universalidade e a particularidade.....	69
3.5.2	As queixas e o reganho de peso.....	72
3.5.3	O que as queixas indicam sobre a obesidade e reganho de peso?.....	74
3.5.4	Do reganho de peso à demanda de saber?.....	77
4	CONCLUSÃO.....	80
	REFERÊNCIAS.....	83
	ANEXOS.....	92

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal e de etiologia multifatorial (DINIZ; MACIANTE, 2012). Estudos ressaltam que a obesidade ocorre pela combinação de fatores genéticos, endócrinos, sociais, econômicos, psicológicos e ambientais (ROSENBAUM, 2012). A medicina preconiza que a obesidade é considerada fator de risco ao surgimento de várias doenças que comprometem a qualidade de vida e até diminuem a expectativa de vida das pessoas (BERTI; CARAVATTO, 2012). Devido às situações expostas sobre os riscos da obesidade e por atualmente estar sendo constatado um aumento expressivo dos casos de obesidade no Brasil e no mundo, esta chegou ao ponto de ser considerada um problema de saúde pública.

Pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, constataram que houve aumento do número de casos de sobrepeso e obesidade no Brasil. Segundo Berti e Caravatto (2012), no Brasil, aproximadamente 65 milhões de pessoas estão com sobrepeso, 14 milhões com obesidade e 4 milhões com obesidade mórbida.

Diante dos riscos atribuídos à obesidade, passou a existir o incentivo à prevenção e, caso a obesidade já esteja instalada, aos tratamentos. Além disso, existem também as exigências direcionadas ao corpo, que passou a ser alvo de investimento “por intermédio da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita” (FERNANDES, 2011, p.15). Frente a essas exigências, a obesidade atualmente configura-se como fonte de mal-estar contemporâneo por encontrar-se do lado oposto desse corpo idealizado. Vasconcellos e Sepúlveda (2011) retratam que, na obesidade, o corpo excessivamente cheio aponta para o mal-estar e a renúncia aos ideais impostos pela sociedade.

Em uma sociedade que ressalta a importância dos cuidados com a saúde e de que o corpo necessita adequar-se às exigências impostas, as pessoas passaram a buscar cada vez mais os recursos que são ofertados pela medicina (FERNANDES, 2011). De acordo com Rocha (2010, p. 62) “o corpo é alvo de um grande esforço de enquadramento e correção” tendo à disposição uma infinidade de recursos.

No caso específico da obesidade, a cirurgia bariátrica tem sido um recurso bastante procurado por aqueles que se encontram na condição de obesos mórbidos. Segundo

Vasconcellos e Sepúlveda (2011), os pacientes cada vez mais apoderam-se do discurso médico para falar de obesidade como doença, eximindo-se de sua responsabilidade quanto à obesidade.

Observamos que, atualmente, a temática da obesidade e dos tratamentos propostos tem sido bastante veiculada nos meios de comunicação, apresentando-se como um assunto de grande visibilidade na mídia, pelo interesse que desperta nas pessoas. Nesses programas as informações são referentes aos prejuízos da obesidade e da importância da adoção de práticas de exercícios físicos, dietas e, quando não se obtém uma boa resposta, à realização da cirurgia bariátrica.

De acordo com o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica- SBCBM (2006), as cirurgias bariátricas, que são conhecidas também como cirurgias da obesidade ou de redução de estômago, reúnem técnicas com respaldo científico destinadas à obtenção da diminuição de peso e ao tratamento de doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele. Informações obtidas no Site da SBCBM (2006) demonstram que tem ocorrido um grande aumento no número de cirurgias realizadas no Brasil: em 2008 foram realizadas 38.000, em 2009 ocorreram 45.000 e 60.000 procedimentos cirúrgicos foram realizados em 2010. Dados recentes da SBCBM (2013) revelam que em 2012 foram realizadas 72.000 cirurgias.

O interesse pelo tema surgiu a partir das indagações sobre a obesidade, cirurgia bariátrica e reganho de peso, que, por sua vez, tiveram início durante os atendimentos a pacientes obesos, candidatos à cirurgia bariátrica. A primeira inserção no campo da cirurgia bariátrica foi como psicóloga em uma equipe multiprofissional de um serviço de saúde privado que realizava esse procedimento cirúrgico por meio de convênio e também particular. Em seguida, houve a participação no Programa de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas, local onde esta pesquisa foi realizada. Nas duas experiências clínicas observamos que os pacientes, durante os atendimentos, se referiam às dificuldades e limitações com as quais se deparavam no seu dia-a-dia e atribuíam o seu sofrimento à obesidade. Diante disso, a cirurgia bariátrica configurava-se para os pacientes como uma possibilidade promissora de melhoria da qualidade de vida e, muitos deles, utilizavam o excesso de peso e os problemas de saúde dele decorrentes, para justificar a urgência na realização do procedimento cirúrgico.

Alguns pacientes atribuíam os problemas ou as dificuldades vivenciadas na sua rotina ao fato de serem obesos. Diante disso, criavam a expectativa de que, ao realizarem a cirurgia, essas situações iriam ser solucionadas. No entanto, alguns pacientes, após a intervenção continuavam ou sentiam-se mais angustiados ainda, queixando-se de que os resultados não foram conforme eles esperavam. Verificamos também que, em alguns casos, após a cirurgia e a perda significativa de peso, os pacientes, depois de certo tempo, voltavam a engordar.

Essa situação observada nas equipes de cirurgia bariátrica foi o que impulsionou a investigação do reganho de peso em um Programa de cirurgia bariátrica, analisando o que ele evidencia sobre a obesidade. O objetivo do presente estudo foi investigar, a partir das queixas relacionadas ao reganho de peso, os aspectos que interferem no resultado do pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de produções científicas sobre a temática do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica, a partir do referencial psicanalítico, visto ser uma situação de grande ocorrência nos programas de cirurgia bariátrica e que tem preocupado muito as equipes que a realizam. Apesar do reganho de peso ser considerado uma preocupação para as equipes que realizam a cirurgia bariátrica, não encontramos muitas publicações sobre esse assunto. Por isso, destacamos a relevância desta pesquisa.

A pesquisa foi realizada no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Este é referência no tratamento cirúrgico da obesidade no Estado de Alagoas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O programa de cirurgia bariátrica nessa Instituição teve início em setembro de 2002 e, até dezembro de 2012, foram realizadas 308 cirurgias.

Na primeira seção serão apresentadas as revisões de literatura sobre obesidade, cirurgia bariátrica e reganho de peso. Iniciaremos sobre a definição, o diagnóstico, os riscos e a epidemiologia da obesidade; em seguida, sobre a prevalência do discurso da ciência que determina que a obesidade é uma doença que necessita de tratamento. Enquanto que nos estudos na área médica há uma generalização da obesidade e do tratamento, baseados em parâmetros pré-estabelecidos, será exposto que, na perspectiva da psicanálise há a prevalência da singularidade relacionada ao desejo. A seguir, apresentaremos as considerações sobre a cirurgia bariátrica e, por último, será tratado sobre o reganho de peso.

A definição do material a ser utilizado (livros, artigos, teses e dissertações) foi baseada nas discussões sobre a temática da obesidade, cirurgia bariátrica e o reganho de peso. O material utilizado foi encontrado nos periódicos da CAPES, do Scielo e da BVS, através dos descritores “obesidade e psicanálise”, “cirurgia bariátrica e psicanálise”, “obesidade e cirurgia bariátrica” e “cirurgia bariátrica e reganho de peso”. Nessa seção o objetivo é apresentar as informações obtidas na revisão da literatura e, a partir daí, verificar o que os estudos mostram sobre os fatores que podem contribuir para o reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Na segunda seção será exposto o percurso metodológico da pesquisa, onde apresentaremos as informações relacionadas ao estudo de caso como tipo de pesquisa e o motivo da escolha desse método. Para a realização do estudo de caso foi definida a utilização das informações dos prontuários dos pacientes operados nesse Programa; também o campo da pesquisa e o modo como o material foi organizado e analisado. O estudo de caso foi elaborado a partir das informações sobre o Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA.

Na terceira seção, intitulada “Estudo de caso: Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA”, apresentaremos, inicialmente, a caracterização do Programa e o fluxograma dos atendimentos e, em seguida, os resultados sobre as informações coletadas nos prontuários dos pacientes operados. Como o estudo se refere ao reganho de peso, iremos nessa seção identificar nos prontuários as queixas relacionadas ao reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Discutiremos os resultados desse estudo a partir da estruturação das unidades de análise (YIN, 2010). A definição e nomeação dessas unidades de análise foram baseadas nas discussões teóricas realizadas ao longo da pesquisa e no estudo de caso do Programa. Nessa seção pretendemos explicitar o que as queixas indicam sobre a obesidade, cirurgia e reganho de peso.

Por fim, será apresentada a conclusão desse estudo sobre o reganho de peso no Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA.

1 OBESIDADE, CIRURGIA BARIÁTRICA E REGANHO DE PESO

A obesidade, na atualidade, configura-se como um dos problemas mais preocupantes à saúde pública, devido ao aumento do número de pessoas obesas e dos problemas associados ao excesso de peso. A proposta dessa seção é tecer algumas considerações, a partir de pesquisas realizadas sobre a obesidade, sobre a cirurgia bariátrica e o reganho de peso no campo da medicina e da psicanálise. Para tanto, foram realizados levantamento bibliográfico e estudo teórico sobre esses temas.

A revisão da literatura foi realizada levando em consideração os estudos sobre essa temática. Através disso foi possível contextualizar aspectos fundamentais à estruturação da pesquisa e que facilitarão, em seguida, a discussão. Entendemos que os estudos realizados são fundamentais à realização de uma pesquisa, sendo, nesse caso, sobre o reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

1.1 Obesidade

1.1.1 Definição, diagnóstico e riscos à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como o excesso de gordura corporal que ocasiona uma série de riscos à saúde das pessoas (ROSENBAUM, 2012). Estudos no campo da medicina consideram a obesidade uma doença crônica e multifatorial, com alterações fisiológicas, bioquímicas, metabólicas, anatômicas, além das alterações psicológicas e sociais (DINIZ; MACIANTE, 2012).

De acordo com Rosenbaum (2012, p. 34), a etiologia da obesidade é multifatorial e o mecanismo de seu desenvolvimento não está totalmente esclarecido. Este autor aponta que as causas incluem “[...] combinação de fatores genéticos, endócrinos, comportamentais, socioeconômicos, psicológicos e ambientais”.

O diagnóstico da obesidade pode ser realizado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado de acordo com a fórmula: $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura (metros)}^2$. Esse índice é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar o perfil antropométrico dos adultos. A classificação do IMC é definida da seguinte forma (ROSENBAUM, 2012):

Quadro 1 – Classificação Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC	Classificação
18 a 24,9	Peso Saudável – obesidade ausente
25 a 29,9	Sobrepeso/ pré-obeso
30 a 34,9	Obesidade I
35 a 39,9	Obesidade II
Superior a 40	Obesidade classe III – Obesidade Grave ou Mórbida

Fonte: Rosenbaum, 2012.

Segundo essa classificação as pessoas com IMC acima de 25 já apresentam riscos de terem complicações decorrentes do sobrepeso. O fato de a pessoa pertencer à classificação de sobrepeso ou de obesidade já a relaciona a uma condição de risco. No entanto, quanto maior o IMC, mais elevados são os riscos à saúde.

Apesar de esse ser o parâmetro mais utilizado para a classificação da obesidade, existem também outros critérios que devem ser levados em consideração, ao avaliar os riscos da obesidade. A medida da circunferência abdominal demonstra ser mais precisa na avaliação do risco de complicações cardiovasculares. Por exemplo, quanto maior a circunferência do abdômen mais elevados são os riscos de hipertensão, diabetes tipo 2 e de outras doenças (ROSENBAUM, 2012).

A obesidade é considerada um fator de risco para o surgimento de diversas doenças, como:

[...] infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, dislipidemia, apneia do sono, artropatias severas, aumento da incidência de inúmeros tipos de câncer etc., além de contribuir para a redução da expectativa e da qualidade de vida dessas pessoas. (BERTI; CARAVATTO, 2012, p.3).

Além dos citados, Diniz e Maciante (2012) ressaltam a ocorrência de problemas emocionais e sociais associados à obesidade, bem como o fato de a obesidade grave ou mórbida ser a segunda causa de mortes preveníveis.

Apesar das informações preconizadas pela medicina e divulgadas nos meios de comunicação, sinalizando sobre os riscos da obesidade e a importância de seu controle, estudo

realizado por Berti e Caravatto (2012, p. 5) apresenta dados sobre o aumento de casos de obesidade no Brasil e no mundo. Esses dados retratam que “o Brasil conta com aproximadamente 65 milhões de indivíduos com sobrepeso, 14 milhões de obesos e 4 milhões de obesos mórbidos”. Quanto à faixa etária, os adultos jovens pertencentes ao grupo compreendido entre 18 e 25 anos são os que, nos últimos anos, apresentaram maior índice de crescimento de casos de sobrepeso e obesidade.

Uma situação que tem ocasionado preocupação aos profissionais da área da saúde é o crescimento do número de crianças obesas e, conseqüentemente, o aumento de doenças associadas ao excesso de peso nessa faixa etária. Um estudo psicanalítico sobre a obesidade infantil ressalta que tem ocorrido o crescimento de crianças obesas e que a obesidade na infância é uma situação complexa, em que estão presentes vários elementos que podem ser compreendidos através da articulação entre o que é singular e o que se inscreve culturalmente (MACHADO, 2009).

Um documentário intitulado “Muito além do peso” (2012), que tem como tema central a obesidade na infância, retrata a situação de crianças que, diante do excesso de peso, não conseguem desfrutar da sua infância por apresentarem doenças que antigamente eram restritas aos adultos, como problemas cardíacos, respiratórios, diabetes, hipertensão, etc. Nesse documentário, são enfatizados os efeitos dos apelos do mercado alimentício dirigido às crianças e de como a má qualidade da alimentação tem ocasionado prejuízos às suas vidas.

1.1.2 Epidemiologia da obesidade

Os dados epidemiológicos sobre a obesidade ressaltam que tem ocorrido o crescimento do número de pessoas obesas, atribuindo isso ao “aumento populacional, envelhecimento da população, urbanização, maior oferta de alimentos e inatividade física” (ROSENBAUM, 2012, p.34). Esse crescimento epidêmico acontece no mundo inteiro e, atualmente, 65% da população vive em países em que o sobrepeso e a obesidade matam mais que a desnutrição (ROSENBAUM, 2012).

Caravatto et al. (2012, p. 15) chamam atenção para os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os quais revelam que, “aproximadamente 49% dos brasileiros apresentam sobrepeso, enquanto que 14,8% são obesos”. A obesidade tem crescido nas camadas populacionais menos favorecidas economicamente e nos indivíduos mais jovens.

Isso implica a necessidade de maiores investimentos financeiros para os sistemas de saúde, tendo em vista que a obesidade está relacionada ao desenvolvimento de doenças crônicas de difícil controle, como o diabetes tipo 2, a hipertensão, dislipidemias, entre outras (CARAVATTO et al., 2012).

Pesquisa do Orçamento Familiar (POF) realizada pelo IBGE entre 2008 e 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), apresentou dados referentes ao sobrepeso e a obesidade da população brasileira. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que, atualmente, tem ocorrido o aumento de casos de obesidade e que houve crescimento no percentual de pessoas com excesso de peso e de obesos. Os dados da pesquisa foram os seguintes:

O sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade, cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos e nada menos que 48% das mulheres e 50,1% dos homens acima de 20 anos. Entre os 20% mais ricos, o excesso de peso chega a 61,8% na população de mais de 20 anos. Também nesse grupo concentra-se o maior percentual de obesos: 16,9% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Informações importantes sobre a investigação da obesidade e do sobrepeso no Brasil também foram apresentadas em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2011 (BRASIL, 2012). Através de um levantamento chamado de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, por inquérito telefônico (Vigitel), foi investigada a ocorrência do excesso de peso e da obesidade em todas as capitais brasileiras. De acordo com esses dados a constatação da maior incidência de excesso de peso em homens foi verificada em Maceió (61,1%), Porto Alegre (60,7%) e João Pessoa (59,2%) e nas mulheres, em Porto Alegre (50,7%), Fortaleza (49,6%) e Manaus (48,3%). Informações obtidas nessa pesquisa revelaram que, a maior frequência de excesso de peso em homens foi observada na camada populacional que possui maior escolaridade, enquanto que, das mulheres, foi a de menor escolaridade (BRASIL, 2012).

Quanto à obesidade, nessa pesquisa foi observado que, as maiores frequências de casos de homens obesos concentram-se no Macapá (24,2%), Natal (23,5%) e Manaus (20,2%) e de mulheres, em Porto Alegre (21,5%), Maceió (18,9%) e Macapá (18,6%) (BRASIL, 2012). Esses dados apontam que, no Brasil, a obesidade adquiriu proporções epidêmicas.

Estudos epidemiológicos apresentaram que, “a ingestão de alimentos em maior quantidade, com maior densidade energética, como também o fato de permanecer horas

sentado no sofá, vendo televisão ou ao volante, contribuem para o aumento de peso” (ROSENBAUM, 2012). Essas são situações presentes na sociedade atual, devido à oferta de uma variedade de alimentos industrializados e ricos em calorias e uma série de recursos tecnológicos que proporcionam às pessoas conforto, porém ocasionam sedentarismo.

Nesse cenário a obesidade configura-se como um problema que tem incentivado a população brasileira a buscar mudanças na rotina de vida. Isso inclui as dietas e a prática de exercícios físicos.

1.1.3 A obesidade é uma doença

Como visto no item 1.1.1, para definir e diagnosticar a obesidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o sistema de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). Partindo desse referencial, os indivíduos com IMC acima de 30 são classificados como obesos e os que estão com o IMC acima de 40 são nomeados portadores de obesidade grave ou mórbida. O discurso da ciência define a obesidade como uma doença crônica que necessita de um tratamento para o seu controle. A partir dessa classificação, “ter um corpo gordo significa ter um corpo doente e disfuncional” (GOLFETTI, 2010, p. 19).

Diante disso, as informações que prevalecem sobre a obesidade estão baseadas no discurso estabelecido pela ciência. De acordo com Santos e Antunes (2006), o discurso da ciência preconiza alguns critérios que definem a obesidade como uma doença, chegando a atribuir-lhe uma condição de risco para o desenvolvimento de diversas patologias. Além disso, o diagnóstico da obesidade é realizado de forma objetiva, generalizando-o a partir de parâmetros pré-estabelecidos.

Conejo (2009) destaca que, de acordo com o Ministério da Saúde, a obesidade mórbida é o estágio que ocasiona mais comprometimento à vida das pessoas, afetando os aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Diante dos prejuízos à vida ocasionados pela obesidade, a medicina estabelece a importância do controle do excesso de peso através de dietas, atividades físicas e medicamentos. Quando as pessoas com diagnóstico de obesidade mórbida não conseguem a obtenção do sucesso com esses tratamentos, é indicada então a cirurgia de redução de estômago, conhecida também como cirurgia bariátrica ou gastroplastia.

A medicina, através de seus recursos tecnológicos, é convocada a realizar um diagnóstico e, a partir daí, instituir um tratamento que restabeleça a saúde e proporcione uma

melhor qualidade de vida. Os pacientes demandam um saber ao médico que os retire dessa condição ou que os legitime enquanto sujeitos portadores de uma doença.

Os pacientes cada vez mais se apropriam do discurso médico para falar de sua obesidade como doença. Isto colabora e exime o sujeito da sua responsabilidade frente à sua condição. O sujeito se desimplica da sua obesidade e delega que o médico – representante encarnado ‘do curador’ das doenças- ‘cure’ seu impulso frente ao prato, que o emagreça. (VASCONCELOS; SEPÚLVEDA, 2011, p. 97).

Pesquisa realizada por Sobral (2013) em um Programa de cirurgia bariátrica, aponta que o discurso médico predomina na compreensão da obesidade, onde o que mais circula na escuta aos candidatos à cirurgia bariátrica é o seguinte: “o doutor e a doutora disseram que seria bom para melhorar a qualidade de vida e o aumento desordenado do peso” (SOBRAL, 2013, p.88). Em outros casos, muitos pacientes vêm em busca de um tratamento baseado em uma série de informações obtidas através dos meios de comunicação, chegando com um saber construído sobre a obesidade e os tratamentos. Esse fato relaciona-se às considerações de Crespo (2008, p. 19) sobre obesidade e subjetividade, ao retratar que os pacientes apresentam “a reprodução de um saber, sem que, no entanto, houvesse uma implicação do sujeito”.

Gonçalves (2011) realizou um estudo em um grupo terapêutico de pacientes obesos de um hospital público, com o objetivo de investigar os discursos que circulam nesse espaço sobre a obesidade e a cirurgia bariátrica, propondo-se “visibilizar como os discursos sobre corpo obeso atravessam o grupo terapêutico e ajudam a constituir sujeitos da cirurgia bariátrica” (GONÇALVES, 2011, p.54-55). A autora ressalta que alguns pacientes reproduzem o discurso que trata a obesidade enquanto doença e ainda que os modelos baseados no saber da medicina passam a servir de referência para os cuidados com a própria saúde. A respeito disso, ela comenta: “a medicina é um saber e também produz um exercício de poder, conduz ações, condutas” (GONÇALVES, 2011, p. 62).

Isso retrata o poder que a medicina tem diante das pessoas obesas, ao estabelecer um diagnóstico e, a partir daí, dando uma série de orientações, consideradas necessárias à saúde e à vida. Diante disso, o que se fala da obesidade é baseado nesse saber. Porém, a psicanálise ensina que, mesmo diante do poder exercido pela medicina, cada paciente apresenta uma forma muito particular de lidar com a obesidade.

Lacan (1966/2001) afirma que, o mundo científico direciona à figura do médico uma infinidade de novos recursos terapêuticos, que o colocam à prova constantemente,

legitimando cada vez mais o poder da ciência e a importância desse, que detém um saber generalizado sobre a doença. Frente a essa situação, é ofertada “[...]a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu ticket de benefício com um objetivo preciso imediato” (LACAN, 1966/2001, p.10). A partir dessas questões, Lacan aborda a dimensão da demanda direcionada à figura do médico:

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. (LACAN, 1966/2001, p. 10).

Nessa relação estabelecida entre o médico e o paciente surgem as demandas do paciente, endereçadas à figura do médico. As pessoas que buscam um tratamento atribuem à ciência, representada pela figura do médico, a detenção de um saber que irá nomear a sua queixa como uma doença que necessita de tratamento. Nesse cenário, Lacan (1966/2001) ressalta que, sempre haverá algo que permanecerá fora do campo do que é modificado pela terapêutica ofertada, pois nem sempre aquilo que o sujeito demanda é o que ele deseja.

Gaspard (2012, p. 90) destaca que “a medicina se propõe restituir ou salvaguardar um estado de saúde conforme as normas sociais em curso” e que, no decurso de uma demanda de cuidados, o médico defronta-se com questões inesperadas “da linguagem sobre o desejo e sobre o corpo” (GASPARD, 2012, p. 90). Portanto, o paciente pode confrontar o médico com situações que fogem às orientações preconizadas pelo discurso da ciência.

Isso mostra que os médicos deparam-se também com resultados que nem sempre correspondem ao esperado. De acordo com Gaspard (2012), as demandas devem ser reconhecidas em sua singularidade, pois a experiência individual encontra-se presente nessa dimensão universal do contexto da doença e do tratamento.

No caso específico da obesidade podemos considerar que, apesar da oferta de uma intervenção cirúrgica que promete a perda de peso de forma rápida, existem os casos que não correspondem ao esperado, ocorrendo o ganho de peso. Essa é uma situação que tem preocupado as equipes que realizam a cirurgia bariátrica.

Considerando o poder que a medicina exerce sobre a obesidade e tratamentos, muitos pacientes falam da obesidade, isentando-se de qualquer questionamento acerca dessa condição. Isso ressalta a presença de um discurso muito ancorado no que a ciência preconiza e na prevalência da doença, e não do sujeito. Na perspectiva da medicina, há uma generalização

da obesidade e do tratamento, enquanto que, para a psicanálise, prevalece o que é singular e que está relacionado ao desejo, não incidindo sobre a necessidade de um tratamento x para uma doença y. Alberti, Gonçalves e Beteille(2011, p. 173) expõem que,

[...] enquanto a ciência trabalha a universalidade dos fenômenos que observa, a psicanálise busca dar conta justamente daquilo que é singular e que não é necessariamente observável, em primeira instância, só aparecendo ao longo do tratamento, à medida que o sujeito fala.

Apesar dos fatores de risco descritos pela medicina, a obesidade, a partir do referencial psicanalítico, também pode ser considerada um artifício de proteção ou de defesa encontrado por alguns (RECALCATI, 2002; SANTOS; ANTUNES, 2006). Com todas as informações sobre os prejuízos da obesidade à saúde, quais as razões que poderiam justificar a permanência de uma pessoa na condição de obeso? Ao considerarmos a singularidade, é possível abordar a obesidade não somente como uma doença pela qual determinado indivíduo é acometido.

Ao considerarmos a abordagem da medicina e da psicanálise na clínica da obesidade, destacamos que, apesar das diferenças, é possível a parceria entre esses dois campos. Diante disto, ressaltamos a importância em ponderar o seguinte: “o que a psicanálise reconhece e o que pode ensinar é a presença, o impacto e a ação de uma dimensão universal no particular do caso” (GASPARD, 2012, p.93). Esse é ponto que sinaliza a possibilidade de interlocução entre a psicanálise e a medicina.

1.1.4 Obesidade: sobre a necessidade e o desejo

Partindo do que foi apresentado no item anterior, 1.1.3, de que os pacientes não buscam um questionamento sobre a sua condição mas sim um tratamento para uma doença nomeada obesidade, nos interrogamos a partir da psicanálise, sobre a relação entre obesidade, necessidade e desejo.

A medicina estabelece, de uma forma objetiva, a necessidade de um tratamento diante do diagnóstico da obesidade. Quanto à psicanálise no campo da obesidade, Seixas (2009, p. 63) expõe o seguinte: “Não buscamos a cura como a medicina, tampouco a reinserção dos indivíduos nos dispositivos disciplinares e de controle, mas antes fazer operar o desejo”. Muitos pacientes falam do tratamento da obesidade como uma necessidade, tendo em vista as

dificuldades vivenciadas, decorrentes do excesso de peso. Porém, é nessa mesma via que atua o desejo.

Apesar da medicina ressaltar sobre os perigos da obesidade ocasionados à saúde, devido ao excesso de gordura corporal, existe algo, em alguns casos, que resiste à adesão ao tratamento proposto. Em pesquisa realizada com adolescentes obesos, Crespo (2008, p. 16) ressalta que, diante do tratamento médico a esses pacientes, há a presença de “algo que resiste à sua intervenção”. A partir da visão médica, este é um fator que constitui um obstáculo ao tratamento médico por não corresponder aos resultados esperados. Isso que desafia a proposta do tratamento pode servir de questionamento ao paciente e ao próprio médico, evidenciando a importância em considerar a singularidade, pois cada um vai se apresentar de uma forma muito particular frente aos procedimentos cirúrgicos.

A compreensão do que ocorre com cada paciente diante da obesidade e dos resultados diferenciados diante de um mesmo tratamento são pontos fundamentais. Isso nos remete ao seguinte questionamento: O que leva uma pessoa a comer sem limites e atingir um corpo excessivamente obeso, a ponto de colocar em risco a própria vida? A obesidade grave ou mórbida é uma condição em que o excesso de peso aponta para o risco de morte. Varela (2006, p. 85) ressalta que “a obesidade não se apresenta sozinha, traz consigo um acompanhante: a fome”.

Ao considerarmos que a obesidade grave é um fator de risco e que pode ocasionar até a morte, ressaltamos que a relação que alguns pacientes estabelecem com a comida pode indicar a presença da pulsão de morte. O conceito de pulsão de morte foi apresentado por Freud (1920), que a relaciona com a busca da redução da descarga pulsional através da eliminação da tensão existente.

Podemos entender que a busca dessa descarga pulsional poderá ser pela via da comida. De acordo com Recalcati (2002), o excesso de fome na obesidade se apresenta de forma voraz, não havendo a separação da fome humana, da animal. No entanto, o desejo é o que diferencia a voracidade da fome, no ser humano. Lacan (1958/1998, p. 633) afirma o seguinte sobre o desejo:

O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta-a-ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta.

Segundo Lacan (1966/2001, p. 12) “existe um desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura”. O mesmo autor comenta que a linguagem não se restringe somente à consciência e que é justamente na linguagem que a função do desejo pode estar situada.

Considerando as diferenças entre o inconsciente para Freud e Lacan, a descoberta de Freud (1915a/2006) sobre “a outra cena” no psiquismo humano, que ocupa um lugar desconhecido pela consciência, auxilia na compreensão da implicação ou não de cada paciente em sua obesidade. Essa situação retrata que determinados atos só podem ser entendidos se considerarmos a existência do inconsciente. Freud ressalta que “os dados da consciência apresentam um número muito grande de lacunas” (FREUD, 1915a/2006, p.172). Assim, em casos de obesidade mórbida, por exemplo, por mais que o sujeito fale de seu sofrimento diante do excesso de peso, é preciso contemplar a existência de outros elementos que o impulsionam a comer, comer e comer; conduzem ao ganho excessivo de peso e operam na contramão do emagrecimento.

O conceito de pulsão é o primeiro deles. Berg (2008, p. 59) pondera a respeito da obesidade que “a questão do desejo de comer, para além da necessidade biológica de se alimentar, remete-nos ao conceito de pulsão e à busca do prazer para além da satisfação das necessidades físicas”. De acordo com Freud (1915b/2006, p. 127) em “As pulsões e suas vicissitudes” a pulsão é definida como:

[...] um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (FREUD, 1915b/2006, p. 127)

Freud (1915b/2006) considera a pulsão formada por 4 componentes: pressão, finalidade, objeto e fonte. A pressão é compreendida como o motor e a quantidade de força que a pulsão representa. A finalidade está relacionada à satisfação pulsional. O objeto é através do qual a pulsão é capaz de atingir a sua finalidade e a fonte é compreendida como “o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão (FREUD, 1915b/2006, p.128). A pulsão é uma força que impulsiona o sujeito à busca de satisfação, porém nunca será plenamente satisfeita. No caso da obesidade, observa-se que esta se relaciona com a busca da satisfação pulsional, pela via do alimento.

Pesquisa realizada por Poggi (2007), com mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, descreve que, na constituição e controle da obesidade é importante contemplar a presença de conteúdos inconscientes relacionados aos modos de satisfação por via oral. A mesma autora apresenta que a satisfação pulsional não está exclusivamente ligada ao princípio de prazer, pois “a pulsão se satisfaz mesmo quando encontra desprazer e sofrimento” (POGGI, 2007, p. 51). Esse fato ressalta que, a satisfação pela via do alimento, pode estar associada à pulsão de morte. De acordo com Freud (1920/2006) o conceito de pulsão de morte relaciona-se à tentativa de um retorno a um estado inorgânico.

Outro ponto que merece destaque é que a satisfação nos remete a um outro elemento presente na clínica da obesidade – a necessidade. É recorrente a fala de que comer determinada quantidade de alimento é da ordem da necessidade. Miller (2005) afirma que a necessidade e o amor são formas de demanda de satisfação. Ele ressalta que, para Lacan, a criança, ao ser amamentada no seio materno, não corresponde somente à satisfação de uma necessidade, pois isso corresponde também à demanda de amor. Isso tem relação com o fato de que:

[...] à medida que a demanda de amor é frustrada, ou seja, à medida que a criança se decepciona com a demanda de amor que expressa em sua relação com o Outro materno, ela procura consolo, compensação, na satisfação da necessidade. (Miller, 2005, p. 113).

Lacan (1958/1999, p.227) nos ensina que, não existe a necessidade em estado puro, uma vez que “a necessidade tem sua motivação no plano do desejo, isto é, de alguma coisa que se destina no homem a ter uma certa relação com o significante”. As considerações realizadas por Pissetta (2008) em um estudo sobre a psicanálise no hospital, retratam que a necessidade está mais relacionada a uma situação de ordem fisiológica, onde “a necessidade seria necessidade de alguma coisa específica que traria a satisfação” (p. 174). Porém, a mesma autora ressalta que o homem não se satisfaz com algo que é pré-estabelecido, já que sempre estará presente o desejo.

Diante dessa afirmação, podemos observar que, na obesidade, a relação que se estabelece com o alimento não se refere apenas à satisfação de uma necessidade. Trata-se de algo que não se refere ao alimento, mas que este passa a ocupar o lugar e que proporciona a busca de satisfação da demanda de amor. Miller (2005) enfatiza que, quando a demanda de amor é frustrada, busca-se a compensação na satisfação da necessidade. Essas situações

corroboram com a ideia de que, na obesidade, a comida nunca proporciona essa satisfação, um dos motivos pelo qual o sujeito come em excesso.

No que se refere ainda à satisfação da necessidade, Miller (2005, p. 114) ressalta que “[...] não é o objeto real sozinho que a propicia, é o objeto como substituto”. A esse respeito, as contribuições de Recalcati (2002), a partir da leitura psicanalítica da obesidade, nos ajuda a avançar nessa temática. Segundo o referido autor, a devoração funciona como uma compensação pela via de um objeto real em que o alimento “permite compensar aquilo que não teve no simbólico, ou seja, o dom do amor, o signo da falta do Outro” (RECALCATI, 2002, p. 60).

Um terceiro aspecto que deve ser considerado é que, apesar de a cirurgia bariátrica ser uma indicação de tratamento para a obesidade, por considerá-la um grave problema de saúde, a obesidade pode ter uma função na vida do sujeito, onde “[...] a obesidade pode ser a solução que um sujeito encontra para se defender diante do gozo traumático que lhe é impossível subjetivar” (SANTOS; ANTUNES, 2006, p.201). Santos e Antunes (2006, p. 197) ressaltam que a obesidade, do ponto de vista psicanalítico, “não é um sintoma no sentido clássico de um enigma que dividiria o sujeito”. Na perspectiva dessas autoras, a obesidade pode ter a função de uma lei que regula e limita o sujeito “a desregulação (comer demais) é a própria regulação que o sujeito encontrou como solução [...]” (SANTOS; ANTUNES, 2006, p. 201).

Na mesma direção, Souza (2005, p. 151) assinala que, nos casos de obesidade, a comida passa a ser utilizada pelo sujeito como “uma forma de circunscrever um vazio, sem nenhuma mediação significativa”. Como forma de tentar preencher esse vazio, o sujeito continua comendo. Come quando está ansioso, angustiado, estressado, etc. Nesses casos, parece que a comida passa a servir como forma de alívio, porém, isso ocasiona o seu aumento de peso. Diante disso, nos questionamos sobre qual o lugar que a comida e a obesidade ocupam na vida desses sujeitos e o uso que fazem destas para lidar com as situações com as quais se depara em sua vida.

Ainda sobre a relação do sujeito com o alimento, Campos et al.(2012, p. 36) assinalam que:

[...] ao tomar o alimento como reparador da angústia, faz dele objeto de gozo e não mais um veículo promotor do laço social com o Outro. Portanto, o alimento se torna um objeto que vem saturar a angústia ligada à ideia de

privação do Outro. Assim, a fantasia de que o alimento faltará acarreta a angústia que, no fundo, representa a ideia de que o Outro falta.

Recalcati (2002) retrata que, na obesidade, há a dificuldade no processo de metabolismo simbólico e isso incide sobre o metabolismo fisiológico. Diante da dificuldade de metabolismo simbólico, o corpo “não desfruta da faculdade produtiva do símbolo, não é um corpo que fala, é antes, um corpo que sufoca” (RECALCATI, 2002, p. 56).

De acordo com Recalcati (2002), a obesidade em si não define uma estrutura clínica (neurose, psicose e perversão). Na clínica da neurose, há o uso do corpo obeso como uma forma de interrogar o desejo do Outro, quando engordar pode significar “[...] verificar seu valor de sujeito no desejo do Outro, além da função de objeto de seu corpo” (Recalcati, 2002, p. 54). Por outro lado, na psicose, a obesidade pode servir como um escudo “entre o sujeito e o Outro perseguidor” (RECALCATI, 2002, p. 71). Nesse caso, a obesidade serve como uma proteção contra a ameaça de fragmentação do corpo, especificidade da psicose. Essa situação revela sobre a importância da manutenção da obesidade para o sujeito.

E por fim, Recalcati (2002, p. 54) considera que o demasiado cheio do corpo na obesidade que se apresenta de forma tão evidente, convoca o olhar pelo horror onde “o caráter obscuro da evidência do corpo gordo revela, aqui, seu traço perverso: o sujeito se torna objeto que causa angústia no Outro”. Nesse caso, a obesidade pode ser a forma que o sujeito encontrou para ser visto pelo Outro e, livrar-se dela, pode desencadear a sensação da ausência do olhar do Outro (RECALCATI, 2002).

As situações expostas acima retratam que a obesidade não se restringe somente a uma doença da qual o paciente é acometido e que necessita de tratamento. Apesar de a obesidade acarretar risco à vida, torna-se importante considerar o lugar e a função que ela tem na vida de algumas pessoas.

1.2 Cirurgia bariátrica

1.2.1 Definição e resultados

De acordo com as orientações no campo da medicina, os métodos para o tratamento da obesidade consistem em mudanças do estilo de vida, que incluem as dietas e os exercícios físicos; tratamento medicamentoso e o uso de técnicas cirúrgicas (NISSEN et al. 2012). No entanto, devido ao fracasso nos tratamentos convencionais (dietas, exercícios físicos e

medicamentos), houve um aumento, nos últimos anos, no número de cirurgias realizadas no Brasil (MAGDALENO JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2010; SILVA, 2012).

Segundo Diniz e Maciante (2012, p. 13), “o termo bariátrico tem sua origem no grego bari, que significa fardo, peso e do latim iatria, que está relacionado ao tratamento médico”. Caravatto et al. (2012) ressaltam que o tratamento cirúrgico da obesidade é indicado para pacientes com IMC a partir de 40 kg/m, que não tiveram sucesso em tratamento clínico anterior e os que têm o IMC a partir de 35, que também tenham apresentado insucesso no tratamento clínico e sejam portadores de comorbidades graves, como o diabetes de difícil controle.

A cirurgia tem sido um procedimento bastante realizado em vários países, inclusive no Brasil (MANCINI; CERCATO, 2012). De acordo com Diniz e Maciante (2012, p. 13), a cirurgia bariátrica surgiu na década de 50 “como opção terapêutica para o controle da obesidade”. O início da cirurgia bariátrica no Brasil data de 1970 e, atualmente, nosso país ocupa o segundo lugar no número de cirurgias bariátricas realizadas no mundo (DINIZ; MACIANTE, 2012).

De acordo com o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da obesidade da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM (2006), as cirurgias bariátricas, que são conhecidas também como cirurgias da obesidade ou de redução de estômago, reúnem técnicas com respaldo científico, destinadas à obtenção da diminuição de peso e ao tratamento de doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele. Informações obtidas no Site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), demonstram que tem ocorrido um aumento no número de cirurgias realizadas no Brasil: em 2008 foram realizadas 38.000, em 2009 ocorreram 45.000 e 60.000 procedimentos cirúrgicos foram realizados em 2010. Informações recentes da SBCBM (2013) apontam que, em 2012, foram realizadas 72.000 cirurgias.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.942/2010 estabelece as normas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em que definiu as indicações, procedimentos e equipe. Quanto às principais técnicas cirúrgicas realizadas no Brasil, Caravatto et al. (2012) expõem que, de acordo com a resolução nº 1942/2010 do Conselho Federal de Medicina, os procedimentos cirúrgicos aprovados, são:

- Procedimentos restritivos: balão intragástrico, gastroplastia vertical bandada, banda gástrica ajustável e gastrectomia vertical.
- Procedimentos mistos: gastroplastia com reconstituição em Y de Roux, cirurgia de Scopinaro e cirurgia de duodenal switch.

Os dados do site da SBCBM apontam que a técnica cirúrgica mais utilizada no Brasil é a gastroplastia redutora, com by-pass gástrico em Y-de-Roux (GRYR), correspondendo a 75% das cirurgias realizadas devido à sua segurança e eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde 40% a 45% do peso inicial. Nesse procedimento é realizado o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço do alimento e promove o aumento de hormônios, promove a saciedade e diminui a fome, propiciando o emagrecimento.

Atualmente a cirurgia bariátrica é o procedimento considerado de maior eficácia no tratamento da obesidade mórbida, podendo proporcionar redução de peso associada à melhoria ou remissão de comorbidades e melhoria da qualidade de vida (YOKOKURA et al, 2011; SILVA, 2012). Assim, além da perda de peso, a cirurgia bariátrica proporciona modificações metabólicas que ocasionam a remissão do diabetes tipo 2 e da pressão arterial (DINIZ; MACIANTE, 2012).

Segundo Faria, O. P. e Faria, S. L. (2012) a cirurgia bariátrica é uma ferramenta poderosa para o tratamento da obesidade mas, segundo os autores, o bom resultado deste não depende apenas do desempenho técnico do cirurgião. É um tratamento que depende também da mudança de hábitos de vida dos pacientes que são submetidos a ela. A respeito dos benefícios proporcionados pela cirurgia bariátrica, Silva (2012) pontua que a perda de peso é o principal parâmetro utilizado para a avaliação do sucesso da cirurgia e que essa perda ocorre de forma acelerada, no primeiro ano de cirurgia, havendo redução do ritmo após essa fase.

Yokokura et al.(2011) realizaram uma pesquisa, na qual buscou-se compreender o significado de ser obeso e da cirurgia bariátrica para um grupo de pacientes que já realizaram tal procedimento. Os resultados apontaram que esses pacientes atribuíam o seguinte significado ao corpo obeso: feio, limitado e doente. Os pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica se referiam ao seu corpo, antes do procedimento cirúrgico, com “demasiada insatisfação relacionada à aparência física, que acarreta uma dificuldade em lidar com a dimensão do corpo de poder sentir prazer em se olhar, se analisar e gostar de si mesmo” (YOKOKURA et al., 2011, p.464).

Quanto aos significados atribuídos à cirurgia bariátrica foram relatados os seguintes: nascer de novo e ser normal. De acordo com esses pacientes, a cirurgia bariátrica representa uma possibilidade de ter uma vida saudável e funcional, porém, ainda existe a expectativa relacionada ao aspecto corporal que, de acordo com eles, só poderá ser melhorado após a realização da cirurgia plástica reparadora (YOKOKURA et al.,2011).

A avaliação dos resultados cirúrgicos, em pesquisa desenvolvida por Venâncio et al. (2011), indicou que os pacientes, após a cirurgia, apresentaram melhor qualidade de vida decorrente da diminuição do peso. Porém, esses autores sinalizam que a perda de peso e a melhoria das comorbidades não são critérios suficientes para avaliar o sucesso cirúrgico, sendo necessário avaliar também as condições psíquicas, sociais e nutricionais.

1.2.2 Diretrizes do Ministério da Saúde para tratamento cirúrgico da obesidade

Por considerar a obesidade uma situação complexa, de risco à saúde e um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde preconiza o tratamento cirúrgico da obesidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através da portaria nº 628/GM, de 26 de abril de 2001. A partir dessa Portaria, foram estabelecidas as normas para cadastramento de centros de referência para a cirurgia bariátrica.

A Portaria mais recente sobre o tratamento cirúrgico da obesidade é a de nº 425, de 19 de março de 2013. Nessa portaria, houve a redução de 18 para 16 anos, a idade mínima para a realização do procedimento cirúrgico, nos casos em que a obesidade ocasiona risco à vida do adolescente. Institui também que seja realizada uma avaliação criteriosa do risco-benefício, por uma equipe multiprofissional. O anexo I da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, estabelece as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade. De acordo com essa Portaria a cirurgia bariátrica é indicada nos seguintes casos:

- a. Indivíduos que apresentem $IMC = 50Kg/m^2$;
- b. Indivíduos que apresentem $IMC = 40 Kg/m^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com $IMC >35Kg/m^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial

Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal, realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Nesse anexo também estão especificadas as condições que devem ser observadas quanto às contraindicações da cirurgia bariátrica. Os critérios são os seguintes:

- a. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. quadro de transtorno psiquiátrico não-controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves, sob controle, não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. doença cardiopulmonar grave e descompensada, que influencia a relação risco-benefício;
- d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior, que venha a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. síndrome de Cushing, decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

Os critérios expostos acima retratam que, no processo de avaliação à realização da cirurgia bariátrica, devem ser consideradas as condições orgânicas, psíquicas, familiares e cognitivas. Essa avaliação deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, devendo ter obrigatoriamente, em sua composição, um psicólogo.

Diante das indicações supracitadas, as equipes que realizam essa intervenção cirúrgica, estruturam os seus protocolos baseados nas Portarias do Ministério da Saúde, nas quais são estabelecidas as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e para os acompanhamentos pré e pós-cirurgia.

1.2.3 Psicanálise e cirurgia bariátrica

Observamos atualmente a presença da práxis psicanalítica nos espaços onde são realizados os procedimentos médicos. Vários psicanalistas abordam sobre a possibilidade dessa inserção, dentre eles, citamos a interlocução entre a psicanálise e a medicina no campo do hospital geral (MOURA, 2013), presença do dispositivo analítico no campo da avaliação

de candidatos ao processo transexualizador (ELIAS, 2013), da inserção e construção do lugar do psicanalista num programa de transplante de fígado (MORETTO, 2006) e a interlocução entre a psicanálise e genética no atendimento a pessoas com distúrbios do desenvolvimento do sexo (ZANOTTI; MONLLEÓ, 2012).

Como mencionado no item 1.2.2, apresentado acima, a Resolução nº 1942/2010, do Conselho Federal de Medicina e as Portarias do Ministério da Saúde, sendo a mais recente a de nº 425, de 19 de março de 2013, estabelecem que, para a realização da cirurgia bariátrica os pacientes portadores de obesidade mórbida ou grave, devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, devendo o psicólogo ser um dos componentes desta (CARAVATTO et al., 2012; BRASIL, 2013).

Nessa Portaria, é solicitado ao psicólogo que faça, no pré-operatório, uma avaliação do paciente para a cirurgia bariátrica e a realização de grupos com os pacientes, juntamente com a equipe multiprofissional. De acordo com Paegle e Gatto (2012, p. 131), no processo de avaliação psicológica no pré-operatório de cirurgia bariátrica, são avaliadas “a história pessoal, a trajetória do desenvolvimento da obesidade e suas repercussões no processo de vida e experiências que apontam para novas direções e para o ‘ser magro’ após o tratamento”. Quanto aos grupos, é dada ênfase à mudança de hábitos, com o objetivo de obter um resultado satisfatório, do ponto de vista objetivo, para a intervenção cirúrgica (BRASIL, 2013). A partir disso, são estabelecidos os protocolos de avaliação e acompanhamento dos candidatos à cirurgia bariátrica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisa realizada no campo da avaliação de candidatos ao processo transexualizador, ressalta que “O Ministério da Saúde, cada vez mais, convoca os psicólogos a dar seus pareceres por meio de avaliação das pessoas que são indicadas, do ponto de vista clínico, a realizar certo tipo de intervenção” (ELIAS, 2013, p. 187). Apesar do que foi exposto acima, não ser direcionado à cirurgia bariátrica, serve para discutirmos sobre a função do psicólogo no SUS, diante de procedimentos médicos realizados. Essa solicitação quanto à presença dos psicólogos nessas equipes, ocorre “porque algo da ordem subjetiva sempre escapa nesta tentativa de objetivação” (ELIAS, 2013, p. 191). Apesar de essa convocação ser uma possibilidade de entrada nesse campo, torna-se também um desafio, pois muitas vezes essa inserção já vem com a definição do que necessita ser realizado.

Diante da abertura desse espaço ao psicólogo, torna-se possível a entrada da Psicanálise na clínica da obesidade, em Programas de Cirurgia Bariátrica, como pode-se constatar a partir da produção científica de base psicanalítica sobre o tema (POGGI, 2007; SEIXAS, 2009; GOLFETTI, 2010). Nesse pedido, é solicitado ao psicólogo realizar a avaliação e o acompanhamento dos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Apesar de muitos pedidos serem direcionados ao psicólogo, de acordo com Elias (2013), atualmente existe também o apelo de algumas especialidades da medicina à psicanálise, podendo esta ser “o lugar de endereçamento daquilo que escapa à medicina” (ELIAS, 2013, p. 182). Essa afirmação pode ser articulada às considerações de Pacheco Filho (2012), que expõe sobre os avanços da medicina e sua prática, mas que, apesar disso “[...] deixam de fora sistematicamente ‘um resto’, que tentam foracluir. Resto que sempre retorna e que requer tratamento” (PACHECO FILHO, 2012, p. 56).

Pacheco Filho (2012, p. 57) assinala ainda que a contribuição da psicanálise no âmbito das instituições de saúde relaciona-se ao seu olhar voltado “[...] ao resto que a ciência moderna, em seu avanço, necessariamente deixa de fora do seu âmbito”. É justamente nesse resto que é deixado de fora pelo discurso da ciência, que a psicanálise encontra um lugar, a partir do discurso produzido pelo paciente no encontro com o praticante da psicanálise.

Quanto à presença do dispositivo analítico no campo das avaliações de candidatos a procedimentos médicos, Elias (2013, p. 182) apresenta o seguinte:

É importante salientar que a medicina, inicialmente, nada pede ao psicanalista. O pedido se dirige ao psicólogo, função que somos chamados a ocupar diante do panorama das novas resoluções que determinam a criação de equipes multiprofissionais, para avaliar casos clínicos em nome de um tratamento, da prevenção e do risco do que poderia ser um equívoco e, se assim for, contaminar a assepsia de um procedimento puramente técnico, em um corpo supostamente dessubjetivado.

Consideramos importante incluir a citação supracitada nessa pesquisa, pois a autora ressalta sobre o dispositivo analítico, não somente no campo das cirurgias transexuais, mas também no campo das avaliações de candidatos a procedimentos médicos, onde está incluída a cirurgia bariátrica.

Ao decidir fazer parte desse campo, o psicanalista passa a ser convocado a realizar uma avaliação do paciente para tal procedimento médico e, caso não apresente, do ponto de vista da medicina as condições satisfatórias, que ele seja preparado para isto (MORETTO,

2006). Vale ressaltar que existem os pacientes que recorrem ao atendimento desse profissional com o único objetivo de conseguir um parecer favorável ao procedimento cirúrgico, por ser uma exigência dos protocolos do Ministério da Saúde (SANTOS; ANTUNES, 2006).

Um ponto exposto por Elias (2013, p. 190) é que, apesar do uso dos protocolos ser oposto ao que é preconizado pela psicanálise, “não se trata de simplesmente desconsiderá-los, pois é necessário conhecê-los para que possamos inseri-los dentro de nosso campo de trabalho, sem relaxarmos em nosso rigor metodológico”. Os protocolos têm a função de “alcançar uma apreensão total e objetiva da doença” (CARVALHO, 2008, p.29), porém, tem algo da ordem do inconsciente que insiste em retornar e que se sobrepõe às objetividades desses protocolos, evidenciando assim a possibilidade do trabalho do praticante da psicanálise nesse campo.

Abordar um assunto inserido no campo da medicina requer uma compreensão do espaço que a psicanálise aplicada tem ocupado em relação a esse saber. Lacan(1966/2001), na conferência “O lugar da psicanálise na medicina”, aponta que o lugar ocupado pela psicanálise, em relação à medicina, é extraterritorial, não se posicionando como uma ajuda exterior, mas procurando manter a sua extraterritorialidade.

Enquanto que o discurso científico, baseado nas evidências clínicas, procura dar explicações e propiciar o tratamento ao paciente, a presença do praticante da psicanálise “demarca uma impossibilidade radical de tudo explicar, tudo curar, tudo entender (PISETTA, 2008, p. 176). Diante dessa afirmação, podemos considerar que esse ocupa um lugar em que procura manter a sua independência, mesmo estando em um espaço onde prevalece o discurso da medicina. A compreensão do fenômeno discursivo apresenta-se relevante para o estudo das questões relacionadas à obesidade, visto ser um campo onde está presente a medicina e a psicanálise.

Estudo realizado por Myssior (2013, p.385) sobre a experiência de inserção da psicanálise no campo da medicina destaca que, essa parceria poderá abrir novas possibilidades ao paciente “quando evoca o não-saber e, a partir daí, suas derivações criativas”. Isso ressalta que o atendimento poderá possibilitar ao paciente construir as suas próprias questões diante da obesidade e da cirurgia, não se restringindo ao saber da medicina. Nesse mesmo contexto, Lima (2013) destaca que, a maneira como o psicanalista responde às solicitações que são endereçadas a ele frente aos tratamentos, é um desafio, pois, “cada sujeito se apropria dos

significantes de uma determinada maneira, revelando, na clínica, as modalidades particulares de se inserirem no tecido social” (LIMA, 2013, p. 398).

Na questão referente ao discurso da psicanálise, nos espaços onde prevalece o discurso médico, cabe ressaltar que cada um ocupa uma posição baseada no seu discurso, pois sempre aparece algo que o discurso médico não consegue tratar, sendo necessária então, a inserção de outros discursos (MORETTO, 2001). Zanotti e Monlleó (2012, p. 251) ressaltam que a inclusão do discurso psicanalítico nas instituições de saúde, apresenta-se como um desafio, uma vez que esse discurso “aposta na fala e no saber inconsciente”.

Diante disso, vale pontuar que a obesidade, ao ser definida como uma doença que requer um tratamento, faz com que muitos pacientes cheguem aos atendimentos com um discurso pronto, baseado no que ouve de outras pessoas, pois o que torna-se fundamental nesse atendimento é obter um parecer que o libere para a realização da cirurgia, utilizando, muitas vezes, o corpo em excesso e nomeando-o de doente para falar sobre a necessidade da cirurgia bariátrica. Quanto a essa situação, Seixas (2009, p. 44-45) expõe:

Pode, muitas vezes, limitar-se ao pedido de uma “técnica” para emagrecer em que não esboça qualquer afetação: é a radicalização do esvaziamento discursivo que não veicula uma abertura na qual possa se inscrever um questionamento direcionado ao outro, mas sim a eterna expectativa de encontrar a fórmula mágica que possa livrá-lo desse estorvo que é a gordura.

Esse comentário retrata que, muitas vezes, a técnica cirúrgica, como uma possibilidade que irá proporcionar a perda de peso e obtenção de um corpo magro, é o que prevalece nesse cenário, pois o paciente ao procurar uma equipe de cirurgia bariátrica já chega com o pedido pela intervenção cirúrgica, não estabelecendo a formulação de nenhuma questão dirigida à equipe e a si mesmo sobre a obesidade e repercussões dessa intervenção cirúrgica.

No processo de acompanhamento aos pacientes obesos, Crespo (2008) considera que “um dos aspectos que nos parece fundamental, é aquele que introduz o sujeito obeso no centro da produção de um saber, que vai de sua queixa à sua história, saber que pode emergir a partir da sua fala e pelo desejo de escuta do profissional que o atende (CRESPO, 2008, p.16).

Lacan (1958/1998) apresenta que o desejo do analista é o ponto central da sua prática e que “cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para

colocar em seu vértice a questão do desejo do analista” (p. 621). Elias (2013) ressalta que a presença do analista nos espaços onde prevalece o discurso médico, é sustentada pelo desejo do analista, pois, só através deste torna-se possível “arriscar-se em situações em que vêem seu trabalho exposto a questionamentos e impasses” (ELIAS, 2013, p.184); visto que, a condução do tratamento baseia-se nos princípios da psicanálise, porém sem desprezar os parâmetros estabelecidos pelos protocolos seguidos pelas equipes.

As questões vivenciadas, diante da inserção em uma equipe, nos remete a considerar que frente às demandas contemporâneas “[...] estamos em um momento da construção de uma possibilidade, não sabemos como, a priori, mas sabemos que, com a presença, pode o analista criar a possibilidade de um trabalho na instituição” (MOURA, 2013, p. 409).

Apesar de o encontro com o praticante da psicanálise ser inicialmente para a obtenção de uma avaliação favorável à realização da cirurgia bariátrica, é justamente nesse encontro que poderá haver a possibilidade da construção de um saber do paciente sobre a sua obesidade e a realização da cirurgia bariátrica.

1.3 Reganho de peso

1.3.1 Definição e ocorrência

A cirurgia bariátrica é considerada um importante recurso terapêutico para o tratamento da obesidade mórbida, sendo apresentada como a única opção exequível para a perda de peso dos pacientes com IMC acima de 35, portadores de comorbidades e daqueles em que o IMC encontra-se acima de 40, tendo ou não comorbidades (DINIZ; MACIANTE, 2012). Apesar da perda de peso alcançada, a cirurgia bariátrica não garante a manutenção dessa perda ao longo do tempo, evidenciando que o reganho de peso, após transcorrido um certo tempo, é algo que pode ocorrer no pós-operatório (SILVA, 2011).

Quanto à avaliação dos resultados cirúrgicos, Silva (2012) destaca que a perda de peso é o parâmetro principal para a avaliação do sucesso da cirurgia. Outro ponto ressaltado por esta autora, em pesquisa sobre os fatores associados ao reganho de peso, após 24 meses de cirurgia bariátrica, é que no primeiro ano de pós-operatório a perda de peso é mais acelerada e que, após 2 anos de operado, há a prevalência do reganho de peso.

O peso readquirido após a cirurgia bariátrica é nomeado de reganho de peso. A palavra reganho significa “ganhar novamente, readquirir, recuperar, recobrar, reaver” (FRAQUES et al., 2011, p. 264). Segundo Carvalho Júnior (2013, p. 24), os termos “volta da, ou recaída na obesidade” também são utilizados para referir-se ao reganho de peso que ocorre no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Conforme observado na literatura, essa é a forma utilizada pelas equipes, ao aludir a ocorrência do aumento de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Nos últimos anos foram realizados alguns estudos (BELELI et al., 2011; SILVA, 2011; SILVA, 2012; BASTOS et al., 2013; CARVALHO JÚNIOR, 2013) com o objetivo de avaliar a ocorrência do reganho de peso no pós-operatório. Silva (2011) realizou um estudo com 316 pacientes operados, no qual foi observado o reganho de peso em 211 casos. Nesta pesquisa, o autor considerou como sendo reganho de peso qualquer valor adquirido após o peso mínimo obtido pelo paciente no pós-operatório.

Silva (2012) avaliou 80 indivíduos com mais de 24 meses de redução de estômago em um programa multiprofissional de cirurgia bariátrica e destes, 23 % apresentaram reganho de peso. Esta autora relata que o risco de reganho de peso aumenta com o passar do tempo e que a cirurgia não deve ser considerada um tratamento definitivo para a obesidade. Nesse estudo foi considerado reganho de peso o aumento superior a 10% em relação ao menor peso do pós-operatório. Foi constatado ainda, nessa pesquisa, que “algum reganho de peso é comumente observado pelas equipes de saúde, especialmente após 24 meses de cirurgia” (SILVA, 2012, p. 2).

A respeito do acompanhamento em casos de reganho de peso, Silva (2012) ressalta que a recuperação de peso no pós-operatório é um fator que pode comprometer os benefícios adquiridos com o tratamento cirúrgico, sendo importante identificar o que está ocasionando o reganho de peso, para que se possa determinar as condutas necessárias, após esse acontecimento. A mesma autora revela que “o monitoramento em longo prazo, pelas equipes de saúde, pode ser importante para a identificação e a intervenção precoces, diante de intercorrências, como o reganho de peso” (SILVA, 2012, p. 30). Um dos fatores retratados por esta autora é sobre a relação existente entre os transtornos alimentares e o reganho de peso no pós-operatório, onde “a presença de comportamentos alimentares prejudiciais pode diminuir a eficácia da cirurgia bariátrica e representar um risco para o reganho de peso por resultar na maior ingestão energética” (SILVA, 2012, p. 28).

Bastos et al. (2013), ao investigar sobre os fatores determinantes do ganho ponderal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com tempo de pós-operatório igual ou maior que 2 anos, relacionaram o ganho de peso ao tempo transcorrido do pós-operatório, ou seja, um maior aumento de peso após 5 anos de cirurgia. Outro fato apontado pelos autores é que, os pacientes que exercem atividade laboral relacionada à alimentação, passaram a apresentar aumento de peso no pós-operatório.

Para Beleli et al. (2011) a cirurgia bariátrica é um procedimento eficaz para a perda de peso, porém, o ganho de peso após 2 anos tem sido muito observado. Isso demonstra a dificuldade na manutenção do peso perdido após um tempo. Franques et al. (2011) ressaltam que há pacientes que tendem a recuperar peso, a partir do segundo ano de cirurgia devido à dificuldade em estabelecer mudanças em seus estilos de vida. Estudo realizado por Venâncio, Conceição e Machado (2011), sobre a fase pós-operatória tardia, resalta que existem casos em que não há um bom resultado cirúrgico e que isso está relacionado à dificuldade do paciente em seguir as orientações do tratamento após a cirurgia.

Carvalho Júnior (2013) realizou um estudo que teve como objetivo conhecer as vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e que obtiveram ganho de peso. Nesse estudo, foi observado que esses pacientes apresentavam:

[...] a existência de um ciclo vicioso que poderíamos começar a descrever iniciando pelo ganho de peso com diminuição da auto-estima, aumento da ansiedade e busca de comida com o alívio da ansiedade fechando este circuito (CARVALHO JÚNIOR, 2013, p. 65).

Poggi (2007), por outro lado, faz uma leitura psicanalítica sobre o aumento de peso no pós-operatório, ao ressaltar que o ganho de peso é um acontecimento que independe da vontade do paciente e da prática médica, pois:

Sabemos que toda ação do ser humano está determinada, sobretudo, por fatores emocionais inconscientes. Considerando tais evidências podemos supor que conteúdos emocionais e inconscientes estão implicados na dinâmica da constituição da obesidade e do seu controle. Não é sem razão que a obesidade apresenta-se como uma doença crônica (POGGI, 2007, p.12).

Essas considerações acima expostas, ressaltam que a obesidade envolve uma série de questões e que não basta somente intervir cirurgicamente com o intuito de tratá-la. O ganho

de peso no pós-operatório é algo que indica os limites da cirurgia bariátrica e a importância da escuta aos pacientes que vivenciam essa situação.

Pesquisa realizada sobre a ocorrência do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica demonstra que a presença de transtornos alimentares é uma situação que pode comprometer a eficácia do tratamento cirúrgico, por ocasionar uma maior ingestão de alimentos (SILVA, 2012). A seguir, destacaremos a presença da compulsão alimentar e da angústia no pós-operatório de cirurgia bariátrica e a ocorrência do reganho de peso.

1.3.2 Compulsão alimentar, angústia e reganho de peso

Estudos realizados no pós-operatório de cirurgia bariátrica consideram a compulsão alimentar como um dos fatores relacionados ao reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica (SILVA, 2012; CARVALHO JÚNIOR, 2013). Nesses estudos os outros fatores foram os seguintes: adaptação metabólica, aumento do consumo energético, sedentarismo e a não continuidade do acompanhamento com a equipe no pós-operatório. Nessa pesquisa, dentre esses fatores, nos deteremos à compulsão alimentar.

Machado et al. (2008) realizaram uma pesquisa sobre os indícios da compulsão alimentar em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, que constatou que os pacientes atribuíram os seguintes motivos aos episódios compulsivos: nervosismo, ansiedade, depressão e sentimentos de impotência, diante de situações difíceis de resolver. Nesse estudo foram observadas “[...] íntima relação entre a necessidade de comer e a dificuldade em lidar com os conflitos de maneira simbólica, considerando a obesidade necessária à manutenção do equilíbrio” (MACHADO et al., 2008, p. 188). Os mesmos autores ressaltam que a compulsão alimentar pode persistir, mesmo após a realização da cirurgia, permanecendo o alimento como uma forma de alívio, diante das situações conflituosas.

Existem também os casos em que há a troca da compulsão alimentar por outras compulsões, como: álcool, compras, jogos, sexo, etc. Um estudo apresentado por Gurfinkel(2011), realizado pela Unifesp, apontou que 20% dos pacientes operados trocaram a compulsão alimentar por outras compulsões. Quanto à relação existente entre ansiedade, depressão e atos compulsivos, Machado (2008) apresentou em seu estudo que “a compulsão pode surgir como calmante, anestésico, conforto ou ainda como mecanismo de compensação, diante da intolerância a determinadas faltas” (MACHADO, 2008, p. 41).

A questão da compulsão alimentar nos remete às considerações apresentadas por Freud (1915b/2006; 1920/2006) relacionadas ao conceito de pulsão e da compulsão à repetição. Esses conceitos retratam que a relação estabelecida com o alimento não está ligada somente à busca de prazer mas que relaciona-se também à satisfação pulsional. Esse é um ponto que sinaliza que, mesmo após a realização da cirurgia, o paciente pode comer compulsivamente a ponto de obter aumento de peso.

Estudo realizado por Porcu et al. (2011) revelou que, nos primeiros meses após a cirurgia, há uma perda de peso mais acelerada e que isso repercute na diminuição da ansiedade, porém, esta apresentou aumento nos meses subsequentes, enquanto que a diminuição da perda de peso não era tão acelerada como no início.

Quanto à angústia na obesidade, Recalcati (2002) considera que“ [...] é uma angústia de sufocamento que pode, às vezes, assumir a forma extrema da angústia de ser sufocado pelo peso do próprio corpo” (p.63). Nesse sentido o mesmo autor afirma que, na obesidade o corpo ‘demasiado cheio’ sufoca e aprisiona o sujeito. Outro ponto apresentado por Recalcati (2002) é que nos casos de obesidade em estrutura psicótica o sujeito necessita manter o peso do próprio corpo, onde “[...] a angústia surge, não tanto devido ao engordar, mas, paradoxalmente, devido à redução do próprio peso” (p. 72).

Estudo realizado por Seixas e Balbi (2013), retrata que a obesidade pode servir para alguns como uma capa de proteção contra a angústia. As mesmas autoras expõem que “não é possível simplesmente retirar com remédios, dietas ou bisturi a proteção que a gordura oferece” (p. 140), pois ao retirar o paciente pode, inconscientemente, buscar os meios de obtê-la novamente.

Para fugir da angústia e do que lhe causa mal estar, alguns pacientes no pós-operatório continuam comendo em excesso, pois uma intervenção cirúrgica não garante a modificação da relação que o paciente estabelece com a comida. Estudo realizado por Mairesse (2009, p.93) sobre a morbidez na obesidade, expõe que “o sujeito invadido por um sentimento de angústia, come compulsivamente buscando preencher, paradoxalmente, um vazio sem limites[...]”. Diante disso, o sujeito estabelece com o alimento uma relação onde há a busca de satisfação absoluta, através de uma repetição compulsiva a ponto de confrontar a pessoa com a própria morte (MAIRESSE, 2009). Esta autora compara esta situação com o uso extremo que o drogadito faz das drogas.

2 METODOLOGIA

Esta seção tem como objetivo apresentar a metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente trabalho. O percurso metodológico consistiu na definição e apresentação do tipo de pesquisa, do instrumento adotado e do campo de estudo e, em seguida, do modo como o material coletado foi organizado e analisado. Através desta pesquisa buscamos investigar o reganho de peso no Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, verificando o que ele evidencia sobre a obesidade.

2.1 Tipo de pesquisa: O estudo de caso

A partir dos objetivos da pesquisa o estudo de caso demonstrou ser um método favorável para o presente trabalho. A definição do estudo de caso do Programa foi baseada nas considerações de Yin (2010) que estabelece que a escolha do método depende da questão de pesquisa e, no estudo de caso, são investigadas situações em que se procura explicar “como” e “por quê” sobre determinado fenômeno.

O estudo de caso pode ser de indivíduos, instituições, organizações, processos, programas e até determinado evento (YIN, 2010). Quanto à definição do uso do método de estudo de caso, o mesmo autor cita que “o método também é relevante quando suas questões exigirem uma descrição ampla e ‘profunda’ de algum fenômeno social” (YIN, 2010, p. 24).

Segundo Chizzotti (2008, p. 135), o estudo de caso tem por objetivo reunir informações sobre “um determinado produto, evento, fato ou fenômeno social contemporâneo complexo, situado em seu contexto específico”. O mesmo autor ressalta que, para o estudo de caso, é necessária a coleta sistemática de informações sobre o objeto de estudo. Diante das considerações apresentadas acima, a proposta da pesquisa foi realizar a coleta de dados nos prontuários dos pacientes operados, com o intuito de obter as informações necessárias à realização do estudo de caso do Programa. Consideramos o registro realizado em prontuário pela equipe um recurso capaz de propiciar o acesso às informações necessárias ao estudo do reganho de peso, neste Programa.

De acordo com Moura e Nikos (2000, p. 71), no estudo de caso, delimita-se o que será o objeto de investigação da pesquisa; “nesta delimitação são selecionados fenômenos, temas ou questões norteadoras da pesquisa”. No Programa, observamos várias questões que podem

ser investigadas e, diante dessa diversidade de situações, optamos pela realização de um estudo referente ao reganho de peso baseado nas informações dos prontuários.

No que se refere ao estudo de caso, Silva (2013, p. 41) ressalta que “é composto enquanto uma história vai sendo construída, à medida que é escrita pelo(a) pesquisador(a)”. Essa é uma situação que aponta que, cada caso terá uma forma bem particular de ser construído, pois isto irá depender da questão da pesquisa, dos objetivos propostos e também de quem está escrevendo o estudo de caso.

A definição do que e como pesquisar, parte inicialmente do desejo daquele que se propõe a realizar uma pesquisa e da relação que este estabelece com o objeto de estudo. Ao realizar uma pesquisa, é estabelecida uma relação transferencial com os dados obtidos nela. Sobre a transferência no processo de construção da pesquisa em psicanálise, Oliveira e Tafuri (2012, p. 841) comentam: “Uma vez que a transferência é o principal instrumento de pesquisa em psicanálise, destacamos o alto grau de implicação daquele que se aventura a pesquisar neste campo”.

De acordo com Silva (2013) o caso se constrói como uma narrativa daquele que se propõe a estudá-lo. A mesma autora expõe que “O estudo de caso pretende conhecer os processos de uma história singular a partir dos elementos coletados, voltando-se para a singularidade do caso, ou para o estudo dos seus procedimentos, ou ainda para os modelos de funcionamento” (SILVA, 2013, p.43). Isto ressalta que, na situação específica do estudo de caso do Programa, pretendemos conhecer as especificidades deste Programa, identificando, através dos dados coletados, o que o torna singular.

Zanetti e Kupfer (2006) também consideram que, na produção de um caso clínico institucional, deve ser levado em consideração o que é produzido pelos profissionais da instituição. Na escrita do estudo de caso do Programa, foram levadas em consideração as informações escritas pela equipe, nos prontuários dos pacientes operados.

Quanto à construção de um relato clínico institucional, Zanetti e Kupfer (2006, p. 177) tecem as seguintes considerações:

O escritor que se propõe a escrever um caso a partir de um material institucional precisará estar disposto a capturar o enigma do caso, muitas vezes perdido entre as teorias estabelecidas sobre ele, descobrir e construir

os significantes que o compõem, devolver-lhes a polissemia, proporcionar a extensão da cadeia simbólica do caso e dar-lhe vida durante sua composição.

A construção de um caso clínico requer daquele que o produz “uma implicação significativa” (ZANETTI; KUPFER, 2006, p.177). Essa é uma questão que se estende também para o estudo de caso, pois, a partir dessa implicação, torna-se possível estruturar e fazer as considerações sobre o caso em estudo. A definição do estudo de caso do Programa possibilitou compreender o reganho de peso no pós-operatório em um Programa de cirurgia bariátrica, através das informações obtidas em cada prontuário.

Através dessa pesquisa, buscamos entender o que individualiza o Programa e o que torna possível caracterizá-lo como um estudo de caso. Pinto (2009, p. 2) propôs pensar cada instituição “como um caso clínico, dando ênfase à singularidade que o tratamento de cada paciente nos impõe”. Isso retrata que o Programa deve ser compreendido em sua singularidade e que o reganho de peso é uma questão que merece ser estudada a partir das informações obtidas no próprio Programa.

Em relação aos dados da pesquisa, Iribarry (2003, p. 125) ressalta que “o mais importante é que o pesquisador transforme sempre seu dado em texto”. A proposta desse trabalho foi o estudo de caso do Programa, a partir dos dados coletados em prontuário. Nessa pesquisa percebemos que o prontuário foi um instrumento de pesquisa, através do qual as informações possibilitaram desenvolver um estudo de caso sobre um Programa de cirurgia bariátrica.

2.2 O prontuário como instrumento de pesquisa

Ao definir o estudo de caso como o método dessa pesquisa, determinamos utilizar o prontuário como instrumento de pesquisa. Nestes, encontram-se as informações registradas por profissionais da equipe durante os atendimentos realizados. Ele é considerado um documento de acesso restrito (FLICK, 2009) e, no caso específico dessa pesquisa, a acessibilidade a ele só foi possível após autorização da instituição hospitalar mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Sobre a utilização de documentos em pesquisa, Flick (2009, p. 234) ressalta que “devem ser vistos e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos”. A realização de uma pesquisa que

tem como instrumento o prontuário, permitiu explorar o que foi registrado pela equipe, obtendo a partir daí, os subsídios necessários para caracterizar o ganho de peso nesse Programa.

A pesquisa que recorre a dados registrados corresponde a uma pesquisa de levantamento documental. De acordo com Turato (2011), o levantamento documental é um procedimento de coleta de dados, junto a registros escritos, tais como os prontuários das instituições de saúde. No que se refere à utilização dos dados de documentos em pesquisas, Flick (2009) afirma que, embora os registros em documentos não tenham sido produzidos para pesquisas, eles e as informações neles contidas podem ser utilizados para esses fins.

Nesse estudo, a escolha do uso do prontuário como instrumento de pesquisa foi baseada no interesse em realizar uma análise das informações registradas pela equipe do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, dos pacientes operados e que obtiveram ganho de peso. Diante dessa investigação, foi possível conhecer as especificidades desse Programa, principalmente no que se refere à questão do ganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Nos prontuários do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA estão registrados os dados sobre os atendimentos, procedimentos realizados e considerações sobre o paciente. Através destes, é possível ter acesso ao registro de todos os profissionais que atenderam aos pacientes, servindo também como fonte de coleta de informações para a realização de pesquisas. Barletta et al. (2012) ressaltam que, o registro em prontuário é um recurso que, além de possibilitar a elaboração de um plano de intervenção, a partir da história do atendimento, torna possível também o uso desses dados para fins de pesquisa.

A partir dos dados obtidos sobre os pacientes operados nesse Programa, recorreremos à psicanálise como referencial teórico, com o objetivo de compreender os aspectos envolvidos na temática da obesidade e, especificamente, no que se refere ao ganho de peso. De acordo com Rosa e Domingues (2010), a psicanálise traz uma dimensão própria de sujeito e objeto, constituindo o seu método de pesquisar como algo que é produzido na e pela investigação e onde o desejo do pesquisador faz parte da investigação. As referidas autoras afirmam: “[...] mais do que pelo tema e lugar, a pesquisa em psicanálise se define pela maneira de formular as questões” (ROSA; DOMINGUES, 2010, p. 182).

Nessa pesquisa consideramos o prontuário como um instrumento, através do qual, foi possível problematizar sobre uma temática que tem causado muitos questionamentos: o reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Um fato importante desse estudo foi reunir as informações sobre o Programa e, a partir daí, realizar a análise dos dados, recorrendo à psicanálise. O estudo sobre o reganho de peso no Programa, baseado nas informações registradas pela equipe, demonstrou ser uma estratégia que possibilitou a obtenção de informações relacionadas ao Programa, problematizando assim alguns pontos a partir dos objetivos e da questão de pesquisa.

2.3 Local da pesquisa de campo

O presente estudo foi realizado no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Este Hospital é o único do Estado que faz essa intervenção pelo SUS. A escolha desse Programa foi pelo fato de o mesmo ser referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS e por ter uma trajetória de 10 anos na realização desse tipo de cirurgia. O referido Hospital, além da função de prestar assistência à comunidade, dedica-se também às atividades de ensino e pesquisa.

Inicialmente, obtivemos algumas informações através de dados registrados pelo Serviço Social. Nesse contato, foram fornecidos os seguintes dados: data em que o Programa teve início, número de cirurgias realizadas, números dos registros de todos os pacientes operados, procedência e as datas em que as cirurgias foram realizadas. De acordo com as informações do Serviço Social, o Programa teve início em setembro de 2002 e até dezembro de 2012 ocorreram 308 cirurgias.

O Programa é formado por uma equipe multidisciplinar, composta por: cirurgiões, psicóloga, assistente social, nutricionista, cardiologista, endocrinologista e educador físico. O Programa baseia a sua atuação nas Portarias do Ministério da Saúde, sendo a mais recente a de nº 425, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013), que ressalta sobre a assistência de uma equipe multiprofissional como uma das exigências necessárias ao cadastramento das equipes junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Pelo fato de o estudo realizado recorrer aos dados em prontuários, tivemos acesso a estes no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) deste Hospital, pois é neste serviço que todos os prontuários ficam arquivados.

2.4 Aspectos éticos

Por ser uma pesquisa realizada através do levantamento de dados contidos em banco de dados, ela não apresenta nenhum risco ou dano aos sujeitos. Não será utilizada nenhuma informação que identifique ou exponha os pacientes. Devido ao fato de nessa pesquisa não haver a necessidade do contato direto com os pacientes, foi dispensado o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo utilizado o Termo de Consentimento do Uso de Banco de Dados.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, com base no parecer emitido pelo relator do processo nº 12314213.1.0000.5013, informou a aprovação do projeto de pesquisa, com base na Resolução nº 196/96. Após o parecer autorizando a realização da pesquisa, foi iniciada no mês de março de 2013 a coleta de dados nos prontuários.

2.5 Revisão da literatura

Após a definição da pesquisa sobre o reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica, foi realizada a revisão da literatura objetivando fazer um levantamento dos artigos, teses e dissertações. Iniciamos a pesquisa com uma revisão bibliográfica, englobando estudos sobre a temática da obesidade. As bases de dados consultadas foram periódicos da CAPES, do Scielo e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do uso dos descritores “obesidade e psicanálise”, “cirurgia bariátrica e psicanálise”, “obesidade e cirurgia bariátrica” e “cirurgia bariátrica e reganho de peso”.

Através desses descritores, foram obtidos artigos, dissertações e teses nas áreas da psicanálise, da psicologia, da medicina e da nutrição. A partir daí, realizamos a leitura dos resumos dos estudos compreendidos entre os anos de 2008 e 2012, ou seja, dos trabalhos publicados nos últimos 5 anos, onde foram selecionados 2 teses, 20 dissertações e 18 artigos das áreas citadas acima. Além disso, utilizamos livros e textos que, durante a leitura desse material, foram citados e que apresentaram relevância para o presente estudo.

2.6 Pesquisa de campo

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), solicitamos os prontuários ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) desta instituição. O SAME é o setor responsável por arquivo e gerenciamento desses documentos e, uma das atividades deste setor é colaborar na realização de pesquisas científicas. Para ter acesso aos prontuários, foi necessária a entrega, com antecedência, de uma listagem com o número do registro e nome dos pacientes. Às quintas e sextas-feiras, nos horários compreendidos entre 13h e 16h, foram os dias e horas estabelecidos pelo SAME para a coleta de dados, com o objetivo de realizar pesquisas.

Durante um período de 3 meses, comparecemos ao SAME às quintas e sextas-feiras, onde foram disponibilizados os prontuários que solicitamos com antecedência. Estabelecemos que os prontuários solicitados e que não foram disponibilizados, por não se encontrar no SAME, seriam solicitados mais uma vez na tentativa de acessar a todos. Nesse setor, os funcionários os separavam em uma sala, local este onde eram realizadas as leituras, bem como feitas as anotações necessárias ao estudo. Com o intuito de conhecer o que estava registrado pela equipe, iniciamos o processo de leitura das informações contidas nos prontuários dos pacientes operados.

Cada prontuário consta de folhas de evoluções, exames, ficha de identificação do paciente e informações sobre a cirurgia realizada. A leitura realizada foi referente aos registros dos cirurgiões, nutricionista e psicóloga. Nessa fase de leitura, observamos que os dados relacionados ao ganho de peso foi mais registrado pela nutricionista.

A seguir, serão apresentadas as informações obtidas nos Prontuários dos pacientes operados no Programa, evidenciando que esses dados permitiram ter uma visibilidade sobre o pós-operatório e a questão do ganho de peso.

2.7 Informações sobre os pacientes operados e o ganho de peso no Programa

Com o objetivo de obter informações dos pacientes operados no Programa, nessa etapa foram coletados os seguintes dados sócio-demográficos: idade, sexo e procedência. Coletamos também informações sobre o comparecimento ao atendimento ambulatorial com algum profissional nos últimos 2 anos e, desses pacientes, investigamos sobre a presença ou não do ganho de peso. Através dessas informações foi possível fazer um levantamento de

informações sobre o Programa, especificamente sobre os pacientes operados e da ocorrência do reganho de peso no pós-operatório. De posse desses dados, partimos para a investigação sobre o reganho de peso e queixas relacionadas a este acontecimento.

Após o levantamento sobre os pacientes operados no Programa, foi realizado o estudo sobre o registro do reganho de peso. Nessa etapa, foram identificados o número de pacientes que obtiveram reganho de peso, idade, sexo, procedência, tempo de cirurgia e as queixas registradas em prontuário relacionadas a essa situação.

Quanto às queixas, foram realizadas as anotações destas conforme registradas pela equipe. Essa precisão quanto aos registros foi para manter o mais fiel possível o modo como essas informações são registradas durante as consultas. A delimitação pela análise dos dados registrados pelo cirurgião, pela nutricionista e pela psicóloga, foi devido à indicação em portaria do Ministério da Saúde, do acompanhamento sistemático desses profissionais no pós-operatório.

2.8 Organização e análise do material coletado

Diante das informações coletadas, estas foram organizadas em uma planilha do Excel, contendo as seguintes informações: registro, sexo, procedência, idade na data da cirurgia, tempo de cirurgia, comparecimento às consultas, ocorrência do reganho de peso e queixas. A organização desse material foi fundamental para uma melhor acessibilidade a um grande número de informações, tendo em vista que tivemos acesso a 276 prontuários. Em seguida, os dados foram transformados em gráficos, com o objetivo de melhor organizar, visualizar e analisar essas informações.

Após a organização da planilha, foram elaborados 11 gráficos, a partir das informações obtidas nos 276 prontuários dos pacientes operados no Programa. Desse total, 6 gráficos apresentaram as informações desses 276 pacientes operados e, em 5 gráficos, foram expostos os dados relacionados a 48 pacientes operados e dos quais havia o registro em prontuário da ocorrência do reganho de peso.

Na etapa seguinte, foi realizada análise do material e a construção de unidades de análise (YIN, 2010), baseadas no estudo de caso do Programa. De acordo com Yin (2010, p. 154), para a realização da análise do estudo de caso devem ser definidas “o que analisar e por quê”. Essas unidades serviram de base à discussão apresentada na seção 3.5 dessa pesquisa.

Essa discussão foi baseada nas informações obtidas no estudo de caso, no estudo teórico realizado no decorrer da pesquisa e nos questionamentos realizados acerca do ganho de peso no pós-operatório.

3 ESTUDO DE CASO: PROGRAMA DE CIRURGIA BARIÁTRICA DO HUPAA

3.1 Caracterização do Programa

Em setembro de 2002 foi criado o Programa de cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL). O Programa foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como um serviço de referência no tratamento cirúrgico da obesidade (TOSCANO, 2010). O HUPAA é o único hospital no Estado que realiza a cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Vale destacar mais uma vez que, nesse Programa, são acompanhados os pacientes com diagnóstico de obesidade mórbida, que tenham indicação à cirurgia bariátrica.

No Programa, os pacientes são avaliados inicialmente pelos cirurgiões da equipe e, caso tenham indicação, do ponto de vista dos parâmetros utilizados para a realização da cirurgia, que incluem: valor do IMC, insucesso diante de tratamento clínico e comorbidades de difícil controle, são encaminhados para avaliação dos outros profissionais da equipe. No momento em que a pesquisa foi realizada, a equipe era formada por: assistente social, psicóloga, nutricionista, cirurgiões, cardiologista, endocrinologista e educador físico. Como descrito na primeira seção, no item sobre as diretrizes do Ministério da Saúde para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, nas Portarias, são estabelecidos os parâmetros de funcionamento dos serviços, que inclui a formação de uma equipe multidisciplinar na assistência aos pacientes. As Portarias do Ministério da Saúde mais recentes são as de nº 424 e 425 de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013).

A equipe do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA expôs os resultados do trabalho realizado, no livro “Obesidade mórbida: Abordagem multidisciplinar” (TOSCANO, 2010), que apresenta a experiência da equipe no Programa, enfatizando a importância da assistência multidisciplinar. O livro foi organizado por um educador físico e teve a colaboração dos profissionais das seguintes áreas: nutrição, psicologia, serviço social e cardiologia.

De acordo com Toscano e Barbosa (2010), o trabalho multidisciplinar proporciona uma melhor assistência aos pacientes do Programa e também a reflexão dos profissionais quanto à sua prática. Isso demonstra ser algo importante, pois o trabalho multidisciplinar é construído à medida que a equipe lida com os casos e considera as particularidades de cada

um. Quanto à prática da equipe no Programa, Crispim (2010) enfatiza sobre a importância dos espaços para a discussão de casos e os momentos de estudos que propiciam a interação desses profissionais. Conforme exposto na Portaria de nº 425, de 19 de março de 2013, a cirurgia é apenas uma etapa do tratamento cirúrgico da obesidade (BRASIL, 2013). Isso ressalta a importância dos momentos de discussão dos casos, levando em consideração os aspectos psíquicos e sociais de cada paciente, não se detendo somente à técnica cirúrgica realizada.

Apesar de o Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA ter como objetivo a realização da cirurgia para o tratamento da obesidade, a partir da experiência de um trabalho em equipe no Programa, Toscano e Barbosa (2010, p. 33) relatam que, o tratamento da obesidade não se resume a uma intervenção cirúrgica, pois “envolve mudanças de comportamento que, muitas vezes, entram em confronto com as preferências individuais e com as condições de vida oferecidas no contexto social em que o indivíduo se encontra”. Isso que é apresentado por esses profissionais do Programa enfatiza a importância em considerar a história de cada paciente e, não somente os parâmetros que definem a obesidade como uma doença e a necessidade do tratamento cirúrgico.

As Portarias do Ministério da Saúde estabelecem as diretrizes para o tratamento cirúrgico da obesidade, mas cada equipe constrói as especificidades de seu funcionamento, baseadas no que considera importante e de acordo com a realidade vivenciada. As informações obtidas sobre o Programa retrataram o modo como ele funciona, de modo que, apesar de haver a prevalência do discurso médico, que considera a obesidade como uma doença e que necessita de um tratamento, há espaço para outros discursos, através da inclusão dos profissionais da psicologia, da nutrição, do serviço social e da educação física.

O Programa, por ser a única referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS, recebe pacientes da capital e do interior do Estado. Esses pacientes necessitam de uma atenção e um acompanhamento do serviço social para viabilizar a realização da cirurgia, pois “as realidades de cunhos socioeconômicos e familiares desses usuários apresentam-se como fatores preocupantes à equipe, em decorrência dos gastos pré e pós cirúrgicos e a ausência de políticas públicas que amparem esse sujeito” (CRISPIM, 2010, p. 43).

Ser referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS é uma situação que indica algumas dificuldades, tanto no que se refere às questões institucionais, como também sociais, que envolvem os pacientes do SUS. No Programa, há escassez de profissionais para

atender ao número elevado de pacientes e ausência de um espaço físico mais adequado para a realização dos atendimentos. Esses são fatores que ocasionam “aumento da fila de espera para a cirurgia” (CRISPIM, 2010, p.45). Quanto aos pacientes, a mesma autora relata que muitos têm dificuldades financeiras que dificultam o seu comparecimento às consultas e também a manutenção de uma alimentação adequada ao tratamento. Apesar das dificuldades enfrentadas, os resultados obtidos no Programa refletem a possibilidade de realizar um trabalho de qualidade voltado aos pacientes portadores de obesidade mórbida, com indicação de cirurgia bariátrica pelo SUS (CRISPIM, 2010).

Diante das características do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, este é organizado através do estabelecimento de algumas rotinas no pré e pós-operatório. O modo como o paciente chega ao Programa é uma questão importante de ser apresentada nesse estudo, pois é o início de sua trajetória no tratamento cirúrgico da obesidade. Pesquisa realizada por Izidorio e Lima (2012, p. 149) apresenta a seguinte informação:

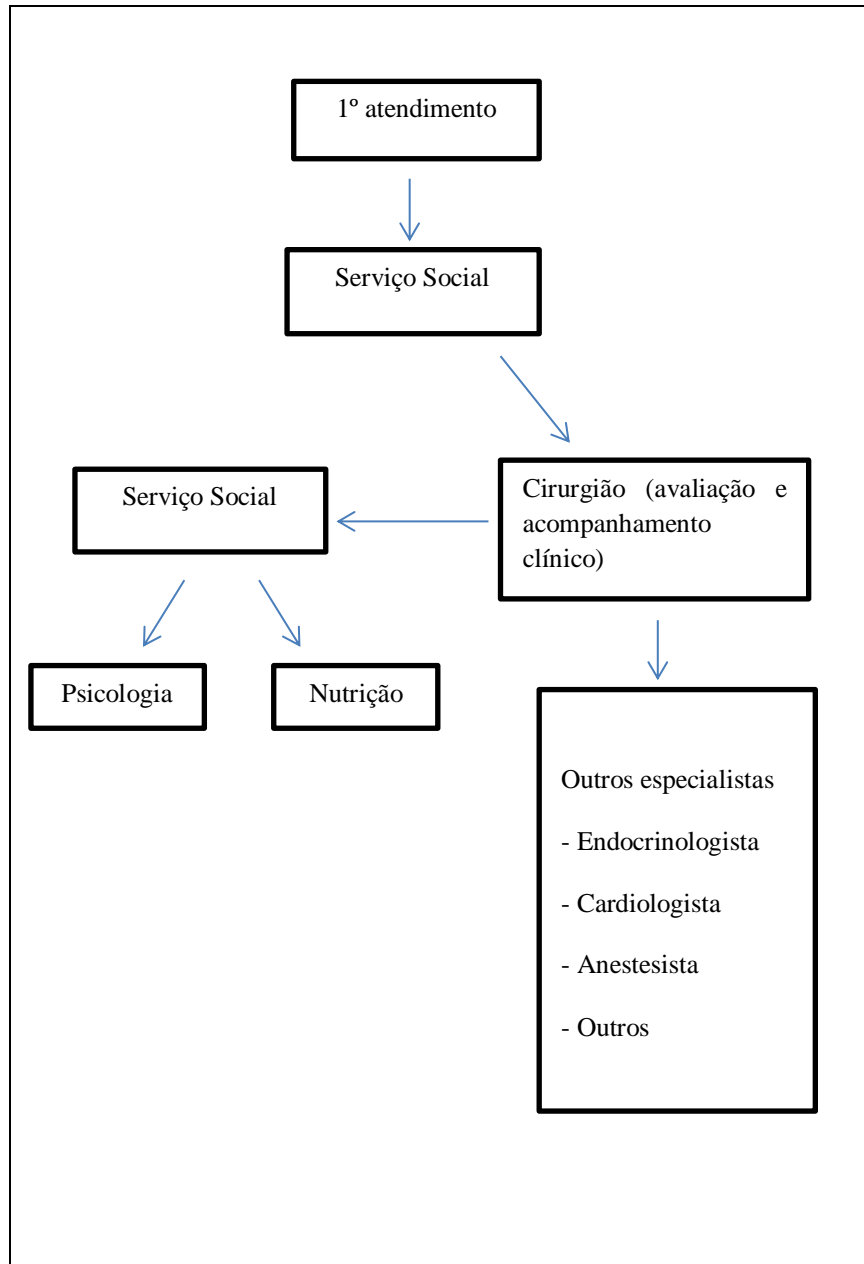
A busca pelo Programa ocorre principalmente pela referência entre os serviços e os profissionais de saúde, mas há também atendimento às demandas espontâneas aos usuários que buscam o hospital credenciado, após informações obtidas com pacientes, amigos e vizinhos que já se submeteram ao tratamento.

Nesse caso, os pacientes, ao irem em busca do Programa, vêm referenciados a partir do saber médico, que indica a realização da cirurgia, mas também por um saber que foi construído a partir do contato com outras pessoas que realizaram a cirurgia e que obtiveram resultados considerados satisfatórios. Porém, o encaminhamento ao Programa não significa a realização da cirurgia, pois a equipe de cirurgiões é que irá avaliar e definir a condição clínica e então, determinar se a conduta a ser adotada é a cirurgia bariátrica.

A seguir, será apresentado o fluxograma estabelecido pela equipe, quanto ao acompanhamento dos pacientes no pré-operatório.

3.2 Trajetória do paciente no Programa

Quadro 2 – Fluxograma de atendimento



Fonte: Serviço Social do Programa de Cirurgia Bariátrica, 2011 .

Esse fluxograma apresentado foi obtido no serviço social do Programa. Através dele, foi possível visualizar a trajetória dos pacientes desde o primeiro atendimento até o encaminhamento aos profissionais que realizam o atendimento no ambulatório do Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA.

O Programa tem uma rotina de funcionamento que estabelece que o ingresso do paciente é através do serviço social. A assistente social intervém com o intuito de assegurar ao paciente “o acesso à avaliação pela equipe de cirurgiões, tendo em vista a indicação médica, ou não, à cirurgia de obesidade” (CRISPIM, 2010, p.40). A avaliação médica é que define se o paciente irá fazer parte do Programa. A definição quanto à realização da cirurgia bariátrica é baseada nos parâmetros estabelecidos pelas Portarias, sendo a mais recente a de nº 425 de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013). Após o paciente ser avaliado pelo médico e tendo sido indicado para cirurgia bariátrica, ele retorna ao serviço social permanecendo também em acompanhamento com o cirurgião da equipe. A assistente social faz o encaminhamento do paciente à psicologia e à nutrição. Já os encaminhamentos às especialidades médicas, como endocrinologia, cardiologia, anestesia e outros que forem necessários, são realizados pelo cirurgião.

No serviço social são apresentados ao paciente a dinâmica e funcionamento do Programa e realizadas reuniões com os familiares dos pacientes que irão ser submetidos à cirurgia bariátrica (CRISPIM, 2010). Outra questão apresentada por esta autora é que a avaliação do serviço social está relacionada aos aspectos referentes à situação socioeconômica e familiar do paciente.

Na avaliação e acompanhamento com o cirurgião, o paciente passa por uma série de exames, com o objetivo de verificar as suas condições orgânicas para a realização da cirurgia. Como foi citado na seção 1, existem várias técnicas cirúrgicas aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina. A técnica utilizada no Programa é a derivação gastrojejunal em Y-de Roux (BASTOS et al., 2013), sendo esta a mais realizada no Brasil e no mundo (CARAVATTO et al., 2012). Esta técnica cirúrgica consiste “na confecção de uma câmara gástrica, cujo volume ideal não deve exceder 30 ml, a fim de restringir a quantidade de alimento ingerido” (CARAVATTO et al., 2012, p.24). Diante desta restrição na quantidade do alimento, o paciente passa por vários estágios quanto à ingestão alimentar: líquida, pastosa, branda e regular (MAGRO, 2012).

O paciente quando retorna do cirurgião para o serviço social é encaminhado à psicologia e à nutrição. No caso específico do serviço de psicologia, os pacientes no pré-operatório são encaminhados para a realização do atendimento individual no pré-operatório. Siqueira e Pontes (2010) ressaltam que, no processo de avaliação psicológica, são investigadas “a construção que o sujeito faz sobre a história de sua obesidade, seu

posicionamento frente à cirurgia e obesidade, a relação estabelecida com a comida e seu corpo, história do uso de bebidas alcoólicas e presença de doenças psiquiátricas” (SIQUEIRA; PONTES, 2010, p. 64). Essa avaliação é baseada nos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao tratamento cirúrgico da obesidade. Estes critérios estabelecem que a cirurgia bariátrica deve ser contraindicada quando o paciente apresentar limitação intelectual e que não tenha um suporte familiar adequado, presença de transtorno psiquiátrico não controlado e uso de bebida alcoólica ou de drogas (BRASIL, 2013).

Além do atendimento individual, o serviço de psicologia realiza o atendimento em grupo no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. De acordo com Siqueira e Pontes (2010), o Grupo de Apoio ao Portador de Obesidade Mórbida (GAPOM) ocorre quinzenalmente, com a participação de 20 pacientes, em média, e com uma duração de 90 minutos. A experiência do atendimento em grupo, nesse Programa, proporciona um espaço que “facilita a formação de vínculos, a discussão, a troca de experiências entre os pacientes e reflexão quanto a uma decisão tão importante na vida” (SIQUEIRA; PONTES, 2010, p. 65). A consolidação do grupo no Programa proporciona aos pacientes falarem de suas dificuldades e dos efeitos que a cirurgia tem para cada participante (SIQUEIRA et al., 2012).

Na avaliação do serviço de nutrição é investigada a história da obesidade, doenças associadas à obesidade, análise de exames laboratoriais, IMC, estilo de vida e sobre os hábitos alimentares (BARBOSA, 2010). De acordo com Barbosa (2010), a intervenção nutricional no pós-operatório imediato está relacionada à orientação quanto à dieta líquida e em seguida à evolução quanto à consistência e à observação da tolerância do paciente a essas modificações. No Programa, a orientação no pré-operatório visa minimizar as complicações após a cirurgia (BARBOSA, 2010).

Quanto ao acompanhamento do educador físico, Toscano (2010) relata que, o atendimento é realizado no pré e pós-operatório, à medida que os pacientes são encaminhados por algum profissional da equipe. Ao serem encaminhados, os pacientes passam por uma avaliação funcional e, a partir daí, são prescritos os exercícios físicos que são realizados com a supervisão do profissional (TOSCANO, 2010). Para a realização dessa pesquisa, antes do acesso aos prontuários, foi necessário contato com a assistente social do Programa, que disponibilizou uma ficha com o nome e o registro dos pacientes operados. De acordo com essas informações obtidas no Serviço Social do Programa, durante 10 anos (setembro de 2002 a dezembro de 2012) foram realizadas 308 cirurgias.

Da listagem disponibilizada pelo Serviço Social contendo 308 pacientes operados no Programa, foram localizados pelo SAME, durante um período de 3 meses, 276 prontuários. Justificou-se a exclusão de 32 prontuários, devido às seguintes situações: em dois o número de registro disponibilizado no serviço social não coincidia com o nome do paciente operado; em quatro nomes da lista não constava o número do registro; em um prontuário constatamos que o paciente não tinha realizado a cirurgia; em dois prontuários foi obtida a informação do óbito do paciente no pós-operatório, dezessete prontuários não foram disponibilizados pelo SAME, pois estavam no arquivo morto devido ao não comparecimento dos pacientes ao hospital, desde 2007; e seis prontuários foram solicitados, mas não se encontravam no SAME, devido ao agendamento prévio de consulta com algum profissional no hospital.

3.3 Sobre os pacientes operados no Programa

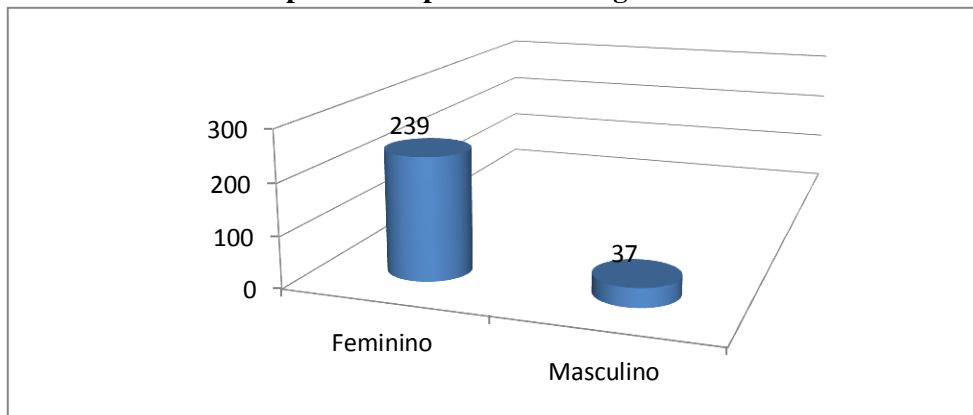
Através dos prontuários obtivemos informações referentes a 276 pacientes operados no Programa. Esses foram os prontuários que tivemos acesso no SAME durante a fase de coleta de dados.

Nos prontuários obtivemos as seguintes informações: sexo, idade (faixa etária), procedência, tempo de cirurgia, comparecimento aos atendimentos e reganho de peso. Nesse estudo, optamos pela utilização de gráficos como uma forma de apresentar os dados obtidos nos prontuários dos pacientes operados e, em seguida, identificar as queixas relacionadas ao reganho de peso registradas pela equipe.

Durante o acesso aos prontuários dos pacientes operados no período compreendido entre 2002 e 2012, organizamos os dados obtidos em gráficos (gráficos 1 a 5). Em seguida, foram identificados os prontuários em que havia o registro da ocorrência do reganho de peso (gráfico 6). A partir da leitura dos prontuários, no que se refere ao tema da presente pesquisa, foram organizadas as informações obtidas e elaborados os gráficos referentes aos pacientes que obtiveram reganho de peso, após 2 anos de cirurgia bariátrica, nesse Programa (gráficos 7 a 11).

3.3.1 Sexo

Gráfico 1 – Sexo dos pacientes operados no Programa



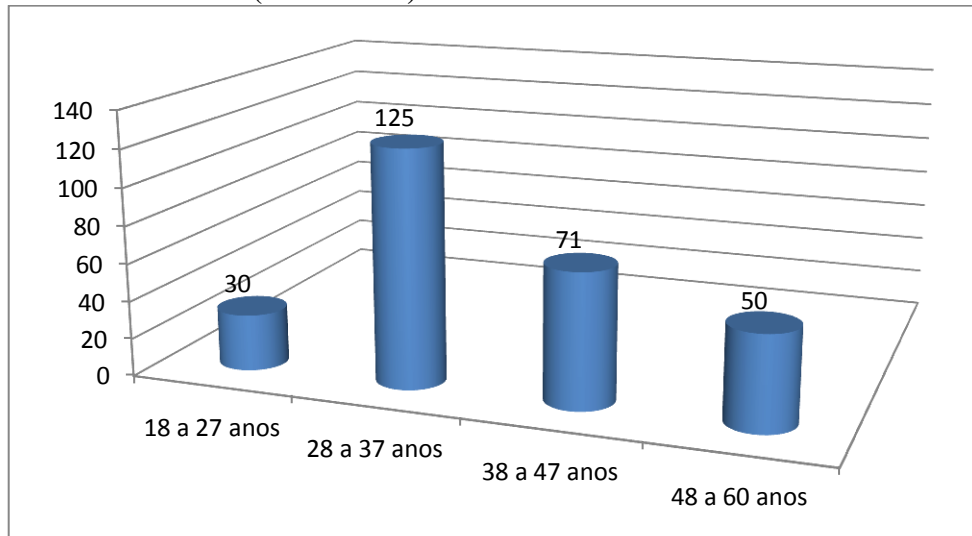
Fonte: Autora, 2013.

No gráfico 1, observa-se uma concentração maior de número de mulheres operadas, em comparação aos homens. A partir dessa informação, questionamos se a obesidade é mais frequente no sexo feminino ou se as mulheres são as que mais procuram a cirurgia bariátrica. Informações obtidas pelo site Agência Brasil (2013), apontam que cerca de 70% das cirurgias bariátricas realizadas no país são de mulheres entre 35 e 45 anos. Um estudo realizado por Poggi (2007) apresenta que, em hospital do nordeste em que na época foram realizadas 74 cirurgias, 55 foram em mulheres e 19 em homens.

O maior índice de mulher também nos remete a um dos aspectos da cultura atual, mencionados na introdução. Trata-se do destaque concedido ao corpo e da busca por modificações corporais, as quais impulsionam as pessoas a recorrerem cada vez mais aos recursos que são ofertados (FERNANDES, 2011). Apesar do objetivo principal da cirurgia ser a perda de peso e conseqüentemente as modificações metabólicas e remissão de comorbidades (DINIZ; MACIANTE, 2012), as questões estéticas também estão presentes, pois o corpo, diante da cirurgia, passa por todo um processo de modificação que repercute na imagem corporal.

3.3.2 Idade

A idade dos pacientes ao realizar a cirurgia no Programa, variou de 18 a 60 anos. Diante das informações obtidas, organizaram-se estes dados através das seguintes faixas etárias: 18 a 27 anos, 28 a 37 anos, 38 a 47 anos e de 48 a 60 anos.

Gráfico 2 – Idade (faixa-etária)

Fonte: Autora, 2013.

Houve um maior número de procedimentos cirúrgicos na faixa etária compreendida entre 28 e 37 anos. O menor número de cirurgias foi na faixa-etária compreendida entre 18 e 27 anos. A idade mínima estabelecida para a realização da cirurgia, na fase em que foi realizada a análise dos prontuários, era de 18 anos. Porém, na portaria do Ministério da Saúde nº 425, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013), houve uma redução da idade mínima para 16 anos, quando a obesidade ocasionar risco de vida ao adolescente. Pesquisa apontou o crescimento dos casos de obesidade nas camadas da população menos favorecida economicamente e em indivíduos mais jovens (CARAVATO et al., 2012). Os dados do IBGE (BRASIL, 2010) evidenciaram que o sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade e cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos.

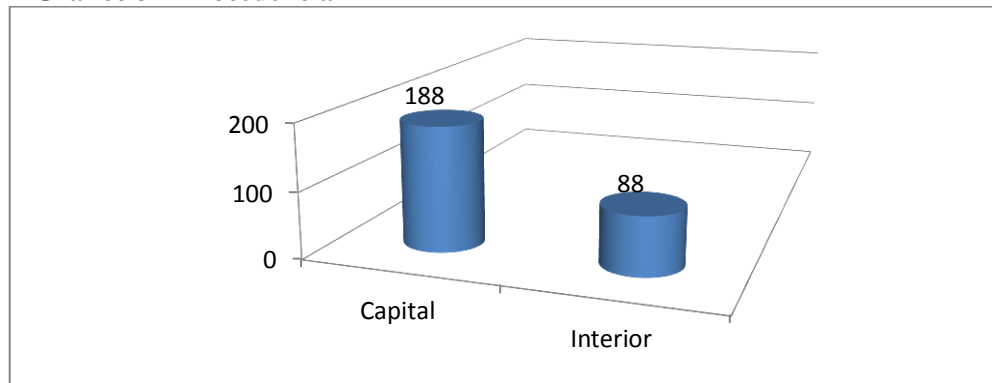
Além de ser constatado o aumento da obesidade nos indivíduos mais jovens, considera-se também que, no levantamento dos dados de prontuários, foi observado que houve um maior número de procedimentos cirúrgicos, que corresponde a 125 cirurgias, na faixa etária compreendida entre 28 e 37 anos. Os parâmetros estabelecidos para a realização da cirurgia bariátrica ressaltam que, para a realização da cirurgia bariátrica o paciente deve ter realizado anteriormente os tratamentos clínicos convencionais e não ter obtido sucesso nestes (CARAVATTO et al., 2012). De acordo com Nissen et al. (2010), esses tratamentos incluem as dietas, os exercícios físicos e o uso de fármacos. Porém, observa-se que, há casos em que as pessoas, ao invés de buscar os meios para emagrecer e evitar a cirurgia, pelo contrário, recorrem ao excesso alimentar para engordar e, a partir daí, obter o IMC que possibilite

realizar a cirurgia bariátrica. Esse é um fato que acontece porque algumas pessoas consideram a cirurgia o recurso mais fácil e eficaz no tratamento da obesidade.

3.3.3 Procedência

Quanto à procedência, organizamos os dados em capital e interior.

Gráfico 3 – Procedência

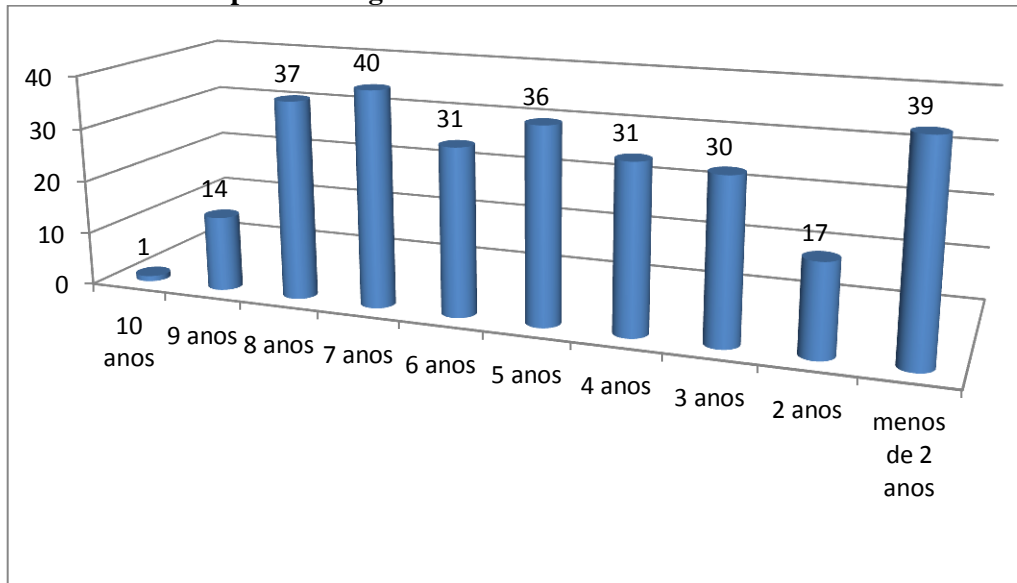


Fonte: Autora, 2013.

O gráfico 3 indica que a maior parte dos pacientes são procedentes da capital, correspondendo a 188 procedentes da capital e 88 do interior do estado. De acordo com levantamento realizado pelo serviço social do Programa, de 214 pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, de setembro de 2002 a dezembro de 2008, 68% residiam na capital, 29% no interior do estado e 3% de outros estados (CRISPIM, 2010). No levantamento realizado não foi encontrado nenhum prontuário de pacientes provenientes de outros Estados. Vale lembrar que, não tivemos acesso a 32 prontuários durante a fase de solicitação no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUPAA.

3.3.4 Tempo de cirurgia

Neste item consideramos a data em que a cirurgia foi realizada e, a partir daí, calculamos o tempo (em anos) da realização da cirurgia. Os dados obtidos, relacionados ao tempo cirúrgico, variam de 10 anos a menos de 2 anos.

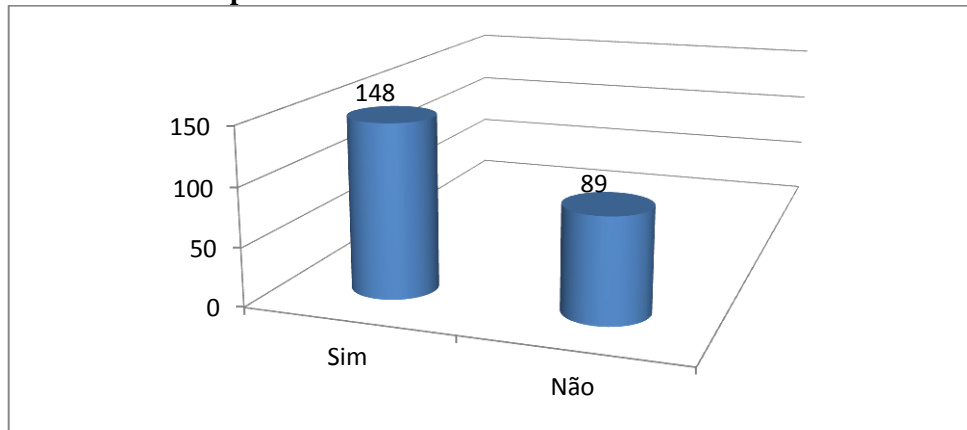
Gráfico 4 – Tempo de cirurgia

Fonte: Autora, 2013.

Com 10 anos de cirurgia, observamos somente o registro em 1 prontuário. Nesse período, iniciaram-se as atividades no Programa e a primeira cirurgia foi realizada em setembro de 2002, ou seja, próximo ao final do ano. Constatou-se também um menor número de pacientes operados com 2 e 9 anos de cirurgia, respectivamente. Podemos considerar que, o número baixo de cirurgias no segundo ano do Programa seja decorrente do início de suas atividades e, pelo fato de a equipe encontrar-se ainda em processo de estruturação quanto à sua rotina. Nos demais anos, observa-se certa constância no número de cirurgias realizadas. Consideramos que este fato seja decorrente de que, nesse período, já havia uma rotina estabelecida na instituição quanto à forma de funcionamento do Programa. Já a redução do número de pacientes com 2 anos de cirurgia, pode ser decorrente das dificuldades apresentadas por Crispim (2010), quanto à escassez de profissionais, ausência de um espaço físico adequado e dificuldades financeiras dos pacientes.

3.3.5 Comparecimento aos atendimentos

Neste item foram apresentadas as informações referentes ao comparecimento dos pacientes aos atendimentos. Estes dados são dos 237 pacientes com 2 anos ou mais de cirurgia. Foram excluídos os pacientes com menos de 2 anos, pois o objetivo do estudo foi investigar o ganho de peso no Programa e, as pesquisas que encontramos sobre o ganho de peso (SILVA, 2011; SILVA, 2012; BASTOS et al., 2013), foram realizadas com os pacientes com mais de 2 anos de cirurgia bariátrica.

Gráfico 5 – Comparecimento aos atendimentos

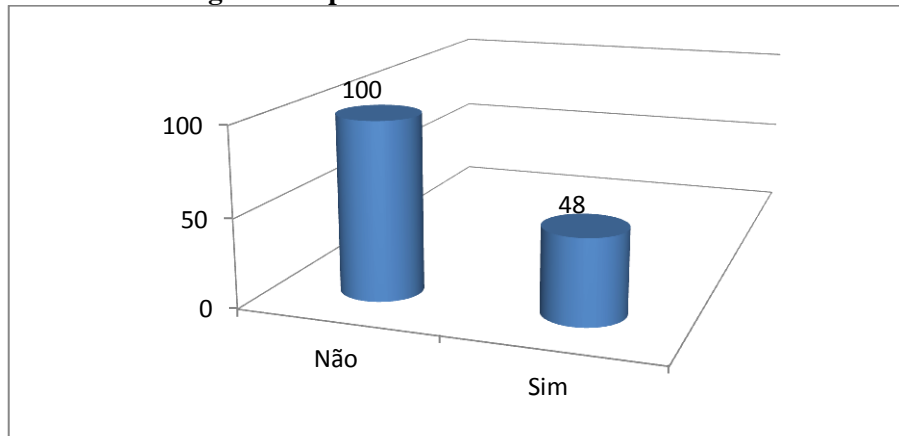
Fonte: Autora, 2013.

O gráfico 5 apresenta o número de pacientes que estavam comparecendo no momento da coleta de dados aos atendimentos com a equipe no Programa. De 237 prontuários, em 148 havia o registro de profissionais que indicavam o comparecimento ao Programa. Em 89 não havia o registro de atendimento em prontuário nos últimos 2 anos. De acordo com Crispim (2010), o não comparecimento às consultas, por alguns pacientes, está relacionado às dificuldades financeiras apresentadas.

3.4 Reganho de peso

Nas informações obtidas dos prontuários do Programa de cirurgia do HUPAA, constatamos o registro da ocorrência do reganho de peso no pós-operatório. Foi considerada, nesse estudo, a informação registrada pela equipe, quanto à ocorrência do reganho de peso.

As informações relacionadas ao reganho de peso foram investigadas nos 148 prontuários dos pacientes que estavam comparecendo ao Programa, na época da pesquisa de campo. Justificamos essa delimitação pelo fato de que, nos prontuários dos pacientes que não estavam comparecendo ao Programa, não havia informações suficientes que indicassem se havia ocorrido o reganho de peso no pós-operatório. A seguir, estão expostos os dados relacionados ao reganho de peso no Programa.

Gráfico 6 – Reganho de peso

Fonte: Autora, 2013.

Na análise das informações dos prontuários dos 148 pacientes que estão comparecendo ao Programa, observou-se que, em 48 havia o registro por parte da equipe da ocorrência do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. A profissional da equipe que mais registrou essa informação foi a nutricionista. Em 100 prontuários não foram observadas informações que apontassem a ocorrência do reganho de peso.

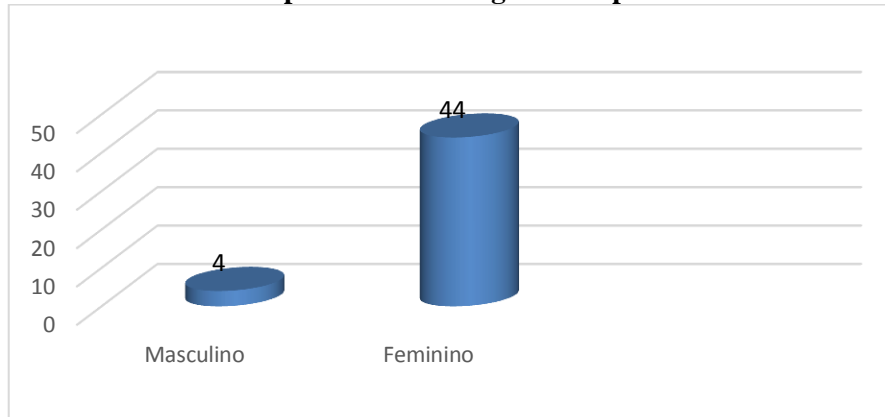
Apesar de a cirurgia bariátrica ser considerada um tratamento eficaz à obesidade (YOKOURA et al., 2011), que proporciona perda de peso, há casos em que os pacientes apresentam reganho de peso no pós-operatório. Esta foi uma situação observada no Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA. Apesar de a técnica cirúrgica ter sido a mesma, os resultados não foram iguais para todos os pacientes.

Consideramos importante, nesse estudo, construir, além dos gráficos referentes aos dados dos pacientes operados, os gráficos sobre as informações dos 48 prontuários de pacientes que apresentaram reganho de peso. Em seguida, as queixas registradas nesses prontuários, relacionadas ao reganho de peso, foram apresentadas através de um gráfico.

A seguir, serão apresentados os dados referentes aos 48 pacientes que obtiveram reganho de peso no Programa de cirurgia bariátrica.

3.4.1 Sexo

Gráfico 7 – Sexo dos pacientes com reganho de peso

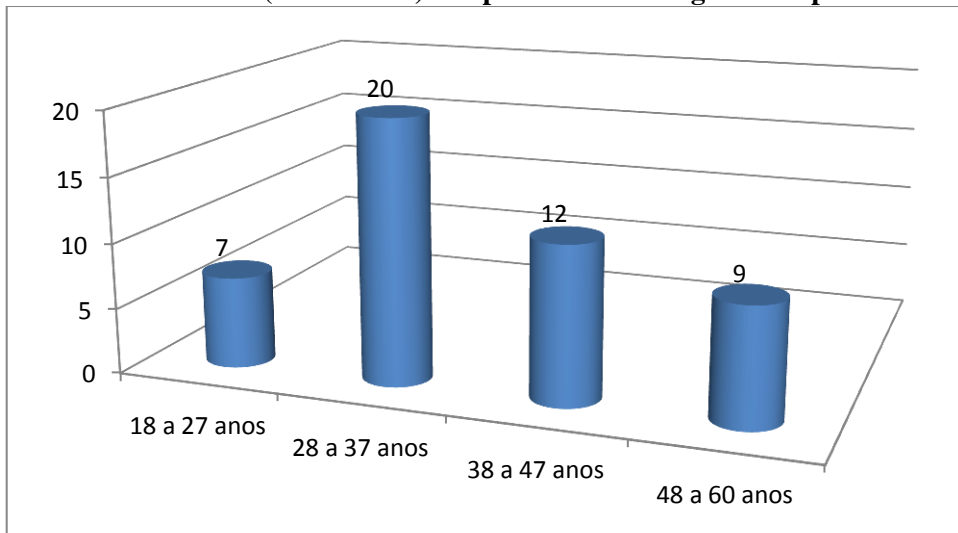


Fonte: Autora, 2013.

Dos pacientes com reganho de peso, 4 são do sexo masculino e 44 do sexo feminino. Devido ao maior número de mulheres submetidas à cirurgia, houve também um maior número de mulheres em que foi observada a ocorrência do reganho de peso.

3.4.2 Idade

Gráfico 8 – Idade (faixa etária) dos pacientes com reganho de peso



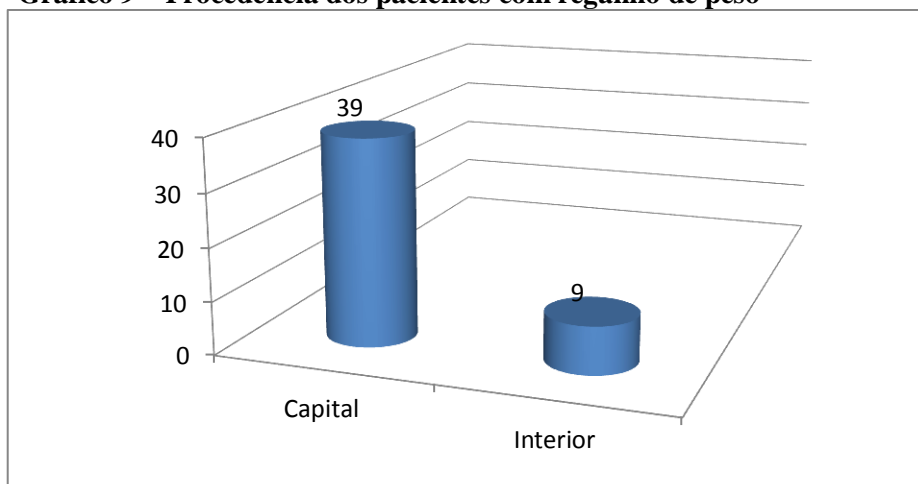
Fonte: Autora, 2013.

Nesse gráfico 8, a faixa-etária compreendida entre 28 e 37 anos, foi a que apresentou uma maior ocorrência do reganho de peso. Isso corresponde ao fato de ser também a faixa-etária onde houve um maior número de pacientes operados.

3.4.3 Procedência

As informações referentes à procedência dos pacientes com ganho de peso foram organizadas também em: capital e interior.

Gráfico 9 – Procedência dos pacientes com ganho de peso



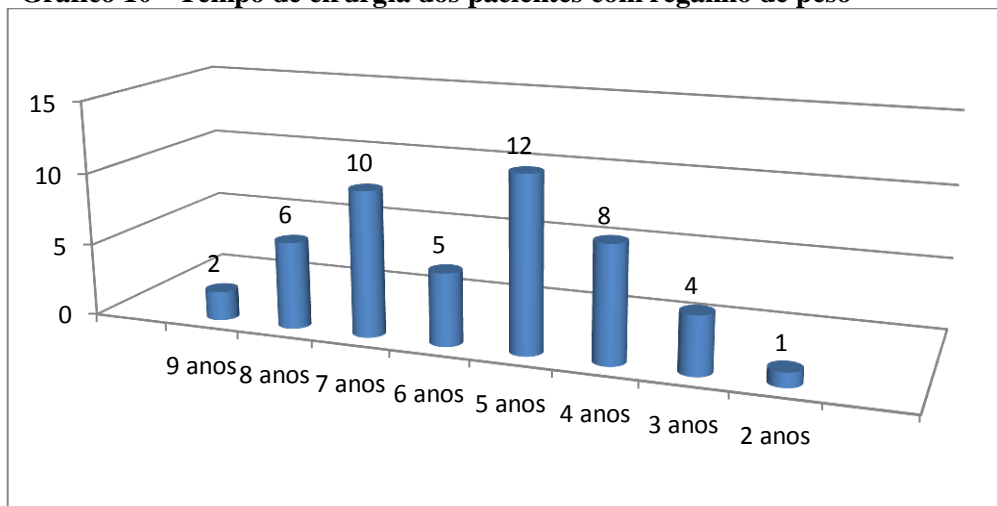
Fonte: Autora, 2013.

Quanto à procedência, 39 pacientes são da capital e apenas 9 procedem do interior do Estado. Isso corresponde também ao maior número de cirurgias realizadas em pacientes da capital do Estado.

3.4.4 Tempo de cirurgia

Quanto ao tempo de cirurgia dos pacientes que obtiveram ganho de peso, o resultado foi o seguinte:

Gráfico 10 - Tempo de cirurgia dos pacientes com ganho de peso



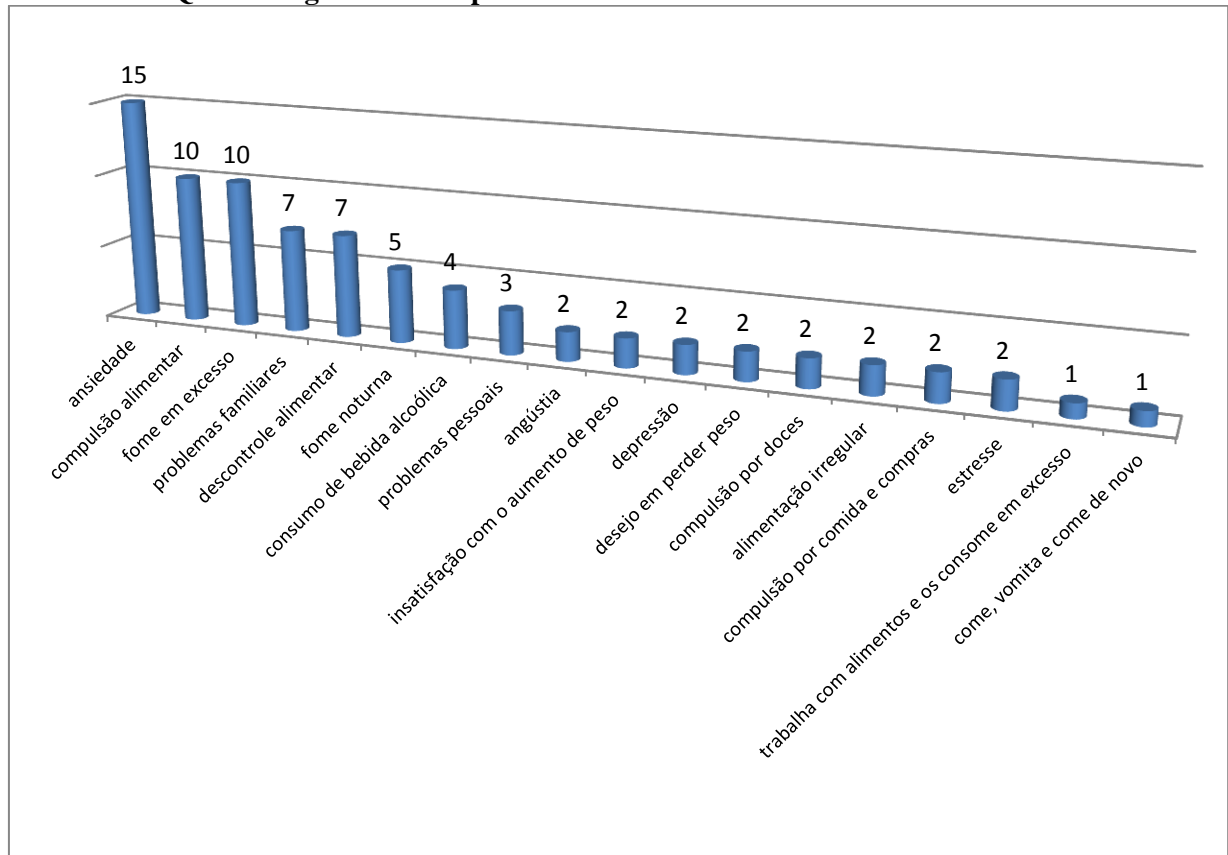
Fonte: Autora, 2013.

No que se refere ao tempo dos pacientes com reganho de peso, foi observado que houve um número maior de casos de reganho de peso nos pacientes com 5 anos de cirurgia e, em seguida, vêm os pacientes com 7 e 4 anos, respectivamente. O encontrado na literatura foi uma incidência maior de reganho de peso após 2 anos de cirurgia (SILVA, 2011; SILVA, 2012), sendo esse fator atribuído ao maior tempo transcorrido após a cirurgia (CARVALHO JÚNIOR, 2013) e a não adesão do paciente ao tratamento (XIMENES, 2009; CARVALHO JÚNIOR, 2013). Apesar de ter sido observado um aumento crescente do número de pacientes com reganho de peso com até 5 anos de cirurgia, houve uma diminuição nos pacientes com 6 anos de pós-operatório. Essa é uma situação que indica que o tempo transcorrido pode influenciar, porém, não foi nessa pesquisa um fator determinante.

Um dos objetivos específicos desse estudo foi identificar as queixas relacionadas ao reganho de peso. A seguir, será apresentado o gráfico com as queixas registradas nos prontuários dos pacientes com reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

3.4.5 Queixas

Gráfico 11 – Queixas registradas em prontuário



Fonte: Autora, 2013.

O gráfico 11 refere-se aos registros em prontuário das queixas dos pacientes durante as consultas com profissionais da equipe, relacionadas ao reganho de peso. Vale ressaltar que, em alguns prontuários, havia o registro de mais de uma queixa. Outro ponto observado na análise referente às queixas foi o registro destas por mais de um profissional, principalmente da nutricionista e do cirurgião. Essas queixas foram descritas nessa pesquisa do modo como estavam registradas no prontuário – “paciente queixa de...”. Esses registros referem-se às situações atribuídas aos pacientes, na ocorrência do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Podemos considerar que, as queixas registradas em prontuário nos indicam que a cirurgia não foi o suficiente para manter-se magro após a cirurgia. As queixas retratam que todos os pacientes que obtiveram reganho de peso, atribuíram uma causa a essa situação.

Os dados dos prontuários possibilitaram conhecer o Programa, no que diz respeito aos resultados cirúrgicos durante os seus 10 anos de funcionamento. Ao definir realizar o estudo do Programa a partir dos dados registrados em prontuário, foi possível ter acesso às informações dos pacientes operados nesse período e que foram registradas em prontuário pela equipe durante os atendimentos. Essas informações possibilitaram o acesso às queixas relatadas pelos pacientes e relacionadas ao reganho de peso no pós-operatório.

3.5 Unidades de análise

No estudo sobre o Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, definimos quatro unidades de análise (YIN, 2010) para discussão acerca da obesidade e do reganho de peso. As unidades de análise foram baseadas nas discussões teóricas realizadas ao longo da pesquisa e no estudo de caso deste Programa. São elas: Cirurgia bariátrica: entre a universalidade e a particularidade; As queixas e o reganho de peso; O que as queixas indicam sobre a obesidade e o reganho de peso?; e Do reganho de peso à demanda de saber?

3.5.1 Cirurgia bariátrica: entre a universalidade e a particularidade

Como foi mencionado no início dessa seção, o Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA é referência no tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS, no Estado. A realização da cirurgia é baseada no diagnóstico da obesidade, a partir de critérios objetivos, como o Índice de Massa Corporal (IMC) e a presença de comorbidades como, diabetes e hipertensão. A medicina enfatiza que a obesidade é uma doença que ocasiona riscos à vida e que o

tratamento cirúrgico à obesidade tem a sua indicação fundamentada nos cuidados necessários à saúde. Sem desconsiderar os critérios objetivos que justificam a necessidade da cirurgia, torna-se importante não reduzir a obesidade a uma doença que necessita de tratamento.

A teorização de Freud (1915b/2006) sobre o conceito de pulsão é muito importante para compreender que o tratamento da obesidade não se limita a uma intervenção cirúrgica que proporciona a diminuição do estômago, mas sim considerar que há uma força que impulsiona o paciente a ir em busca da satisfação. No caso da obesidade, isso pode estar relacionado aos modos de satisfação pela via do alimento, a ponto de ocasionar o aumento excessivo do peso. Esse é um ponto que indica que a relação que se estabelece com o alimento, não se restringe somente a uma necessidade orgânica e que uma intervenção cirúrgica não é o suficiente para modificar essa relação.

Na cirurgia bariátrica o estômago é reduzido com o intuito de diminuir a quantidade de alimento ingerido. Através do grampeamento de uma parte do estômago, há a redução do espaço do alimento e da produção de hormônios, o que proporciona a saciedade e a diminuição da fome e, conseqüentemente, o emagrecimento. Sabemos que, apesar de, tecnicamente, a cirurgia ter a proposta de diminuir a fome, isso não ocorre com todos os pacientes operados. Isso indica a importância de considerarmos, não somente, as questões objetivas e que podem ser mensuradas mas, estarmos atentos ao modo como cada paciente lida com os limites impostos pela cirurgia.

Constatamos que o discurso da ciência é reducionista ao referir-se à obesidade e seu tratamento. Isso pode ser observado através dos parâmetros que definem a obesidade como uma doença crônica. Os discursos que circulam ao falar sobre a obesidade, ressaltam a importância da adoção de estratégias com o objetivo de evitá-la e, nos casos onde ela já está instalada, que possam ser utilizados os meios de controlar essa doença. Nesse estudo, não pretendemos desconsiderar o que é preconizado pela medicina, mas sim, indicar a importância em incluir a escuta ao paciente, no campo de uma intervenção cirúrgica, como a cirurgia bariátrica.

Com o estudo de caso do Programa, consideramos que sua estruturação está diretamente relacionada ao discurso da ciência, que estabelece os parâmetros de que a obesidade é uma doença e que, nos casos de obesidade mórbida, há a necessidade do tratamento, através da cirurgia bariátrica. Essa indicação de tratamento baseia-se no

pressuposto de que, o paciente deve buscar ter saúde e qualidade de vida, através da diminuição de seu peso corporal (YOKOKURA et al., 2011). O discurso médico sobre o tratamento da obesidade é bastante direcionado a uma necessidade voltada à questão da saúde. Porém, os “fracassos” relacionados ao tratamento da obesidade podem ser um indicativo de que, nem sempre, aquilo que se apresenta como uma necessidade pode ser mantido.

Os parâmetros de saúde e de doença estabelecidos pela medicina prevalecem e incentivam a procura pela cirurgia bariátrica. Destacamos que houve um aumento expressivo do número de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil, a ponto de ocupar o segundo lugar no número de cirurgias realizadas no mundo (DINIZ & MACIANTE, 2012).

Os dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2006) confirmaram que, a cada ano mais cirurgias estão sendo realizadas no Brasil. De acordo com os dados do Programa, foram realizadas 308 cirurgias no período compreendido entre setembro de 2002 a dezembro de 2012. Esses dados retrataram os efeitos do discurso médico, provocados nas pessoas obesas atendidas pelo SUS, no Estado. O levantamento das informações sobre os pacientes operados no Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, indicaram que, muitos pacientes procuraram esse serviço com o intuito de realizar a cirurgia bariátrica. Mesmo diante da eficácia que é atribuída ao tratamento cirúrgico da obesidade, os pacientes e as equipes deparam-se com resultados que não correspondem ao esperado.

Por ser um Programa em que a proposta é a cirurgia bariátrica, para o tratamento da obesidade, geralmente os pacientes comparecem falando exclusivamente de suas limitações decorrentes da obesidade, como uma forma de justificar a necessidade da realização da cirurgia. Nos pacientes em que os comprometimentos orgânicos decorrentes da obesidade são mais graves, maiores são as justificativas quanto à urgência em realizar a cirurgia.

Outro fator marcante é que a cirurgia destaca-se, atualmente, como um tratamento eficaz à obesidade, sendo ofertada pela medicina como “a única opção durável para a perda de peso no paciente obeso mórbido” (FARIA E FARIA, 2012, p. 23). Porém, mesmo diante da eficácia que é atribuída ao tratamento cirúrgico da obesidade, o estudo de caso do Programa, demonstrou que essa opção nem sempre é durável, devido ao reganho de peso no pós-operatório.

Do ponto de vista universal, a cirurgia bariátrica é o tratamento mais indicado aos pacientes com obesidade mórbida, isso é baseado no saber científico, que generaliza a sua

prática através do uso dos protocolos, que definem a obesidade enquanto uma doença que necessita de tratamento. Ao tentar explicar tudo, baseado nesse saber que generaliza, há o risco de isentar o próprio paciente de sua responsabilidade frente à obesidade e tratamento. Porém, a psicanálise introduz, nesse campo, a singularidade, que só poderá ser considerada através da escuta a esses pacientes e da produção de um saber, a partir das questões vivenciadas no pós-operatório e, especificamente, relacionadas ao reganho de peso.

As diferenças que acontecem com cada paciente, diante da mesma técnica, apontam para a importância do reconhecimento à singularidade, pois a experiência individual encontra-se presente no contexto universal das doenças e dos tratamentos (GASPARD, 2012). Moura (2013) ressalta sobre a prevalência da universalização dos fenômenos e eliminação à singularidade no espaço hospitalar. Porém, a singularidade diante dos procedimentos médicos insiste em aparecer, seja através dos resultados cirúrgicos, seja na forma como o paciente se posiciona diante dessa equipe.

A medicina e os seus recursos voltados ao tratamento da obesidade têm proporcionado a significativa perda de peso em casos de obesidade mórbida. No entanto, em muitos casos, não se obtém os resultados esperados e o paciente apresenta reganho de peso no pós-operatório. Essa é uma situação que nos remete, mais uma vez, à importância em considerar a singularidade e não somente os parâmetros que definem a obesidade como uma doença que necessita ser tratada. A cirurgia bariátrica é uma intervenção que aponta que a obesidade é uma patologia que envolve, além dos fatores orgânicos, os aspectos de ordem subjetiva.

Diante da ocorrência do reganho de peso e da constatação de que os resultados não corresponderam ao esperado, observamos uma diversidade de queixas relacionadas ao reganho de peso, após a cirurgia bariátrica.

3.5.2 As queixas e o reganho de peso

Uma questão que consideramos importante nessa pesquisa, foi investigar o que estava registrado nos prontuários do Programa relacionado ao reganho de peso, no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Constatamos que, as queixas expostas pelos pacientes durante as consultas e registradas pela equipe, encontravam-se presentes nos 48 prontuários, ou seja, em todos eles havia o registro de queixas relacionadas à ocorrência do reganho de peso. Diante disso, passamos a considerar: A que se referem essas queixas? O que elas nos indicam sobre a

obesidade, cirurgia bariátrica e o reganho de peso? Por que elas estão presentes em todos os prontuários em que há o registro do reganho de peso?

As queixas dos prontuários referem-se às situações vivenciadas pelos pacientes no pós-operatório, às quais eles relacionam ao seu reganho de peso. Por ser o prontuário um documento que contém as informações registradas por diversos profissionais, constatamos que as queixas sobre o alimento, problemas familiares e presença de ansiedade e angústia, entre outros, foram consideradas no Programa de cirurgia bariátrica HUPAA durante as consultas.

Ressaltamos, mais uma vez, que as queixas foram transcritas, para a realização desse estudo, conforme registradas nos 48 prontuários. As queixas foram as seguintes: ansiedade; compulsão alimentar; fome em excesso; problemas familiares; descontrole alimentar; fome noturna; consumo de bebida alcoólica; problemas pessoais; angústia; insatisfação com o aumento de peso; depressão; desejo de perder peso; compulsão por doces; alimentação irregular; compulsão por comida e compras; estresse; trabalha com alimentos e os consome em excesso; come, vomita e come de novo (Gráfico 11, p. 68).

Uma das queixas dos prontuários refere-se à angústia. Para Recalcati (2002) na obesidade há a angústia de sufocamento no ‘demasiado cheio do corpo’ ocasionado pelo excesso de peso. Outro ponto abordado por este autor é sobre a angústia, nos casos de uma estrutura psicótica, diante da redução do próprio peso onde a manutenção da obesidade serve como proteção. Seixas e Balbi (2013) também ressaltam que há casos em que a obesidade oferece proteção a determinados sujeitos. Essas situações retratam que mesmo com a perda de peso após a cirurgia o paciente pode voltar a engordar, pois a angústia diante desta perda torna-se insuportável.

As queixas relacionadas à compulsão alimentar também foram registradas nos prontuários. Além da presença da compulsão alimentar no Programa, estudo realizado por Machado (2008) revelou que os pacientes atribuíam os episódios compulsivos ao nervosismo, ansiedade, depressão e a sentimentos de impotência, frente a situações difíceis de resolver.

Observamos também, nesses prontuários, as queixas relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e à compulsão por compras. Alguns estudos ressaltam o uso de bebida alcoólica e a compulsão por compras, no pós-operatório. Gurfinkil (2011) apresentou uma

pesquisa em que os pacientes trocaram a compulsão alimentar pela compulsão por bebida alcoólica, compras, jogos e sexo. No caso específico da pesquisa realizada no Programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, não podemos afirmar que houve somente o deslocamento da compulsão alimentar para outros objetos, pois, apesar de nos prontuários aparecerem essas queixas, elas vinham também associadas à questão do alimento (descontrole alimentar, fome em excesso, compulsão por doces).

As queixas registradas nos prontuários dos pacientes relacionam-se a ocorrência do seu reganho de peso no pós-operatório. Elas nos indicaram o que cada paciente considerou como um fator determinante para que isso estivesse ocorrendo. Consideramos as queixas, como uma via de acesso a determinadas informações dos pacientes, que serviram de indicativo para entendermos os motivos destes pacientes terem apresentado reganho de peso no pós-operatório. Elas nos indicaram que esses pacientes mesmo após uma intervenção cirúrgica, apresentam dificuldades quanto ao limite diante do alimento através da compulsão alimentar, da fome em excesso, do descontrole alimentar. Além disso, eles também atribuíram o reganho de peso a ansiedade, angústia, depressão e a fatores de ordem familiar.

3.5.3 O que as queixas indicam sobre a obesidade e reganho de peso?

Consideramos as queixas como um recurso que nos possibilitou o acesso a informações sobre a obesidade e o reganho de peso. Nesse estudo, apesar de ponderar os limites do material coletado, no que se refere à análise, as informações dos prontuários possibilitaram eleger alguns aspectos que serviram de reflexão sobre essa temática.

- O uso do corpo na obesidade

As exigências sociais relacionadas ao corpo, impulsionam as pessoas a recorrerem aos recursos ofertados (FERNANDES, 2011), fazendo com que invistam, cada vez mais, em um corpo dentro dos padrões que o discurso da ciência estabelece como saudável e que, proporciona satisfação. Diante disso, consideramos que a cirurgia bariátrica relaciona-se não somente às questões referentes à busca da saúde, mas também às modificações corporais. Porém, a cirurgia não garante que, com a perda de peso, a pessoa obtenha a satisfação com o próprio corpo. Isso nos leva a considerar que, as insatisfações com o corpo próprio não são recentes para a psicanálise, onde Freud (1930/2006) ressaltou que o corpo é uma das fontes de mal-estar do ser humano.

No contexto da obesidade, o corpo é descrito por Recalcati (2002) como “demasiado cheio” e que convoca o olhar decorrente da evidência do horror e da deformação. O corpo do obeso chama sempre atenção pelo excesso de peso, de doenças e de limitações. Ao realizar a cirurgia bariátrica o corpo passa por um processo de modificação, decorrente da diminuição do peso corporal.

Como o reganho de peso repercute diretamente no corpo, torna-se importante considerarmos o uso que cada um faz do seu próprio corpo. Recalcati (2002) aponta que o corpo pode servir para um uso subjetivo, onde estar gordo pode ser uma forma de o sujeito se confrontar com o valor que se tem no desejo do Outro. Além do uso da obesidade como uma forma de capturar o olhar do Outro e lhe causar angústia, a obesidade também pode ser “uma modalidade de interrogação histórica do desejo do Outro” (RECALCATI, 2002, p.54). Nesse caso, a obesidade tem a função de colocar à prova o valor do sujeito no desejo do Outro, interrogando-o constantemente, através do corpo.

As queixas relacionadas à insatisfação com o aumento de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica nos indicam que, apesar do paciente queixar-se deste aumento de peso e reivindicar uma solução, até que ponto este aumento de peso pode funcionar como uma forma de satisfação por confrontar o Outro com uma imagem oposta ao corpo idealizado.

- A função do alimento e da obesidade

O alimento não está relacionado somente a uma necessidade fisiológica, pois na obesidade ele pode ter uma função na vida das pessoas. Souza (2005) assinala que na obesidade a comida passa a ser utilizada pelo sujeito como “uma forma de circunscrever um vazio” (p. 151). Como forma de tentar preencher este vazio, o sujeito continua comendo. Come quando está ansioso, angustiado, estressado, etc. Nestes casos, parece que o alimento passa a servir como forma de alívio, mas que por outro lado ocasiona o seu aumento de peso.

Apesar da diminuição do estômago, a fome em excesso, uma das queixas encontradas nos prontuários, não é alterada. Diminui o estômago mas essa queixa indica que o ato de comer, o impulso frente ao prato não pode ser curado pelo médico (VASCONCELOS & SEPÚLVEDA, 2011), nos remetendo ao conceito de pulsão. “... sabemos que o corpo do qual a medicina se ocupa não equivale ao todo do sujeito e que o corpo como elemento simbólico não se domestica (VASCONCELOS & SEPÚLVEDA, 2011, p. 97). O reganho de peso pode

indicar justamente esta parte que não é domesticada e que é apresentada inicialmente pela via das queixas que surgiram durante os atendimentos.

O que impulsiona uma pessoa a queixar-se de uma situação que o incomoda, como a compulsão alimentar ou o seu descontrole frente ao alimento e mesmo assim continuar repetindo? A questão da compulsão alimentar nos remete às considerações apresentadas por Freud (1915b/2006; 1920/2006) relacionadas ao conceito de pulsão e da compulsão à repetição. Esses conceitos retratam que a relação estabelecida com o alimento não está ligada somente à busca de prazer mas que relaciona-se também à satisfação pulsional. Esse é um ponto que sinaliza que, mesmo após a realização da cirurgia, o paciente pode comer compulsivamente a ponto de obter aumento de peso.

No caso específico da obesidade, estudo realizado por Berg (2008) apresenta que a vontade de comer além da necessidade orgânica, remete ao conceito de pulsão e a busca de prazer que não se restringe à satisfação de uma necessidade biológica. As considerações referentes à relação que se estabelece com o alimento no pós-operatório não se restringe aos limites impostos pela intervenção cirúrgica.

Há estudos que consideram que a obesidade tem uma função na vida dos sujeitos. Santos e Antunes (2006) consideram que a obesidade tem a função de defesa que possibilita “se defender de um gozo traumático que lhe é impossível subjetivar” (p.201). Já Recalcati (2001) considera a obesidade, na psicose, como um escudo de proteção contra a ameaça de fragmentação do corpo; na neurose, como uma forma de interrogar o Outro e na perversão como um modo de convocar o olhar pelo horror e deformidade do corpo

Outro ponto exposto por Recalcati (2002) é de que tudo é consumido pelo obeso e que isto está relacionado à “ilusão de que nessa consumação infinita a ‘falta-a-ser’ do sujeito possa ser magicamente resolvida” (p.61). Alguns pacientes podem estabelecer com a cirurgia esta relação e buscar através dela a resolução para sua infinita falta, supondo o preenchimento através de uma resolução pela via da intervenção cirúrgica.

Varela (2006) ressalta que a fome é algo que sempre se apresenta junto à obesidade. A intervenção cirúrgica intervém diretamente em um órgão (estômago), através da redução de sua capacidade de armazenamento. Porém, isto não garante que a pessoa operada irá modificar a relação estabelecida com o alimento e que a operação possa repercutir na relação estabelecida com o alimento. O reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica

aponta que cada paciente vivencia as questões referentes à obesidade e cirurgia bariátrica de uma forma muito particular.

Com o reganho de peso constatamos que a interdição na relação estabelecida com a comida não acontece somente pela via de uma intervenção cirúrgica. A compreensão do que acontece nesta relação pode ser inicialmente considerada a partir de uma queixa, pois a percebemos neste estudo como algo presente nos prontuários e que foi considerado pela equipe durante os atendimentos.

3.5.4 Do reganho de peso à demanda de saber?

Apesar do reganho de peso ser visto, do ponto de vista médico, como um insucesso da cirurgia, apostamos que, a depender da presença de um analista, poderá também ser uma possibilidade do paciente se questionar acerca deste acontecimento. Carvalho (2008) ressalta que quando o resultado não corresponde, há a possibilidade de uma demanda endereçada ao analista. Assim, entendemos que o reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica pode servir de interrogação para alguns pacientes.

Como demonstram os dados do Programa, nem todos os pacientes operados obtêm o resultado que corresponde ao esperado. Tecnicamente, a intervenção cirúrgica visa proporcionar a restrição da quantidade de alimento ingerido (CARAVATTO ET AL., 2012) porém, o reganho de peso aponta que algo fracassou do ponto de vista dos resultados esperados.

O reganho de peso é uma situação com a qual as equipes que realizam a cirurgia bariátrica se deparam, como mencionado em pesquisas (SILVA, 2011; SILVA, 2012; BASTOS ET AL., 2013). Consideramos o reganho de peso, apesar de ser visto como um fracasso no campo do discurso médico, como uma possibilidade do surgimento de uma demanda e, a partir daí, uma possibilidade de confronto do paciente com seu próprio desejo. O estudo de Poggi (2007) apresenta que diante do procedimento cirúrgico existem os fatores “que escapam do domínio médico e do querer emagrecer do paciente” (p.12). A mesma autora considera a determinação dos fatores inconscientes “implicados na dinâmica da constituição da obesidade e de seu controle” (POGGI, 2007, p.12).

A respeito de questões relacionadas à cirurgia bariátrica, Rocha et al. (2009) apontam que “a cirurgia pode ter uma indicação necessária, mas os médicos, postos no lugar de mestres, só podem atuar naquilo que aparece” (p.93). E justamente o que mais aparece na

obesidade são os excessos (do corpo, da fome, das queixas, dos tratamentos, etc). Estes excessos podem servir como uma forma de evitar o contato com a própria falta e “de circunscrever um vazio, sem nenhuma mediação significativa” (SOUZA, 2005, p.151).

O reganho de peso pode propiciar ao paciente um questionamento e, a partir daí, a possibilidade de construir e elaborar fatos de sua história de vida através da “implicação no conflito do qual ele veio se queixar” (PISETTA, 2008, p.177). Isto aponta que no Programa as queixas que surgiram sobre o reganho de peso podem ser vistas como meras queixas, mas que, a partir da oferta de uma escuta analítica e do desejo do paciente, possibilita a inclusão do discurso analítico neste espaço tão marcado pelo discurso científico.

No decorrer deste estudo passamos a nos questionar sobre a possibilidade da construção de uma demanda, partindo da queixa endereçada ao Programa sobre a ocorrência do reganho de peso de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Cabe ressaltar que as indagações suscitadas ao longo deste estudo sobre esta situação, serviram como fonte de questionamentos, pois esta pesquisa foi baseada em dados registrados em prontuário por profissionais que acompanham os pacientes no pós-operatório.

Em estudo no campo da cirurgia bariátrica e psicanálise, Santos (2007) retratou sobre a importância de “uma questão endereçada a um outro que ele imagina que saiba a resposta de sua pergunta” (p. 109). Este é um ponto que ressalta que a queixa pode servir como um dispositivo inicial à construção de questionamentos acerca da obesidade e da ocorrência do reganho de peso.

Lacan (1957/1999) considera a demanda “aquilo que, a partir de uma necessidade, passa por meio do significante dirigido ao Outro” (p. 91). Na demanda, é necessário um Outro ao qual a mesma possa ser dirigida. Pesquisa realizada por Pisetta (2008) sobre a psicanálise no hospital, apresenta que, diante da ausência de resposta do Outro, a queixa pode retornar ao paciente como “uma demanda de deciframento” (p. 176) que poderá ser uma forma de implicar o paciente em seu próprio sofrimento. A respeito disso, podemos considerar que essa situação pode acontecer no Programa, a partir do momento em que essa demanda de deciframento seja dirigida ao Outro e que este possibilite a formulação de questionamentos acerca do sofrimento. Isto torna-se possível por conta da oferta de escuta do praticante da psicanálise aos pacientes que obtiveram reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. É justamente nesse momento que poderá surgir a possibilidade de passagem da queixa à demanda.

Diante da presença do analista e da escuta analítica no Programa, podem surgir os questionamentos dos pacientes acerca da obesidade e do reganho de peso. Nesse percurso, podemos considerar como um ponto importante o fato de que, com a oferta dessa escuta, pode ser criada uma demanda. Isto remete ao que Lacan (1958/1998) expõe em seus escritos sobre a direção do tratamento “com a oferta, criei a demanda” (p.623). Esta aposta relaciona-se ao fato de que algo poderá ser construído no contato com o praticante da psicanálise e não somente respondido pelo discurso da ciência.

Lacan (1966/2001) apresenta que o paciente pode ir em busca de um médico com o pedido de “ser um doente bem instalado em sua doença” (p.10). No caso do reganho de peso, alguns pacientes buscam um saber científico que legitime o estatuto de doença da obesidade. No entanto, a partir do exposto sobre psicanálise e obesidade, consideramos neste estudo que o paciente que apresenta reganho de peso e é atendido por um praticante da psicanálise, pode querer saber sobre seu aumento de peso. Neste caso, haveria uma passagem da demanda de tratamento para a demanda de saber.

4 CONCLUSÃO

O estudo sobre o reganho de peso em um programa de cirurgia bariátrica proporcionou-nos, inicialmente, questionamentos acerca das diferenças entre a obesidade para a medicina e para a psicanálise. No campo da medicina, a obesidade é definida como uma doença crônica, cujo diagnóstico é realizado a partir de critérios objetivos e universais.

Em virtude dos argumentos apresentados, somos levados a acreditar que há pacientes que se apropriam do que é apresentado pela medicina para falar da sua obesidade e, a partir daí, não se implicarem na sua própria obesidade. Eles delegam à figura do médico o saber sobre a obesidade e indicação quanto ao tratamento mais eficaz.

Na consideração à obesidade enquanto doença, percebemos que esta diferencia-se de outras doenças justamente por apresentar-se de uma forma tão aparente, através do excesso de peso. Esse é um fato que evidencia que, não há como esconder a obesidade das outras pessoas, fazendo com que ocorra a exposição destas às opiniões dos outros, que também se utilizam da medicina e passam a indicar os tratamentos. Essas são situações que ressaltam o discurso da ciência sobre a obesidade, considerando-a a partir de parâmetros universais e objetivos.

Por outro lado, os estudos realizados no campo da psicanálise demonstraram que a obesidade merece ser considerada, tendo como referência o inconsciente. Na clínica da obesidade ressaltamos que o encontro com o praticante da psicanálise possibilita a construção de um saber sobre a obesidade, a partir da fala de um sujeito. Alguns estudos realizados retrataram que, a partir da psicanálise, a obesidade pode ter uma função na vida dos sujeitos, como: uma lei que regula o sujeito e que o defende de um gozo traumático (SANTOS E ANTUNES, 2006); escudo de proteção contra a ameaça de fragmentação (psicose), uma forma de interrogar o Outro (neurose), convocar o olhar pelo horror e deformidade do corpo (perversão) (RECALCATI, 2002) e busca da satisfação absoluta, através de uma repetição compulsiva (MAIRESSE, 2009). As situações apresentadas acima ressaltaram que a psicanálise privilegia aspectos relacionados à obesidade, distintos dos que são privilegiados no campo médico. Enquanto a medicina considera os fenômenos universais e objetivos, a psicanálise leva em conta a singularidade e o saber inconsciente.

A partir do referencial psicanalítico ressaltamos que a obesidade não se restringe a um organismo acometido por uma doença e que necessita da prescrição de um tratamento mas que o corpo é regido por pulsões que, de acordo com Freud (1915/2006) tem como finalidade a satisfação pulsional porém, nunca é plenamente satisfeita. Na obesidade, o modo de satisfação é pela via oral, um dos aspectos que justifica o fato do paciente continuar comendo de forma compulsiva mesmo após a realização da cirurgia.

Apesar do discurso da ciência, considerar a cirurgia bariátrica um tratamento eficaz para a obesidade, que proporciona a perda de peso e a melhoria da qualidade de vida (YOKOKURA et al., 2011), observamos que o reganho de peso passou a suscitar questionamentos quanto à eficácia do procedimento cirúrgico. Esses questionamentos ocorreram pelo fato de que, o que foi definido como resultado cirúrgico, baseado no discurso científico, não foi eficaz para todos os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica.

Pela observação dos aspectos analisados, entendemos que, o estudo de caso do programa de cirurgia bariátrica do HUPAA, possibilitou considerarmos os seguintes fatores para a ocorrência do reganho de peso: que as queixas podem nos indicar que uma intervenção cirúrgica no corpo não garante que ocorra uma mudança na relação que o paciente estabelece com a comida e obesidade; na cirurgia há a redução do estômago, porém, o impulso frente a comida não é modificado somente a partir dessa intervenção médica e que a obesidade pode ter uma função onde a perda de peso pode ser algo insuportável para algumas pessoas, apesar do discurso da ciência preconizar que ela deve ser controlada.

Diante do exposto, conclui-se que, o reganho de peso é uma situação que realça a importância em considerar a relação que cada paciente estabelece com a obesidade, o alimento e a cirurgia bariátrica. Por mais que a clínica da obesidade busque meios de padronização de procedimentos, o reganho de peso demonstra que é impossível ignorar o que do inconsciente insiste.

Os resultados do presente estudo revelaram que não se esgotam as considerações relacionadas à obesidade e ao reganho de peso. Esta pesquisa propiciou, a partir do estudo de caso de um Programa de cirurgia bariátrica e dos objetivos de pesquisa, considerar que as queixas nos indicaram os fatores que contribuíram para a ocorrência do reganho de peso nesse Programa.

Para estudos futuros, acreditamos ser importante abordar o reganho de peso a partir da escuta clínica, onde possam ser privilegiados os seguintes aspectos: o uso do corpo nas diferentes estruturas clínicas, a obesidade como proteção e defesa e a função do olhar. Entendemos que esses aspectos são fundamentais na clínica da obesidade e que se apresentam como um campo fundamental à compreensão do reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

- AGENCIA BRASIL. **Mulheres de 35 a 45 anos são maioria entre pacientes de cirurgia bariátrica**. Edição Carolina Pimentel. 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-03-19/mulheres-de-35-45-anos-sao-maioria-entre-pacientes-de-cirurgia-bariatrica>. Acesso em: 8 out. 2013.
- ALBERTI, S.; GONÇALVES, A. S.; BETEILLE, I. M. A divulgação do discurso médico e a demanda de atendimento psicanalítico. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 166-187, 2011. ISSN 1809-8894. Disponível em: http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/235/pdf_220. Acesso em: 14 jan. 2013.
- BARBOSA, E. M. W. G. Importância do acompanhamento nutricional na cirurgia bariátrica. In: TOSCANO, J. J. O. (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: EDUFAL, 2010. P. 71-86.
- BARLETTA, J. B. et al. O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: Repensando a formação da competência profissional. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 135-142, jul.-dez. 2012. ISSN 2177 093X. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/179/255>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- BASTOS, E. C. L. et al. Fatores determinantes do ganho de peso ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD, Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 26-32, 2013. ISSN 0102-6720. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26s1/a07v26s1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.
- BELELI, C. A. V. et al. Los predictivos de pérdida de peso en los pacientes sometidos a laderivación gástrica em Y-de-Roux. **BMI Bariátrica e Metabólica Ibero-Americana**, Valencia, v. 1, n 1, p.16-23, 2011. ISSN 2250-737X. Disponível em: http://www.bmilatina.com/index.php/bmi/article/view/2/pdf_2. Acesso em: 14 mar. 2013.
- BERG, R. **Uma análise freudiana da obesidade**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Paulo, 2008.
- BERTI, L.V; CARAVATTO, P. P. P. Importância da obesidade no Brasil e no mundo. In: DINIZ, M. T. C. et al. (Org.). **Cirurgia bariátrica e metabólica: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 628/GM, de 26 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf. Acesso em: 14 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 mar. 2013, seção 1, p. 23-24. ISSN 1677-7042. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Mar/20/portaria-no-424-de-19-de-marco-de-2013-redefine-as>. Acesso em: 24 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 425 de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013. Acesso em: 25 mar. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 23 mar. 2013.

CAMPOS, S. de. Comida: semblante do objeto a. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 28-40, 2012. ISSN 1677-1168. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2012v18n1p28/4145>. Acesso em: 23 mar. 2013.

CARAVATTO, P. P. et al. Principais técnicas cirúrgicas aprovadas. In: SEGAL, A.; FRANQUES, A. R. M. (Coord.). **Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica**: a visão da COESAS-SBCBM. São Paulo: Miró Editorial, 2012.

CARVALHO, S. B. **O hospital geral**: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belo Horizonte, 2008.

CARVALHO JÚNIOR, A. **Vivências emocionais de pacientes submetidos à cirurgia metabólica e bariátrica com ganho de peso**: um estudo clínico qualitativo. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CONEJO, S. P. **Homem e obesidade**: excessos e faltas: corpos que contam histórias. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.942 de 5 fevereiro de 2010. Altera a Resolução CFM n. 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 fev. 2010, seção 1, p. 42. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm. Acesso em: 23 mar. 2013.

CRESPO, M. T. P. **Obesidade e subjetividade na adolescência**: o sujeito na balança. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Belo Horizonte, 2008.

CRISPIM, M. A. C. Intervenção do assistente social no programa de cirurgia bariátrica e sua contribuição na construção de um trabalho interdisciplinar. In: TOSCANO, J. J. O. (Org.). **Obesidade mórbida**: abordagem multidisciplinar. Maceió: EDUFAL, 2010. p 37-47.

CRISPIM, M.A.C. **O tratamento cirúrgico da obesidade no contexto do SUS**: uma realidade possível. Apresentação realizada em 5 de abril de 2011 no miniauditório do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Organização: Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da UFAL. Maceió, 2011.

DINIZ, M. T. C; MACIANTE. B. A. Histórico: cirurgia bariátrica e metabólica. In: DINIZ, M. T. C. et al. (Org.). **Cirurgia bariátrica e metabólica**: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 13-21.

ELIAS, V.A. A presença do dispositivo analítico no campo das avaliações de candidatos a procedimentos médicos. In: MOURA, M. D. (Org.). **Oncologia clínica do limite terapêutico?** psicanálise e medicina. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

FARIA, O. P; FARIA, S. L. Equipe multidisciplinar em um programa de cirurgia bariátrica. In: DINIZ, M.T. C. et al. (Org.). **Cirurgia bariátrica e metabólica**: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 23-29.

FERNANDES, M. H. **Corpo**: clínica psicanalítica. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANQUES, A. R. M. et al. O reganho de peso após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A.R.M; ARENALES-LOLI; M.S. (Org.). **Novos corpos, novas realidades**: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2011.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Tradução Eudoro Augusto Macieira de Souza. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18). (Trabalho original publicado em 1920).

FREUD, S. O inconsciente. In: _____. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Tradução Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Cristiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.14). (Trabalho original publicado em 1915a).

FREUD, S. O instinto e suas vicissitudes. In: _____. **A história do movimento psicanalítico**: artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Tradução Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Cristiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14). (Trabalho original publicado em 1915b).

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21). (Trabalho original publicado em 1930).

FREUD, S. O sentido dos sintomas. In: _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (1916-1917[1915-1917])**. Tradução José Luiz Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.16). (Original publicado em 1917[1916-17]).

GASPARD, J-L. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: RUDGE, A. M; BESSET, V. L. **Psicanálise e outros saberes**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

GOLFETTI, G. A. **Família e obesidade**: um estudo psicanalítico a partir do discurso dos pacientes submetidos à gastroplastia. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

GONÇALVES, S. D. **Obesidade em discurso**: cenas do grupo terapêutico com pacientes diagnosticados obesos em um hospital público de Fortaleza-CE. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GURFINKEL, G. **Adições**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003. ISSN 1516-1498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v6n1/v6n1a07.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

IZIDORIO, R.; LIMA, T.C.S. Serviço social e programa de cirurgia bariátrica: sistematizações iniciais. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, p.145-160, 2012. ISSN 2126-9575. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/4450/3618>. Acesso em: 22 mar. 2013.

LACAN, J. Da imagem ao significante no prazer e na realidade. In: _____. **O Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. (Original publicado em 1957-1958).

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. **Escritos**. [Tradução Vera Ribeiro]. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Campo freudiano no Brasil). (Original publicado em 1958).

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 32, p. 8-14, 2001. (Original publicado em 1966).

LIMA, T. A. S. Do uso da transferência às implicações no corpo: como pode a psicanálise ainda ser terapêutica na clínica da psicose? In: MOURA, M. D. (Org.). **Oncologia: Clínica do limite terapêutico? psicanálise e medicina**. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

MACHADO, C. E. Estudo sobre a compulsão alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MACHADO, C. E. et al. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v, 21, n. 4, p. 185-191, 2008. ISSN 0102-6720. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v21n4/v21n4a07.pdf>. Acesso em: 8 out. 2013.

MACHADO, M. G. **A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.

MACHADO, R. L. **Obesidade infantil: uma leitura da psicanálise e de seu diálogo com a cultura**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MAGDALENO JÚNIOR, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Surgical treatment of obesity: some considerations on the transformations of the eating impulse. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental, São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 425-440, 2010. ISSN 1415-4714. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a04v13n3.pdf>. Acesso em: 8 out. 2013.

MAGRO, D. O. Preparo pré-operatório nutricional e psicoeducacional. In: SEGAL, A.; FRANQUES, A. R. M. (Coord.). **Atuação multidisciplinar na cirurgia: a visão da COESAS-SBCBM**. São Paulo: Miró Editorial, 2012.

MAIRESSE, D. **Condição de morbidez: uma vacilação ao trágico? Tese (Doutorado em Educação)** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2009.

MILLER, J. A. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. (Campo freudiano no Brasil).

MILLER, J. A. **Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan**. Tradução Celso Rennó Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. (Campo freudiano no Brasil).

MORETTO, M. L. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Paulo, 2006.

MOURA, A; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano 13, n. 140/141, p. 69-76, 2000. ISSN 1517-5316.

MOURA, M. D. Psicanálise e medicina: uma clínica do sempre no limite terapêutico. In: _____. (Org.). **Oncologia**: clínica do limite terapêutico? psicanálise e medicina. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

MUITO além do peso: obesidade a maior epidemia infantil da história: documentário. Direção Estela Renner. Produção Maria Farinha Filmes. Intérpretes Jamie Oliver, Amit Goswami, Frei Betto, Ann Cooper, William Dietz, Walmir Coutinho, entre outros. Produção Executiva Marcos Nisti. Direção de Produção Juliana Borges. Fotografia Renata Ursaia. Montagem Jordana Berg. Projeto Gráfico Birdo. Trilha Sonora Luiz Macedo. Patrocínio Instituto Alana. 2012. (84 min.), color. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=QzjE5sNT5to> . Acesso em: 25 mar. 2013.

MYSSIOR, S.G. Psicanálise X Medicina: a experiência da interseção da psicanálise com a pediatria. In: MOURA, M. D. (Org.). **Oncologia**: clínica do limite terapêutico? psicanálise e medicina. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

NISSEN, L. P. et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, v. 7, n. 24, p. 184-190, 2012. INSS 2179-7994. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/472/504>. Acesso em: 22 abr. 2013.

OLIVEIRA, N. R. de; TAFURI, M. I. O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da universidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.15, n. 4, p. 838-850, 2012. ISSN 1415-4714. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n4/07.pdf> . Acesso em: 22 abr. 2013.

PACHECO FILHO, R. A. A prática médica, a hipermodernidade e o paciente do SUS. In: BATISTA, G; MOURA, M. D.; CARVALHO, S. B. (Org.). **Psicanálise e hospital 5**: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

PAEGLE, I.M; GATTO, M.E. Teorias psicodinâmicas e avaliação psicológica em candidatos à cirurgia bariátrica. In: SEGAL; A; FRANQUES, A.R.M. (Org.). **Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica**: a visão da COESAS. São Paulo: Miró Editorial, 2012.

PINTO, A. A instituição é o nosso caso clínico. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, n. 8, maio-ago. 2009. ISSN 1983-6007. Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_08/Revista%208%20art%203.pdf. Acesso em: 22 abr. 2013.

PISETTA, M. A. A. M. Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 58, n. 129, p.171-183, 2008. ISSN 0006-5943. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a05.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

POGGI, B. G. **O movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2007.

PORCU, M. et al. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 33, n. 2, p.165-171, 2011.

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7653/pdf>. Acesso: 23 de set. 2013.

RECALCATI, M. O “demasiado cheio” do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. **Latusa**, Rio de Janeiro, n.7, p.51-74, 2002. ISSN 2175-1579.

ROCHA, L. J. L. F. Considerações acerca da obesidade mórbida. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 58-69, 2010. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/viewFile/2749/1871> Acesso: em: 25 mar. 2013.

ROCHA, L. J. L. F.; VILHENA, J.; NOVAES, J.V. Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.15, n. 2, p. 77-96, 2009. ISSN 1677-1168. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n2/v15n2a06.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

ROSA, M. D; DOMINGUES, E. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 180-188, 2010. ISSN 1807-0310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a21.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

ROSENBAUM, P. Definição do problema: obesidade. In: SEGAL, A.; FRANQUES, A. R. M. (Coord.). **Atuação multidisciplinar na cirurgia: a visão da COESAS-SBCBM**. São Paulo: Miró Editorial, 2012.

SANTOS, B. H. H. O excessivamente gordo de um corpo: o que fazer com isto? **Reverso**, Belo Horizonte, ano 29, n. 54, p. 109-114, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v29n54/v29n54a16.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2013.

SANTOS, L.A. dos. Corpo e cultura: cartografias da contemporaneidade. **Caderno de pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 12, n. 100, p. 49-64, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2011v12n100p49/pdf>. Acesso em: 28 set. 2013.

SANTOS, T. C.; ANTUNES, M. C. C. Se todo gordo é feliz, a obesidade é um sintoma ou uma solução? In: BASTOS, A. (Org.). **Psicanalisar hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

SEIXAS, C. M. **Comer, demandar, desejar**: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2009.

SEIXAS, C.M; BALBI, L.M. Libido e angústia: economia de gozo na obesidade. **Revista Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 129-143, 2013. Acesso: 02 de dez. 2013.

SILVA, A. et al. Avaliação cardiológica pré e pós-operatória em obesos com indicação para cirurgia bariátrica. In: TOSCANO, J. J. O. (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: EDUFAL, 2010. p 49-58.

SILVA, D. Q. da. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 39, p. 37-46, 2013. ISSN 0100-3437. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n39/n39a04.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2014.

SILVA, F. B. L. **Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y-de-Roux**. 2012. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Brasília. 2012.

SILVA, R. S. **Reganho de peso após dois anos ou mais de pós-operatório de by-pass gástrico em Y-de-Roux**. 2011. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre. 2011.

SIQUEIRA, A. C.; PONTES, A. N. C. Importância do acompanhamento psicológico no pré-operatório de cirurgia bariátrica. In: Toscano, J.J.O. (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: EDUFAL, 2010. p. 59-70.

SIQUEIRA, A.C. et al. Efeitos de um grupo de apoio no pós-operatório de cirurgia bariátrica em um Hospital Universitário. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 14, 2012, Maceió. **Resumos dos temas livres**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2012.

SOBRAL, A. L. O. **Cirurgia bariátrica: Fragmentos da análise de uma espera**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Sergipe. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa, São Cristóvão, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Consenso brasileiro multisocietário em cirurgia da obesidade**. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.scb.org.br/imagens/pdf/consenso_baraitrico_brasileiro.pdf . Acesso em: 2 dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Notícias SBCBM**: a recusa das cirurgias bariátricas pelos planos de saúde: as negativas frequentes mostram que muitos pacientes ainda não são respeitados no direito à cobertura do procedimento. Disponível em: http://www.scb.org.br/noticiasbcbm.php?not_id=85&str=002. Acesso em: 20 dez. 2013.

SOUZA, E. M. C. Z. D. Ensaio sobre obesidade e função paterna. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital 4: novas versões do pai: reprodução assistida e UTI**. Belo Horizonte: Autêntica: FCH-FUMEC, 2005.

TOSCANO, J. Aspectos gerais da obesidade mórbida. In: TOSCANO, J. J. O. (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: EDUFAL, 2010. p 17-27.

TOSCANO, J.; BARBOSA, E. W. Obesidade mórbida: algo mais que intervenção cirúrgica. In: TOSCANO, J. J. O. (Org.). **Obesidade mórbida: abordagem multidisciplinar**. Maceió: EDUFAL, 2010. p 29-35.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2011.

VARELA, A. P. G. Você tem fome de quê. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 26, n. 1, p. 82-93, 2006. ISSN 1414-9893. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n1/v26n1a08.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2012.

VASCONCELLOS, S. C.; SEPÚLVEDA, K. R. Obesidade mórbida: um corpo em evidência e em desamparo. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 92-111, 2011. ISSN 1516-0858. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2012.

VENÂNCIO, C.; CONCEIÇÃO, E.; MACHADO, P. P. P. Avaliação dos padrões alimentares de pacientes bariátricos na fase pós-operatória tardia. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. A. **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2011.

XIMENES, E. Complicações psicológicas pós-cirúrgicas em obesidade. In: _____. (Org.). **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. São Paulo: Livraria Santos Editora. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YOKOKURA, A.V. C. P. et al. Obesidade e cirurgia bariátrica no olhar dos ex-obesos mórbidos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p.462-469, 2011. ISSN 0103-1104. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/SDv35n90_Completo.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

ZANETTI, S. A. S; KUPFER, M.C.M. O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 170-185, 2006. ISSN 1415-7128. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v11n21/v11n21a11.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2012.

ZANOTTI, S.; MONLLEÓ, I. Psicanálise e genética: uma experiência de interlocução no SUS. In: RUDGE, A. M.; BESSET, V.L. (Org.). **Psicanálise e outros saberes**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

ZUCCHI, M. Algumas observações sobre a clínica da obesidade em Psicanálise. **Latusa**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 15-26, 2002. ISSN 2175-1579.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados**1. Identificação do pesquisador**

Alessandra Cansanção de Siqueira CPF: 677.113.914-04

2. Identificação da pesquisa:

Título do Projeto:

Cirurgia bariátrica e ganho de peso: Um estudo psicanalítico

Departamento/Faculdade/Curso:

Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas

Professora Orientadora:

Profª. Drª. Susane Vasconcelos Zanotti

Pesquisadora:

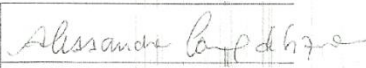
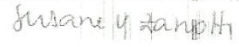
Alessandra Cansanção de Siqueira

3. Declaração:


Eu, pesquisadora identificada acima, baseada nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 196/96), declaro que:

- O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP;
- O acesso aos dados será de acordo com as normas da instituição, seguindo plenamente as exigências de confiabilidade;
- Asseguro o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa.
- Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP;
- Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Maceió 05 de fevereiro de 2013

Nome completo (por extenso)	Assinatura
1) Alessandra Cansanção de Siqueira (pesquisadora)	
2) Susane Vasconcelos Zanotti (orientadora)	

ANEXO B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 22/03/2013

Senhor (a) Pesquisador (a), Alessandra Cansanção De Siqueira
Suzane Vasconcelos Zanotti

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 26/02/2013, em e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 12314213.1.0000.5013 sob o título cirurgia bariátrica e ruganho de peso: um estudo psicanalítico sobre a obesidade, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

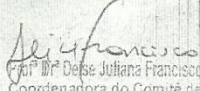
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê colocá-se à disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais.

Valida até: Fevereiro de 2014.


Profª Drª Denise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL