



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Curso de Especialização Lato  
Sensu em Transtornos Alimentares:  
obesidade, anorexia e bulimia**

**Transtorno depressivo maior pós-  
cirurgia bariátrica ou “gordinha,  
mas feliz”: Um estudo sobre a  
obesidade na cultura  
contemporânea**

**Valéria Damian Brasil  
Lima**

Monografia apresentada como cumprimento  
parcial as exigências para obtenção do título  
de especialista em Transtorno Alimentares:  
obesidade, anorexia e bulimia, do  
Departamento de Psicologia da PUC-Rio

**Orientadora:** Professora Dr<sup>a</sup> Issa Damous



Rio de Janeiro, 20 Março de 2019

**Transtorno depressivo maior pós-  
cirurgia bariátrica ou “gordinha, mas  
feliz”: um estudo sobre a obesidade  
na cultura contemporânea**

**Valéria Damian Brasil Lima**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Rio, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares. Aprovada pela comissão examinadora em Psicologia.

Professor Orientador: Professora Dra. Issa Damous

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, à minha mãe, que sempre colaborou para que eu pudesse ter a tranquilidade necessária, às minhas filhas e meu marido pela compreensão e apoio.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha mãe Rosemary pelo apoio e incentivo, às minhas filhas e marido pela compreensão de meus momentos de reclusão e força diária.

À Prof. Issa Damous pelos textos, pela enorme paciência, orientação e estímulo para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Izidoro de Hiroki Flumignan, pela belíssimas aulas e textos enviados.

## Sumário

Introdução... 05

1. Obesidade.....	07
1.1. Panorama etiológico.....	07
1.2. Drogas medicamentosas para o tratamento em psiquiatria.....	10
1.3. Mal-estar na civilização x cultura lipofóbica.....	11
1.4. Uma reflexão sobre o normal e o patológico.....	16
2. Cirurgia bariátrica: tesouro do consumo contemporâneo.....	18
2.1. Entendendo a cirurgia.....	18
2.2. Transtorno depressivo maior (TDM) pós-cirúrgico.....	21
2.3. De que depressão se trata?.....	25
3. Pensando a clínica psiquiátrica.....	28
3.1. Um fragmento de caso clínico: magrinha, mas infeliz.....	28
3.2. Estratégias medicamentosas utilizadas.....	31
3.3. Dificuldades afetivas associadas ao comportamento alimentar.....	34
4. Conclusão.....	41
5. Referências Bibliográficas.....	43

## **Resumo**

Neste trabalho, faz-se um estudo do transtorno depressivo maior, como advento do pós-operatório da cirurgia bariátrica, relacionando a clínica psiquiátrica dos transtornos alimentares e a obesidade, tal como considerada na sociedade contemporânea.

## Introdução

Modernas técnicas de intervenção para o emagrecimento, no caso, a cirurgia bariátrica, têm sido desenvolvidas para tratar a obesidade, principalmente na sua forma mórbida.

A cirurgia bariátrica é um método eficaz utilizado para a perda de peso e resgate da saúde, no entanto, em alguns casos, o emagrecimento súbito incorre em quadros psiquiátricos, tais como: sintomas depressivos, ansiedade, abuso de substâncias, alterações comportamentais e ideação suicida, gastos excessivos, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia com o novo estado físico e psíquico. As complicações psiquiátricas ainda não dispõem de instrumentos para mensurá-las.

Fantasias, dificuldades variadas e frustrações são enfrentadas por esses pacientes após o procedimento cirúrgico, podendo levar à grandes sofrimentos psíquicos.

A cirurgia em si gera grandes expectativas no paciente para além do emagrecimento, como a resolução de conflitos interpessoais e conjugais, assim como mudanças de traços definidos de suas personalidades.

O problema da obesidade ficou evidenciado como parte de uma complexa situação que envolve o estado físico e emocional dos indivíduos e, sua resolução, por vezes, expõe as dificuldades e as limitações psíquicas dos pacientes.

A obesidade muitas vezes está associada a quadros psiquiátricos, principalmente em obesos mórbidos. Pacientes com transtornos de personalidade, por exemplo, tendem a apresentar uma menor perda de peso após a cirurgia.

Dentre as contraindicações para a cirurgia bariátrica, temos: as psicoses em atividade, abuso de substâncias ( álcool ou drogas ), uma situação de vida caótica e, também, em casos em que se percebe uma inabilidade para cooperar com o tratamento pós-cirúrgico.

Os maiores motivadores para a procura da cirurgia bariátrica são os fatores estéticos, reforçados por preconceitos que os pacientes obesos sofrem na sociedade e tão comum na sociedade contemporânea.

Frequentemente o alimento está ligado à fonte de ganhos psíquicos secundários; além disso, o excesso alimentar também está relacionado a fatores comportamentais, como produto de um aprendizado.

É nesse sentido que o objeto de estudo desta monografia diz respeito ao transtorno depressivo maior associado à pós-cirurgia bariátrica, no contexto da obesidade tal como considerada na cultura contemporânea. Como objetivo geral, a intenção era pensar a clínica psiquiátrica relacionada aos transtornos alimentares, com objetivo específico de estudar mais de perto a obesidade e a cirurgia bariátrica, assim como o transtorno depressivo maior, associado à obesidade e/ou ao quadro clínico pós-cirúrgico à bariátrica.

Desse modo, no primeiro capítulo, a obesidade é retomada em sua etiologia e no âmbito das drogas psiquiátricas utilizadas com pacientes que trazem sofrimento com essa questão. É feito também um questionamento quanto ao que se considera patológico em relação ao mal-estar associado ao corpo em meio à cultura.

Já no segundo capítulo, a cirurgia bariátrica é retratada, como tratamento eficaz para a obesidade severa, explicitando suas diversas técnicas, importância do pré e pós-operatório e as possibilidades de desenvolvimento de complicações, como o transtorno depressivo maior após o procedimento.

Finalmente, no último capítulo, há a apresentação de um caso clínico, exemplificando o que foi discutido no texto, além das estratégias medicamentosas utilizadas no transtorno depressivo maior. Fala-se ainda da relação mãe e filha e nos conflitos na interação familiar, capaz de gerar aumento da ansiedade nos filhos, levando-os a uma postura passiva, capaz de comprometer sua autoconfiança.

# 1

## Obesidade

### 1.1

#### Panorama etiológico

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada por excesso de gordura corporal (Nunes 1998).

É definida, do ponto de vista prático, por um cálculo matemático simples, correspondendo ao peso do indivíduo dividido pelo quadrado de sua altura. Caracteriza-se a presença de obesidade quando esse valor, o índice de massa corporal (IMC) for maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>. A combinação do IMC com outras medidas, como o ICA (distribuição de gordura abdominal) pode auxiliar melhor o diagnóstico da obesidade.

A classificação abaixo mostra os diferentes graus de obesidade em adultos:

Classificação	IMC ( kg/m <sup>2</sup> )
Baixo peso	menor que 18,5
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso	maior que 25
Pré-obeso	25-29,9
Obeso I	30-34,9
Obeso II	35-39,9
Obeso III	Maior que 40

Isoladamente, o IMC não é indicador suficiente da gravidade do excesso de peso, já que se faz importante o tipo de distribuição da gordura no organismo.

Outra definição é a de que o obeso seria um indivíduo que pesa 20% a mais do que o peso padrão especificado com relação a sexo, altura e estrutura corporal. A etiologia da obesidade envolve aspectos psicológicos, genéticos e ambientais, os quais, por vezes, podem gerar um desequilíbrio energético, resultando em aumento do tecido adiposo no organismo.

Observou-se que a população menos favorecida, devido a falta de orientação nutricional adequada, atividade física reduzida e consumo de

alimentos muito calóricos, como cereais, óleo e açúcar, por serem mais baratos, estão mais relacionadas ao excesso de peso. Faz-se importante o maior acesso a informações sobre os prejuízos que a doença acarreta, além da melhora dos hábitos alimentares e a prática regular de exercícios físicos.

O gasto calórico significa a queima de energia nas 24 horas do dia, o que inclui o gasto calórico com a alimentação (energia gasta nos processos de digestão, absorção e transporte de nutrientes) e com a atividade física.

As capacidades de transformar calorias em gorduras, bem como a habilidade de queimas as gorduras variam de indivíduo para indivíduo, de modo que o sujeito terá menor tendência de engordar e maior capacidade de emagrecer quanto maior for sua capacidade de queimar gorduras. Fatores não só orgânicos, como também genéticos influenciam nessas condições.

Estudos indicam que se ambos os pais são obesos, há risco de 80% de risco de uma criança ser obesa. Se somente um dos pais for obeso, há 40% de risco; ao passo que se os pais não forem obesos, há 10% de risco de obesidade infantil.

Na década de 90, foi identificado o gene que expressa a leptina, que é uma proteína que “avisa “o cérebro quando o organismo está satisfeito, iniciando a queima das calorias ingeridas.

Endocrinopatias (síndrome hipotalâmica, *cushing*, hipotireoidismo, síndrome dos ovários policísticos, pseudo-hipoparatiroidismo, hipogonadismo, deficiência de hormônios do crescimento, insulinooma e hiperinsulinismo), são causas de menos de 10% dos índices de obesidade.

A atividade física contribui com 8-20% do gasto total de energia, podendo modular o apetite, há aumento da massa muscular magra, provocando ainda, alterações enzimáticas que facilitam a queima de gordura dos tecidos.

Depressão e ansiedade são sintomas comuns nos transtornos alimentares, sendo, o transtorno depressivo maior, mais frequente nos pacientes gravemente obesos. Indivíduos obesos, emocionalmente instáveis podem apresentar aumento da ansiedade e depressão ao fazerem suas dietas. Esses pacientes podem apresentar pensamentos disfuncionais acerca do peso, da alimentação e do valor pessoal, interferindo diretamente na constituição de sua autoestima.

O alimento é fonte de prazer e satisfação, existindo outras fantasias e imagens culturais no que tange a comida, como fonte de força, prosperidade, alegria. O ser humano busca o prazer desde os primórdios da vida. Indivíduos ansiosos e imediatistas podem recorrer ao alimento como forma de aplacar a angústia.

A terapia cognitiva tem sido utilizada no tratamento desses pacientes, visando o autocontrole com relação ao comportamento alimentar; a avaliação e correção dos pensamentos inadequados, os quais contribuem, tanto para a etiologia quanto para a manutenção da obesidade. Segundo Abreu (2003), “a reestruturação cognitiva, imagens orientadas, o treinamento da autoinstrução, a determinação de objetivos, estímulo ao auto esforço e resolução de problemas são alguns procedimentos inter-relacionados, de base cognitiva, incorporados a outros programas comportamentais”.

Ainda assim, sabe-se que a cultura contemporânea valoriza excessivamente a boa forma e a imagem corporal, levando a incômodos com o sobrepeso, independente do grau da obesidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) considera a obesidade como uma epidemia mundial. Sua crescente prevalência vem sendo atribuída a vários processos biopsicossociais, em que o ambiente político, econômico, social, cultural, e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assumem lugar na análise do problema e nas propostas de intervenções (Dias, Henriques, Anjos, Burlandy, 2017).

Em relação a comorbidades, a obesidade está relacionada ao diabetes do tipo II, à maiores índices de depressão, estresse, câncer, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Estas são as grandes pandemias relacionadas à obesidade.

Com efeito, problemas emocionais podem ser oriundos da obesidade, embora também possam preceder o desenvolvimento dessa condição.

Nos manuais classificatórios das doenças mentais, não se encontram critérios para avaliação da obesidade como transtorno psiquiátrico, apesar de seus portadores apresentarem alterações comportamentais e conflitos psíquicos relacionados à alimentação. A obesidade não é classificada assim como um transtorno alimentar.

O objetivo atual do tratamento da obesidade é de se alcançar um peso saudável e não mais o peso ideal. Fala-se peso saudável aquele adequado para o desempenho das atividades internas e externas do organismo e em que as complicações relacionadas à obesidade são nulas ou mínimas.

Além da terapia cognitivo-comportamental, há outras modalidades de tratamento, como o psicanalítico, a dietoterapia e atividades físicas, há igualmente alguns fármacos aprovados para uso em longo prazo. Usa-se a farmacoterapia, sobretudo quando transtornos psiquiátricos (fobias, depressão, síndrome do comer noturno e/ou transtorno da compulsão alimentar periódica - TCAP) estão presentes, contribuindo para o ganho de peso. Nesse caso, é importante considerar também o instrumento medicamentoso no enfrentamento da obesidade.

## 1.2

### **Drogas medicamentosas para o tratamento em psiquiatria**

Algumas drogas precisam ser utilizadas em longo prazo. Entre elas está a sibutramina. Este medicamento age inibindo a recaptação de serotonina e noradrenalina e, em menor grau, a dopamina. Em doses de 10-15mg/dia, atua diminuindo a ingestão alimentar, elevando a termogênese em alguns indivíduos.

Outra droga é o orlistat. Esse fármaco inibe a lipase pancreática, diminuindo a absorção de gordura no trato gastrointestinal, promovendo, assim, a perda de peso. Não há ação central, assim, não apresenta efeito supressor de episódios de compulsão alimentar. Pode ser a droga de escolha para indivíduos obesos em uso de psicofármacos, já que não promove alterações na absorção das drogas. Tem ação exclusivamente gastrointestinal.

Agentes antiobesidade são mais indicados para obesidade sem comorbidade psiquiátrica e como coadjuvantes diante das comorbidades.

A fluoxetina e a sertralina não foram aprovadas para tratamento da obesidade, tendo em vista o reganho de peso após cerca de seis meses do início do tratamento. No entanto, podem ser benéficas em casos de comorbidades, como no transtorno da compulsão alimentar periódica.

Algumas drogas, no entanto, são utilizadas em curto prazo. Nesse caso, os anorexígenos de ação central são um bom recurso. Eles têm ação geralmente hipotalâmica nos sistemas catecolaminérgicos (noradrenalina e/ou dopamina), derivados quimicamente das anfetaminas. Devem ser usadas por curto prazo tendo em vista seu elevado potencial para abuso e dependência, além da possibilidade de desencadear surtos psicóticos, síndromes depressivas ou mania.

Outra droga é ainda o topiramato, um anticonvulsivante, inicialmente usado como estabilizador de humor e para controle da impulsividade. Ele tem a vantagem de promover a perda de peso e tratar o transtorno da compulsão alimentar periódica.

### 1.3

#### **Mal-estar na civilização x cultura lipofóbica**

Lipo significa gordura; fobia, significa medo. Então, lipofobia é igual a medo de ser gordo, ou, em termos culturais, e, acompanhando Lipovestky (2017), uma cultura lipofóbica seria uma aversão a tudo que excede, que pesa, que engorda, seja o corpo, a decoração, o consumo de objetos.

O culto à magreza, ao longo dos anos, estimulados por meios de comunicação, onde se pautam a supervalorização da beleza corporal nas culturas ocidentais, vem contribuindo para a formação de uma cultura lipofóbica (Lipovestky, 2017).

Os transtornos alimentares vêm aumentando ao longo dos anos, principalmente entre os jovens-adolescentes, sobre a crença equivocada, mas arraigada de que ser gordo é feio e ser magro é bonito. Com frequência verifica-se na clínica o mal-estar associado à obesidade, a uma insatisfação com as formas corporais, com o que parece um sentimento de inadequação de si com o próprio corpo. A ditadura do corpo perfeito na sociedade em que vivemos nos cerca de tal forma que fica extremamente difícil se sentir bem fora do padrão.

A sociedade contemporânea é atravessada por preocupações com as medidas corporais, gerando comportamentos inadequados para o controle do peso. Contudo, embora pareça existir em grande escala um mal-estar associado

à obesidade, o mal-estar em si não é uma novidade. Já em 1930, no texto O mal-estar na civilização, Freud apresenta o fato de o processo civilizatório produzir um mal-estar no indivíduo, já que há um antagonismo intransponível entre as exigências da pulsão e as da civilização.

Desse modo, para o bem comum, o indivíduo se sacrifica, renunciando sua satisfação pulsional, não dando rédeas livres, assim, à sua sexualidade e à sua agressividade. De fato, há a necessidade de um conjunto de leis que regulem a civilização, a vida em comum, restringindo, assim, a liberdade de cada um. Civilizar-se implica então em dar restrição ao ímpeto humano de obter satisfação.

Nesse contexto, Freud (1930) examina o sentimento de EU frente ao mundo exterior, ou seja, o modo como o mundo interno se coloca em relação ao mundo externo. Para o autor, logo ao nascimento, enfrenta-se o trauma do nascimento, busca-se o seio materno, anseia-se pela satisfação de um prazer que nem sempre é possível, o seio falta causando a angústia inicial, um mal-estar, que impele à satisfação, que precisa ser preenchido. Freud é enfático ao demarcar a busca pelo prazer e a evitação do desprazer como a serviço do propósito da vida. A questão é que frente a esse propósito da vida, impõe-se o desprazer.

Para Freud (1930), a civilização garante evitar o sofrimento e oferecer segurança, ficando, o prazer, em segundo plano. É a partir do prazer/ desprazer, que o aparelho psíquico é regulado: buscar o prazer e evitar o desprazer. Segundo Freud, “O que chamamos de felicidade no sentido mais restrito provém da satisfação (de preferência repentina) de necessidades represadas em alto grau, sendo, por sua natureza, possível apenas como manifestação episódica.”

Devido ao fato da satisfação pulsional ser sempre parcial, episódica, as possibilidades de felicidade são muito tênues. Segundo o autor, já a infelicidade seria mais fácil de ser vivenciada, já que o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à dissolução, do mundo externo, que pode se voltar contra nós e de nossos relacionamentos com os outros, o que pode nos trazer grandes sofrimentos.

O homem, assim, teria se acostumado a reivindicar menos suas possibilidades de se feliz. Assim, o princípio do prazer, influenciado pelo mundo externo, se transformou num modesto princípio de realidade, em que o homem pense ser feliz apenas por ter sobrevivido ao sofrimento.

Nesse contexto, Freud questiona sobre a possibilidade de haver um sentimento oceânico, uma sensação de serenidade, apesar das dificuldades impostas pela vida, em contrapartida ao estado de desamparo infantil que persiste até a vida adulta. Para o autor, a religião pode ser um recurso que responderia ao anseio por um pai poderoso, que oferecesse segurança, proteção, e então o sentimento oceânico poupando os homens de uma neurose individual, mas ao preço de leva-los a um infantilismo psicológico, submetidos a um delírio de massa. É claro que algum tipo de controle se faz necessário a fim de que se possa viver em sociedade, e, se não for a religião, outros meios servem também a este fim

Freud então relata alguns métodos existentes na sociedade humana para evitar o sofrimento, fugindo do desprazer, o que constitui o intuito primordial, e buscar, mesmo que parcialmente, a felicidade. Menciona a sublimação das pulsões, que, embora não acessível a todos e falhe quando a fonte do sofrimento provém do próprio corpo, descreve em “uma satisfação desse tipo, como por exemplo, a alegria do artista em criar, a do cientista em solucionar problemas. Freud coloca nesse sentido também o trabalho como um recurso importante, as fantasias, o delírio, o uso de drogas. Finalmente Freud se refere às neuroses, que são organizações subjetivas através das quais satisfações substitutivas são alcançadas para desejos inconscientes.

Segundo Freud, “A complicada estrutura de nosso aparelho mental admite um grande número de outras influências. Assim como a satisfação do instinto equivale para nós à felicidade, assim também um grave sofrimento surge em nós, caso o mundo externo nos deixe definhando, caso se recuse a satisfazer nossas necessidades. Podemos, portanto, através das neuroses ter esperanças de nos libertarmos apenas de uma parte de nossos sofrimentos, agindo sobre os impulsos instintivos. A forma extrema disso é ocasionada pelo aniquilamento dos instintos. Caso obtenha êxito, o indivíduo abandona também

todas as outras atividades: sacrifica sua vida e, por outra via, mais uma vez atinge apenas a felicidade da quietude.

Quanto ao amor, Freud (1930) o enfatiza como um dos fundamentos da comunidade: *Amar o próximo como a si mesmo*, mas diz que a civilização é ambígua, pois por um lado se coloca em oposição aos interesses da sociedade e por outro, ameaça com suas restrições, as satisfações pulsionais.

A vida na civilização tem um comportamento gregário, que se estabelece com relação ao amor, onde se evidencia a organização da sociedade em família. Ocorre que o homem depende do seu objeto de amor e, ao mesmo tempo, não há como ter garantias desse amor, já que o abandono, a rejeição, são sempre um temor. Já na origem da organização familiar está colocado um poderoso interdito, talvez o principal deles no processo civilizatório, trata-se de que, na família, a escolha objetal incestuosa vai ser rejeitada, pois estará submetida à interdição do incesto. De saída, no processo civilizatório, o amor não pode ser completamente satisfeito. Essa exigência da modalidade do amor familiar, que devia ser legalizada, monogâmica, heterossexual, exigência submetida aos preceitos morais e éticos da vida em comum, leva a uma exigência autocrítica exercida desde dentro, como uma cobrança interna, surgindo então, o que Freud chamava de superego.

Freud trata ainda de três aspectos fundamentais que estão entrelaçados ao processo de civilização: a angústia, a agressividade e o sentimento de culpa.

Ele afirma a existência da pulsão de morte em todos. Descreve essa pulsão como apresentando um caráter conservador e uma tendência à repetição, que busca reconduzir o indivíduo a seu estado inorgânico. Essa pulsão de morte seria um grande impedimento para a civilização: "... Essa tendência à agressão, que podemos perceber em nós mesmos e cuja existência supomos também nos outros, constitui o fator principal da perturbação em nossas relações com o próximo; é ela que impõe tantos esforços à civilização." (Freud, 1930)

Quando a agressividade não pode ser externalizada, ela é introjetada, dirigida ao próprio ego. Assim, parte do ego se coloca contra o resto do ego, na forma das cobranças exigentes exercidas pelo superego. De todo modo, segundo o pensamento freudiano, há processos psíquicos inconscientes e,

assim, o indivíduo se conduz na vida de acordo com o que vivenciou nos primórdios da vida familiar, somado às experiências de vida. A vida frustra impede barra, interdita, gerando conflito, tensão, produzindo o desprazer. A saída psíquica encontrada via neurose é o recalçamento. Mas a energia continua fazendo pressão para ser realizada (aquilo que desejo vai de encontro aos preceitos morais). Há assim necessidade de se encontrar maneiras substitutas de realizar o prazer. Nessas formas substitutivas, vêm os sonhos, os sintomas, os atos falhos...

Mas mesmo que nos neurotizemos, fica o mal-estar, a culpa pelo desejo inconsciente recalçado, a agressividade, que é inerente ao homem e que não consegue amar o próximo como a si mesmo. Certamente, para que haja a preservação da vida, também é necessária uma certa agressividade, porém, a luta da espécie humana a serviço da vida é submetida a Eros. Essa é a maneira pela qual a civilização lida, inibe, interdita, a agressividade é através da censura, da imposição de limites ao indivíduo.

A parte do ego assume a agressividade e constitui o superego, intimamente ligado ao ego. O que atua sobre o eu, atua internamente. Essa tensão ego/superego leva a um sentimento de culpa, apontado por Freud como um aspecto central da relação do indivíduo com a civilização. Existiria nesse sentido uma necessidade de punição.

Freud distingue duas origens do sentimento de culpa: o medo de uma autoridade exterior (anterior à formação do superego) e o medo do superego. No primeiro caso, a renúncia pulsional seria suficiente para evitar o sentimento de culpa, no entanto, no segundo caso, esta renúncia não bastaria, já que se o desejo persiste, a culpa aparece (ações e intenções não são distintas, já que a intenção fala de um desejo e tem o mesmo peso do ato em si).

Para o autor, há uma estreita relação entre a civilização e o sentimento de culpa. Quanto mais se intensifica o processo civilizatório, maior é o sentimento de culpa. Temos que nos inibir para nos relacionar e, assim, menos feliz se é. Esse sentimento de culpa se expressa como punição. Mas e como fica esse mal-estar na cultura contemporânea? Podemos dizer que ainda é da culpa que se trata? Há espaço para construir uma vida na contemporaneidade tendo um mal-

estar? Ser obeso e feliz ou ser magro e infeliz? Como se coloca essa questão na cultura atual, lipofóbica, em que prevalece o imperativo do leve?

Segundo Lipovetsky (2017), o individualismo empurra o sujeito a sempre se construir, a se inventar, fazendo-nos permanentemente, fazer escolhas e nos impondo novos valores para obter sucesso. “As pessoas procuram uma forma de aliviar o peso da vida” (lipovetsky, 2017). Segundo afirma o autor, a leveza invadiu a nossa rotina e transformou nosso imaginário, tornando-se um valor e um ideal. Para ele, a sociedade contemporânea entrou na era do hiperconsumo, caracterizando-se por uma lógica de pagamento e troca, incluindo até mesmo as coisas mais elementares da vida. Continua ainda afirmando que a sociedade de hiperconsumo se encanta imensamente a respeito das coisas leves e essa leveza de viver se resume ao consumo, ao mercado da moda, que está em constante mudança de modelos.

Segundo Lipovetsky, “O paradoxo é que, à medida que o nosso mundo se encontra reestruturado pelo princípio da leveza, ele nos parece cada vez mais pesado. Nós vivemos mais tempo e em boa saúde e as grandes fomes do mundo desapareceram. No entanto, o estresse, a pressão e as ansiedades tornaram-se moeda corrente. O consumo, no início, parecia algo leve, que nos permitia viver tranquilamente, sem muitos problemas. Mas, na verdade, não é isso que acontece. O automóvel é uma coisa leve, mas hoje estamos o tempo todo em congestionamentos. Nada mais pesado do que os congestionamentos.”

Para o autor, a solução é a busca por novos equilíbrios, que permitam o desenvolvimento sustentável, com tecnologias limpas e energias renováveis, pois uma sociedade não se forma apenas pelo ato do consumo. Ela precisa da criação. Lipovetsky acrescentou uma frase do escritor francês, Paul Valéry: “É preciso ser leve como o pássaro e não leve como a pluma.” Completou: “a pluma é o consumível. O pássaro é aquele que controla a leveza. Uma leveza que não é tão somente a superficialidade, mas que é a construção do futuro por meio de coisas que nós gostamos. E é com essas coisas que nós poderemos fazer recuar o império do consumismo.”

#### **1. 4**

#### **Uma reflexão sobre o normal e o patológico**

O que é normal, então? E que é o patológico? O mal-estar na civilização de Freud (1930)? O homem pesado da cultura lipofóbica de Lipovestky (2017)?

A delimitação entre o que pode ser considerado normal e o que deve ser tido como patológico, gera muitas discussões, como já dito por Canguilhem (1966).

Há vários conceitos de normalidade, e conseqüentemente vários de psicopatologia. Se pensar, é claro, que o que não é normal é patológico. Esta é uma questão com várias respostas. O limite entre o normal e o patológico é impreciso. O normal não é rígido, ele se adapta e se transforma de acordo com as condições individuais.

A patologia é sempre uma resposta, um recurso do organismo para se reequilibrar com o meio, uma reação com intenção de cura. Nesse sentido, a saúde não se define como ausência de doença, mas como uma força que permite ao indivíduo saudável, adoecer e recuperar-se.

Indivíduos obesos podem usar a gordura como proteção em relação à vida, mas podem igualmente lançar mão de recursos como a cirurgia bariátrica para dar conta dos anseios da sociedade, algo bastante presente na sociedade contemporânea. Nesse contexto, tendem a apresentar maior vulnerabilidade com relação a transtornos ansiosos e depressivos, sentindo-se incapazes para determinadas atividades e tenderem ao isolamento, além da aversão ao próprio corpo.

## 2

### **Cirurgia bariátrica: Tesouro de consumo contemporâneo**

#### 2.1

##### **Entendendo a cirurgia**

A cirurgia bariátrica é considerada, nos dias atuais, como o tratamento mais eficaz para a obesidade severa.

As intervenções cirúrgicas podem modificar apenas o estômago, a fim de reduzir o espaço para o alimento e levar a sensação de saciedade, ou em complemento, o intestino delgado, a fim de reduzir a absorção de alimentos.

Seus benefícios incluem, além da redução do peso, uma melhora acentuada com relação a doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes e hiperlipidemia. Porém, o tratamento da obesidade não se resume ao ato cirúrgico. É necessário acompanhamento clínico-nutricional, tendo em vista as deficiências nutricionais (vitaminas A, D e zinco), estarem presentes na obesidade.

Tanto o pré quanto o pós-operatório imediato e tardio são importantes para o sucesso do tratamento. Faz-se importante a pesquisa, na avaliação pré-cirúrgica, da presença de transtorno de compulsão alimentar periódica, mais prevalente em obesos mórbidos. Esse transtorno pode permanecer ativo, comprometendo o resultado da cirurgia. A imagem corporal sofre mudanças após a cirurgia, podendo estar distorcida nesses pacientes, aumentando o risco de transtornos alimentares no pós-operatório.

Deficiências nutricionais são comuns após os procedimentos de cirurgia bariátrica, devido às alterações anatômicas e fisiológicas, que prejudicam as vias de absorção do trato gastrointestinal.

A intervenção cirúrgica para tratamento da obesidade teve seus primeiros estudos na década de 50, sendo que as primeiras técnicas consistiam em criar um efeito disabsortivo, com a exclusão de grande parte do intestino delgado.

Fobi, em 1986, propôs um by-pass gástrico usando um anel de silicone sem incisões no estômago, a fim de limitar a distensão da bolsa. Na década de 1990, Capella propôs uma gastroplastia associada a um by-pass gastrointestinal, trazendo dimensões menores ao reservatório.

O principal tipo de cirurgia bariátrica realizado atualmente é o *by-pass* gástrico em Y-de Roux (BGYR). Consiste em uma técnica cirúrgica mista por restringir o tamanho da cavidade gástrica e, assim, a quantidade de alimento ingerida, além de reduzir a superfície intestinal em contato com o alimento, a disabsorção. Nutrientes que dependem da gordura da dieta para sua absorção estão mais suscetíveis a má absorção, como as vitaminas lipossolúveis e o zinco.

Segundo Bordalo, Teixeira, Bressane e Mourão (2011), a prevenção das deficiências de vitaminas e minerais é necessária para o sucesso dos procedimentos cirúrgicos, exigindo o acompanhamento do paciente a longo prazo. Os pacientes necessitam utilizar suplemento nutricional pelo menos cinco vezes por semana, como forma de garantir o aporte nutricional adequado de micronutrientes para o funcionamento dos processos que auxiliam na regulação do peso corporal.

A eficácia da suplementação é influenciada pela biodisponibilidade dos micronutrientes. Assim, torna-se importante a escolha do suplemento, que, segundo os autores supracitados, deve considerar o pH, a forma de apresentação do suplemento (solução aquosa, cápsula ou pó), a dependência de enzimas do trato gastrointestinal que auxiliam na absorção de alguns micronutrientes, a integridade intestinal e a superfície de absorção, a via de administração (oral, intramuscular ou endovenosa) e a quantidade e tipo de micronutriente presente nas formas de administração.

Ainda, segundo os autores, no *by-pass* gástrico em Y-de Roux, há maior prevalência de deficiência de vitamina B12, ferro e ácido fólico. Já no caso da derivação biliopancreática/duodenal switch, apenas 28% dos lipídios ingeridos são absorvidos. Assim, o início da suplementação tem sido recomendado logo após a alta hospitalar.

O uso de medicações anti-obesidade e dietas variadas é comum à grande maioria dos obesos mórbidos e esses comportamentos causam preocupação com o resultado pós-cirúrgico.

O fracasso no tratamento clínico leva a necessidade da intervenção cirúrgica e como se trata de procedimento cirúrgico de grande porte, em

pacientes com riscos de complicações, faz-se necessário uma seleção cuidadosa, a fim de avaliar os riscos e benefícios da cirurgia.

Segundo o Consenso Bariátrico definido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as cirurgias bariátricas estão indicadas para indivíduos com índice de massa corporal (IMC)  $> 40 \text{ kg/m}^2$ , independente da técnica a ser utilizada e da presença ou não de comorbidades e IMC entre 35 – 40  $\text{kg/m}^2$ , quando houver comorbidade.

Segundo Zeve, Novais e Junior, 2012, as cirurgias bariátricas podem ser divididas em restritivas e mistas. Nas cirurgias restritivas, o único órgão modificado é o estômago, visando diminuição do espaço gástrico, gerando sensação de saciedade. As mais comuns são: gastroplastia vertical com bandagem, balão intragástrico e bandagem gástrica ajustável por vídeo. Nas cirurgias mistas, além do estômago, o intestino também é alterado. Nesse caso, além do fator restritivo, há o fator disabsortivo, reduzindo o local de absorção de nutrientes no intestino delgado. As técnicas mistas mais conhecidas são: derivação biliopancreática com gastrectomia distal (Cirurgia de Scopinaro) e a derivação em Y-de- Roux (Cirurgia de Fobi-Capella), sendo, esta última, considerada a técnica mais realizada no mundo, consistindo na redução da capacidade gástrica para um volume de cerca de 20 ml. Nesse caso, o estômago remanescente, o duodeno e os primeiros 50 cm de jejuno, ficam permanentemente excluídos do trânsito alimentar. O pequeno reservatório gástrico é anastomosado a uma alça do jejuno isolada em Y (daí a origem do nome, sendo Roux o cirurgião criador da técnica).

A síndrome de dumping (síndrome do empachamento) pode ser ocasionada pela ingestão de carboidratos, após esse procedimento cirúrgico. É caracterizada por surgimento de náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica e hipoglicemia e exerce importante papel na manutenção da perda de peso, tendendo, porém, a ser tempo-limitada.

Segundo os autores acima descritos, no pós-operatório há também a diminuição do hormônio grelina, sendo o único hormônio orexígeno e adipogênico conhecido.

Há ainda uma sinalização precoce do GLP-1 e do polipeptídeo Y, hormônio que diminui a motilidade intestinal e aumenta a saciedade.

As complicações mais comuns da cirurgia bariátrica são fístulas, estenoses, úlceras anastomóticas, hérnias internas e embolia pulmonar.

A presença de um diagnóstico psiquiátrico no pré-operatório num paciente com obesidade grau III não contra-indica a cirurgia, tendo em vista a possibilidade de oferecer melhora da qualidade de vida e de evitar as complicações letais da obesidade.

A contraindicação é relativa, dependendo do quanto o transtorno psiquiátrico interfira na compreensão do tratamento.

A reversão de cirurgias bariátricas tem sido realizada por distúrbios inerentes à própria técnica cirúrgica, a fim de melhorar a alimentação e a condição clínica do paciente.

Alguns autores evidenciaram alterações do comportamento alimentar pré-cirúrgico, como bulimia nervosa, síndrome do comer noturno e verificaram que a cirurgia foi capaz de reduzir o peso do paciente, mas não houve remissão do comportamento alimentar prévio.

O retorno dos transtornos alimentares em pacientes submetidos à cirurgia de *by-pass* gástrico num seguimento de até três anos levam, por vezes, a reganho rápido de peso ou casos de anorexia nervosa, depressão, abuso de drogas, etc.

Os transtornos alimentares prévios tendem a ter uma remissão transitória ou modificação após a cirurgia, substituindo um transtorno alimentar por outro. Esse padrão alimentar desordenado tende a persistir após a cirurgia, agravando a condição clínica do paciente. Técnicas psicoterapêuticas específicas (psicoterapia cognitivo-comportamental) mostram-se úteis, tratando diretamente o comportamento alimentar e evitando complicações.

## 2.2

### **Transtorno depressivo maior (TDM) pós-cirúrgico**

O transtorno depressivo maior é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo alterações do afeto, da cognição e funções neurovegetativas. Na maioria das vezes, é um transtorno recorrente.

Os sintomas dos critérios para TDM devem estar presentes quase todos os dias. Entre eles, deve-se considerar o humor deprimido, insônia ou fadiga, perda do interesse ou prazer em quase ou todas as atividades na maior parte do dia, perda ou ganho de peso, capacidade diminuída para pensar e ainda pensamentos recorrentes de morte.

De todo modo, os critérios diagnósticos no DSM-V (APA, 2013) são criteriosos quanto ao transtorno depressivo maior:

É necessário que haja cinco ou mais dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas e representem uma mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo, pelo menos, um dos sintomas, humor deprimido ou perda do interesse ou prazer. Além disso, não se deve incluir sintomas devidos à outra condição médica geral.

O humor deprimido deverá estar presente na maior parte do dia, quase todos os dias, como indicado por relato subjetivo. Por exemplo, paciente relatar tristeza, sentimento de vazio, desesperança ou ainda por observação de terceiros.

Para o diagnóstico do transtorno depressivo maior, ainda segundo o DSM-V, também é necessário observar-se diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias, indicada por relato subjetivo ou observação feita por outros.

Pode ser notado também perda ou ganho de peso importante, sem estar em dieta, como por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês. Pode ocorrer ainda redução ou aumento do apetite quase todos os dias.

Insônia ou hipersonia também podem estar presentes quase todos os dias, assim como agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia quase todos os dias, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes).

A capacidade para pensar ou concentrar-se também pode estar reduzida, ou mesmo, indecisão, quase todos os dias.

Pensamentos de morte podem ocorrer de forma recorrente, ideação suicida pode ser observada, sem plano específico. Pode haver também tentativa de suicídio ou mesmo um plano específico para essa ação.

Todos esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, sendo que o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Respostas a uma perda significativa (p.ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia com outra especificação e não especificados e outros transtornos psicóticos. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Segundo Kaplan e Sadock (2017), o transtorno depressivo maior (TDM) tem uma prevalência de 15% durante a vida e de até 25% nas mulheres, sendo a principal causa de problemas de saúde, suicídio e incapacidade em todo o mundo. Apesar da elevada prevalência, mesmo em países de alta renda, quase 50% das pessoas com depressão não recebem tratamento. O transtorno ocorre com mais frequência em indivíduos sem relacionamentos interpessoais íntimos ou divorciados.

Quanto à etiologia, estudos relatam anormalidades nos metabólitos das aminas biogênicas (norepinefrina, serotonina e dopamina), como o ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), o ácido homovanílico (HVA), e o 3- metóxi- 4-hidroxifenilglicol (MHPG) – no sangue, urina e líquido cerebrospinal (LCS), nos pacientes com transtorno de humor. A norepinefrina e a serotonina são os dois neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia dos transtornos do humor. A depleção da serotonina pode precipitar a depressão. A dopamina

pode estar com sua atividade reduzida na depressão. Os aminoácidos neurotransmissores, principalmente o ácido gama-aminobutírico (GABA) e os peptídeos neuroativos (vasopressina e opióides endógenos) também estão envolvidos na fisiopatologia dos transtornos do humor. Os aminoácidos glutamato e glicina são os principais neurotransmissores excitatórios no sistema nervoso central.

Há um padrão de herança genética complexo envolvido no desenvolvimento de um transtorno de humor, no entanto o componente genético, exerce um papel mais significativo na transmissão do transtorno bipolar I do que no transtorno depressivo maior (Kaplan e Sadock, 2017).

Observações clínicas indicam que acontecimentos estressantes da vida podem preceder o primeiro episódio de transtornos de humor. Segundo o autor supracitado, o estresse acompanhando o primeiro episódio leva a modificações duradouras na biologia do cérebro, que podem alterar os estados funcionais de vários neurotransmissores e os sistemas intraneuronais de sinalização, podendo levar a perda neuronal e redução de contatos sinápticos. Assim, o indivíduo fica com maior risco de desenvolver novos episódios, mesmo na ausência de um fator externo estressante.

Estudos sugerem que a perda de um dos pais antes dos 11 anos de idade seria o acontecimento da vida associado com mais frequência ao desenvolvimento da depressão.

Há casos envolvendo episódios depressivos no pós-operatório das cirurgias bariátricas. Com o aumento de cirurgias bariátricas no tratamento da obesidade, aumentaram também, relatos de evolução pós-cirúrgica para anorexia nervosa e bulimia nervosa. A cirurgia bariátrica é a medida mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida. Complicações psiquiátricas, como depressão, podem ocorrer em torno de 15% dos casos.

Outra complicação potencial é o risco de suicídio, além dos transtornos alimentares.

Os benefícios psicológicos e a mudança do estilo de vida resultantes da cirurgia bariátrica são mais evidentes entre seis e doze meses de pós-cirurgia, regredindo no final do segundo ano (Waters e cols. 1991).

Uma adequada avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica torna-se fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce de um transtorno alimentar prévio.

## 2.3

### **De que depressão se trata?**

A depressão é considerada o mal do século e embora seja considerada uma doença da moda no discurso da sociedade atual, ela deve ser identificada diferencialmente na psiquiatria como um transtorno de humor e especificamente no que diz respeito ao enfrentamento da obesidade.

Pode ser difícil de fato, para o clínico, identificar a diferença de um transtorno de humor de fato de uma insatisfação, um mal-estar, de um sujeito que se sinta inadequado aos parâmetros sociais contemporâneos e que ainda nomeia esse mal-estar como depressão.

No cenário atual, observa-se um maior número de pessoas procurando ajuda na área psi. As queixas são vastas, aparecendo circunscritas por um diagnóstico psiquiátrico. Indivíduos esperando uma conduta terapêutica rápida, imediata e eficaz, através do uso frequente e indiscriminado de psicofármacos. Ocorre, assim, a possibilidade de se medicar o mal-estar, os incômodos, a fim de livrar-se das angústias ocasionadas pelo dia a dia da vida.

Entretanto há sempre que ser considerado os efeitos benéficos e a redução do sofrimento psíquico quando há de fato um transtorno de humor identificado.

Esse fenômeno de medicalização da vida parece desenhar o comportamento em geral da sociedade moderna.

A psiquiatria revela ser, a depressão, o distúrbio mental mais difundido no mundo. Sua história guarda elos com a histeria e a neurastenia, as quais tiveram semelhante sucesso no final do século XIX.

O indivíduo atual banaliza o termo depressão. Não se pode sentir, ficar triste. Há que se lançar mão de um psicofármaco a fim de eliminar o sofrimento, a angústia, tão comum nos dias atuais.

Há um declínio do modelo disciplinar de gestão de condutas, de interdições que regulamentavam as normas sociais, prevalecendo normas que incitam o indivíduo à iniciativa individual, sob alguns imperativos rumo à felicidade.

A depressão surge como uma doença da responsabilidade, na qual o sentimento dominante é o de insuficiência: o sujeito cansado de ser obrigado a tornar-se ele mesmo (Ehrenberg, 1998).

Há questões fronteiriças entre o permitido e o proibido, o possível e o impossível, o normal e o patológico.

Atualmente, há uma permissibilidade maior.

A expectativa de transpor o sofrimento psíquico, estimulando o humor de indivíduos que não estão deprimidos tal como reconhecem os critérios dos manuais psiquiátricos classificatórios, através de psicofármacos relativamente confortáveis por não causarem efeitos colaterais potencialmente danosos, representa a possibilidade de transformar o interior mental, a fim de ser melhor do que si mesmo.

Ao modificar o humor do indivíduo de forma artificial, sem ter-se verificado uma patologia real, perde-se a noção de ser o sujeito ele mesmo.

Ehrenberg (1998) fala de talvez estarmos assistindo ao eclipse do sujeito - o sujeito fica encoberto. Em vez de cura, falar-se-ia de um bem-estar artificial para se conduzir na vida. A medicação é colocada para alívio das angústias, assim como também pode ocorrer com o alimento, os exercícios físicos ou a drogadição.

A questão da emancipação acelerada no pós-guerra, sobretudo nos anos 60 e 70 parece fomentar cada vez mais que os indivíduos sigam como homens sem guias, na situação de julgar por si mesmos e a construir suas próprias referências. Parâmetros morais esgarçados indicam sobre quem devemos ser ou como devemos nos conduzir, restando os próprios recursos internos, sob a pena de ficar à margem da sociabilidade.

Nesse contexto, a depressão representa a patologia de uma sociedade em que a norma não está mais fundamentada sobre a culpabilidade e a disciplina, mas sobre a responsabilidade e a iniciativa (Ehrenberg, 1998). O indivíduo é confrontado a uma patologia de insuficiência mais do que a uma doença da

ausência. O deprimido é nesse cenário um sujeito em pane, pela incerteza de sua suficiência em relação à obtenção de sucesso, das experiências a que é submetido.

A depressão marca assim a própria impotência de viver, expressada através de sintomas como tristeza, astenia, inibição da atividade psicomotora, dificuldades em tomar decisões. Medimos em nossos corpos o peso da soberania individual em meio a cultura atual.

Nesse cenário, a cirurgia bariátrica surge como uma solução milagrosa, um verdadeiro tesouro, na contemporaneidade. Magro e infeliz, ou gordo, mas feliz?

### 3

## Pensando a clínica psiquiátrica

### 3.1

#### Um fragmento de caso clínico: magrinha, mas infeliz

J.L.O., 30 anos, sexo feminino, branca, do lar, solteira, natural do Rio de Janeiro, RJ, cujas principais queixas eram “tristeza e insônia”.

Paciente comparece ao consultório, um ano após cirurgia bariátrica, técnica de Capella (*bypass* gástrico).

Desacompanhada, relatando instabilidade emocional, irritabilidade, oscilações de humor, resultando em conflitos nas relações familiares e sociais.

Dizia ter procurado a cirurgia bariátrica por questões estéticas e contou que após o procedimento achou que pudesse sentir-se “mais desejada pelos homens” e tinha o entendimento de que a cirurgia iria eliminar toda a sua timidez. Diz ter supervalorizado a cirurgia bariátrica, criando a expectativa de que o procedimento citado lhe traria “grandes mudanças”.

Devido a obesidade, relatou sentir vergonha de ir a locais variados, deixando de realizar atividades rotineiras.

Queixava-se ainda de agressividade e momentos de profunda tristeza, insônia e perturbações alimentares, com episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, em que comia rapidamente até sentir-se “cheia”, ingerindo grandes quantidades de comida mesmo sem ter fome. Disse que comia sempre só, referindo repulsa por si mesma e culpa após os episódios. Falou ainda de episódios de *skin-picking* frequentes, que aumentavam sua sensação de vazio e culpa. J. Também relatava sensação de “buracos” nunca preenchidos, angústia, solidão e desamparo. Conta que o alimento sempre lhe serviu de “fuga”, refúgio para sua ansiedade. Sentia-se isolada e submissa.

Paciente disse que um dos motivos de tanta angústia e “depressão” era o fato de estar voltando a engordar. “Sinto uma dor profunda, uma angústia que chega a doer o peito...”

Paciente relatou que chegou a pesar cerca de 130 kg, com altura de 1,60m, com IMC de 40 kg/m<sup>2</sup>, quando foi indicada cirurgia bariátrica. Relatou ter perdido 50 kg, porém, ainda inconformada com seu peso e excesso de pele, resolveu iniciar inúmeras dietas, quase sempre ineficazes, até iniciar o uso de

anfetaminas, laxantes, recorrendo ainda a vômitos mais ou menos frequentes, além de exercícios físicos extenuantes. Passou a recusar alimentos, escolhendo-os minuciosamente segundo critérios próprios, preocupando seus familiares que percebiam sua constante perda de peso.

Foi medicada com doses progressivas de fluoxetina até 80mg/dia e topiramato 50mg/dia.

A paciente, nesse período, apresentava peso variando de discreto sobrepeso e dentro dos limites da normalidade.

Na primeira entrevista, a paciente chegou na hora combinada, desacompanhada. Vestes em alinhado, boas condições de higiene. Respondia adequadamente às solicitações do entrevistador, enfatizando sua angústia e incertezas, além de queixar-se de insônia e das questões alimentares. Tinha um discreto sobrepeso. Cabisbaixa. Fácies depressiva. Lúcida, orientada auto e alopsiquicamente. Normovigil, Hipertenaz. Hipotímica. Hipobúlica e hipopragnática. Sem alteração quanto ao nível de inteligência. Memória algo comprometida. Pensamento sem alterações na forma, com curso lentificado. Sem alterações de conteúdo. Sem alterações de sensopercepção.

JLO tem três irmãos, sendo ela a segunda. Contou que o relacionamento com as irmãs sempre foi conflituoso, com recorrentes agressões verbais e físicas entre elas. A mãe era incapaz de conter tais conflitos e o pai mostrava-se omissivo.

Paciente relatou ser obesa desde a infância, tendo feito diversos tratamentos para emagrecer, sem sucesso.

Paciente contou ainda que sua família discriminava pessoas obesas, apesar de sua mãe também ser. Diziam que “ninguém iria gostar dela por ser gorda” e que se sentia constrangida dentro da própria casa. Disse que logo após o procedimento cirúrgico passou a apresentar um medo intenso de retornar ao seu peso anterior.

Relatou ainda ter achado que a cirurgia a libertaria de quaisquer medicamentos e que sua frustração maior deu-se ao saber que teria que fazer acompanhamentos com variados profissionais de saúde e usar medicamentos que até então não precisava.

Negou abuso de drogas ilícitas; tabagista de 30 cigarros/dia.

Quanto à hipótese diagnóstica (CID 10-OMS):

- a) Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F 32.2)
- b) Transtorno alimentar, não especificado (F50.9)
- c) Transtorno de personalidade, não especificado (F60. 9)
- d) Dependência de nicotina (F17. 2)

Na evolução do caso, a paciente passou a faltar às consultas, não fazer uso correto das medicações por medo de engordar. Voltou a provocar vômitos e a recusar alimentação.

Familiares foram chamados, tendo sido orientados quanto à necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico, bem como seu retorno à endocrinologia e avaliação nutricional, visando adequar as expectativas da paciente às limitações do tratamento cirúrgico, muitas vezes concebido por ela como milagroso, além de oferecer alternativas de prazer diferentes do ato de comer.

As mudanças após a cirurgia são muitas, tanto a nível comportamental como em nível físico e psíquico. Torna-se necessário frear a ansiedade em resolver a obesidade através da cirurgia apenas.

A gordura, em alguns casos, pode ser vista como sinal de proteção e isolamento, sendo que sendo retirada abruptamente do indivíduo poderá trazer-lhe caos e pânico. A ansiedade muitas vezes surge quando o paciente percebe que mudanças mais profundas precisariam ser efetivadas e não apenas as mudanças superficiais, por meio da estética e do emagrecimento.

Uma personalidade frágil poderá ser evidenciada no pós-cirúrgico, com dificuldades em lidar com as frustrações.

A agressividade e hostilidade podem surgir em alguns casos, por sobrevir um sentimento de resgate da energia perdida, podendo confrontar as agressividades alheias.

Pode-se dizer que esses transtornos costumam ser amenizados com o tempo, com ou sem tratamento.

Estudos realizados com obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica relatam o abandono, por parte desses pacientes, do seguimento do tratamento psicoterápico, assim como a importância do seguimento posterior.

Os pacientes, não raro, apresentam expectativas não passíveis de serem alcançadas apenas com a cirurgia bariátrica. Pode ainda ocorrer casos de suicídio após a realização da cirurgia, principalmente em pacientes que já apresentavam um transtorno depressivo prévio e que podem ter ocultado esse fato nas entrevistas pré-operatórias.

O emagrecimento de fato traz grandes benefícios aos pacientes, porém, o emagrecimento rápido e acentuado promovido pelas diferentes técnicas cirúrgicas precisa ser visto com cautela.

Os transtornos alimentares, como doença mental, têm por objeto de seu sintoma, a comida. Como surgem geralmente na infância ou na adolescência, o profissional envolvido com o atendimento deste grupo etário precisa estar familiarizado com suas principais diretrizes clínicas.

O diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica multidisciplinar são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico.

Não há necessidade de acompanhamento psiquiátrico de todos os obesos operados.

## 3.2

### **Estratégias medicamentosas utilizadas**

No Transtorno Depressivo Maior, humor deprimido, alterações do apetite tanto com inapetência quanto com hiperfagia e do sono, dificuldades de concentração e pensamentos de cunho negativo, redução da energia, sentimento profundo de tristeza imotivada, agitação ou lentificação psicomotora, ideações suicidas e/ou sintomas psicóticos podem estar presentes. Certamente há uma predisposição genética no quadro depressivo que pode estar aliada a fatores ambientais desencadeantes do quadro. Ocorrem descompensações psicopatológicas que alteram cronicamente a eletroquímica cerebral.

Na verdade, atualmente foca-se nos neuroreceptores, os quais passam a ser consideradas estruturas plásticas que se adaptam e respondem à homeostasia orgânica e às alterações dos neurotransmissores.

Alguns dados sugerem que as alterações do sistema de neurotransmissores podem ocorrer como consequência de mudanças no

número ou na sensibilidade dos neuroreceptores pré e pós-sinápticos no sistema nervoso central, sem que haja alteração na quantidade do neurotransmissor. Na depressão há um número aumentado de neuroreceptores e níveis baixos de neurotransmissores. Assim, a demora dos efeitos terapêuticos dos antidepressivos, em torno de duas semanas, estaria relacionada com alterações na sensibilidade dos neuroreceptores que ocorreria após algum tempo do uso dos antidepressivos.

O uso de anfetaminas, drogas de fácil acesso na década de 90, passou assim a funcionar como uma medicação antidepressiva e anoréxica, já que funciona estimulando o SNC - aumentando os níveis de adrenalina no sangue, levando a uma hiperexcitação cerebral e, por conseguinte, diminuição do apetite. Provocam aumento das capacidades físicas e psíquicas, levando a um estado de grande excitação, com melhora do humor e sensação de poder. Provocam, no entanto, dependência física e psíquica e seu uso frequente pode ocasionar tolerância à droga além da síndrome de abstinência diante da suspensão. Incluem ainda midríase, taquicardia e aumento da pressão arterial, além da perda de peso.

Alguns antidepressivos, não todos, estão infelizmente, relacionados a aumento de apetite e a ganho de peso, como, por exemplo, os antidepressivos tricíclicos, alguns inibidores seletivos da recaptção de serotonina, inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina, a mirtazapina, dentre outros.

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) são os agentes psicofarmacológicos mais amplamente utilizados para diversos transtornos psiquiátricos, dentre eles o transtorno depressivo maior, os transtornos alimentares, dentre outros, com menos efeitos adversos quando comparados aos antidepressivos tricíclicos (ADTs) e aos inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), os quais são relacionados a efeitos colaterais como: boca seca, constipação intestinal, sedação, hipotensão ortostática e taquicardia, além do ganho importante de peso.

Todos os ISRSs (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram e o escitalopram, têm eficácia semelhante, porém, com diferenças significativas na farmacodinâmica e na farmacocinética, que podem afetar as

respostas clínicas individualmente). Esses psicofármacos exercem seus efeitos terapêuticos pela inibição da receptação de serotonina (5-HT). Têm pouco efeito sobre a recaptção de noradrenalina ou dopamina. Estão relacionados também a alguns efeitos indesejáveis, relacionados à qualidade de vida, como a disfunção sexual e o aumento de peso, que atenuam os seus benefícios terapêuticos.

A fluoxetina em combinação com um programa comportamental mostrou ser apenas moderadamente benéfica para a perda de peso. Uma porcentagem significativa de usuários perde peso inicialmente, mas pode recuperá-lo posteriormente. Todos os ISRSs podem levar a um ganho inicial de peso.

Estudos de comparação direta comprovaram que os antidepressivos com atividade sobre a serotonina e a noradrenalina – IMAOs, os ADTs, a venlafaxina e a mirtazapina – produzem taxas mais elevadas de remissão do que os ISRSs. A importância dos ISRSs como tratamento de primeira linha, reflete sua simplicidade de utilização, a segurança e seu amplo espectro de ação.

Um tipo de síndrome amotivacional (apatia) tem sido relatada em pacientes que receberam tratamento com ISRS. Esse efeito adverso foi considerado dose-dependente e reversível, mas muitas vezes torna-se inaparente e confundido com os próprios sintomas depressivos.

Atualmente quase metade dos pacientes depressivos que atingem “remissão” nas escalas atualmente utilizadas, não se considera em remissão. A recuperação funcional na depressão pressupõe a melhora clínica dos três domínios dos sintomas depressivos: emocional, cognitivo e físico. Os sintomas cognitivos são responsáveis por uma maior variabilidade no comprometimento do funcionamento laboral do que a gravidade do quadro depressivo em si.

Recentemente foi lançado a vortioxetina, um antidepressivo multimodal; além da inibição da recaptção de serotonina, tem ação antagonista nos receptores 5-HT<sub>3</sub>, 5HT<sub>7</sub> e 5HT<sub>1D</sub>, agonista parcial 5HT<sub>1B</sub> e 5HT<sub>1A</sub>. Demonstrou estar relacionada a baixas taxas de disfunção sexual e menores alterações cognitivas do que os ISRS.

Dentro desse quadro, a estratégia medicamentosa adotada com a paciente foi dar início ao uso de fluoxetina, aprovada em 1988 como o primeiro inibidor seletivo da recaptação de serotonina nos Estados Unidos.

A fluoxetina conquistou a preferência tanto dos clínicos como do público em geral, quando surgiram rapidamente relatos de respostas notáveis ao tratamento.

Todos os ISRSs são igualmente eficazes no tratamento da depressão, mas há diferenças significativas na farmacodinâmica e na farmacocinética que podem afetar as respostas clínicas individualmente entre os pacientes.

A fluoxetina é o ISRSs com a meia-vida mais longa; quatro a seis dias e seu metabólito ativo tem meia-vida de sete a nove dias.

Tendo em vista sua eficácia com relação aos sintomas depressivos, ter um custo menor e, principalmente, pela possibilidade de não ocasionar, grande ganho de peso, pelo menos inicialmente, a fluoxetina foi o antidepressivo escolhido para iniciar o tratamento com a paciente do caso clínico apresentado, já que a mesma relatava medo intenso de retornar ao seu peso inicial.

### **3-3.**

#### **Dificuldades afetivas associadas ao comportamento alimentar**

Em uma leitura psicodinâmica, entende-se que os transtornos alimentares são fundamentados na relação do sujeito com o outro.

Para Jeammet (1999), “Os transtornos das condutas alimentares ocupam uma posição de cruzamento entre a infância e a idade adulta, como ilustra sua eletiva ocorrência na adolescência; entre o somático e o psíquico; entre o individual e o social, tendo, entre os dois, o grupo familiar cuja importância é agora admitida.” Nós nos constituímos a partir de outro e esse outro faz parte de uma rede familiar, de uma rede social, que vai influenciar diretamente em nosso funcionamento. Todos os aspectos relacionados com a nossa história interferem diretamente nos nossos sintomas. Dependemos de todas as influências conscientes e inconscientes que recebemos do grupo familiar.

Como já acontece na anorexia, também na obesidade, há a tentativa de diferenciação mãe-filho, através da produção de sintoma. A primeira através da falta, a outra, através do excesso. Com efeito, percebe-se a grande presença da

mãe no discurso da filha. Mães pouco ternas, depressivas, exigentes demais, as que são invasivas, vaidosas ou alheias, as hiperpresentes, podem levar a um transtorno futuro em suas filhas. Essas mães geralmente antecipam exageradamente a satisfação das necessidades das jovens, privando-as de autonomia. Essas mães muitas vezes desvalorizam a expressão dos afetos e sentimentos, estimulando-as a não fraquejar diante as dificuldades da vida.

É através da escuta e da interpretação das sensações corporais pela mãe, que o bebê vai construindo a imagem de seu próprio corpo e assim, sua identidade, já que ele próprio ainda não tem essa possibilidade. Essa construção requer uma mãe com condições psíquicas capazes de exercer as funções de proteção, mediação e libidinização do bebê, garantindo as condições necessárias para que ele possa desenvolver um corpo próprio. Se houver falha da mãe, uma mãe de extremos, intrusa, se não consegue perceber as reais necessidades do bebê, ela interpretará os apelos dele segundo suas próprias necessidades, dificultando o processo de diferenciação entre ela e seu filho. Nessas condições, o bebê se desenvolve preso na impotência e na dependência desse objeto primário, que é a mãe.

Essa dificuldade de diferenciação pode ser mais notada em casos de anorexia, em que o objeto incorporado parece fundido com o corpo e não com o ego. Tudo o que o bebê precisa é de uma mãe capaz de mantê-lo na ilusão de ser uma só pessoa. Esse processo de separação e diferenciação, não são vividos por todos como aquisições psíquicas que enriquecem e dão sentido à vida pulsional. Ao contrário, podem ser temidas como realidades que diminuem ou esvaziam o sujeito daquilo que lhe parece vital para sobreviver. “A luta contra a divisão primordial, que visa constituir um indivíduo (indivisível), pode dar lugar a compromissos variados: sexualização do conflito, constituição de estruturas caracteriais de tipo narcísico ou aditivo, divisão psique-soma.”.

Essa dificuldade de diferenciação da figura materna está muito presente nos transtornos alimentares em geral. As doenças psíquicas, as adicções e as psicoses, podem estar ligadas às dificuldades das relações primárias, sendo vistas como uma tentativa de sobrevivência psíquica, tentativa de proteger o sentimento de integridade do eu. Nesses casos, a imago (imagem inconsciente do objeto construída em idades precoces que fica investida pulsionalmente), do

pai é quase ausente, tanto no mundo simbólico da mãe quanto da criança. A imagem paterna torna-se assim, perigosa. Sem poder contar com o apoio paterno para administrar a ligação de amor e ódio com a mãe, a criança fica aprisionada à imago materna, ideal e onipotente. Desse modo, a dificuldade de diferenciação da mãe ameaça de dentro a integridade do eu, solicitando estratégias psicopatológicas para garantir a sobrevivência psíquica. O pai, em sua função paterna, deve auxiliar o processo de diferenciação, em condições favoráveis. A falha de simbolização é compensada pelo ato compulsivo, objetivando reduzir a dor psíquica.

Os recursos buscados por essas jovens através dos exercícios físicos a, do comer compulsivo, dos vômitos e da sensação de fome podem ser entendidos como uma tentativa de tornar o objeto presente. Desse modo, essas sensações são tentativas de proteção contra o vazio interno e o risco de perda do objeto. Resta ao sujeito recorrer à incorporação do objeto. A incorporação seria assim, uma defesa diante do fracasso da introjeção. O fantasma da incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que a introjeção deveria ter ocorrido. A introjeção se inicia pela experiência simultânea de boca vazia e a presença da mãe nos primórdios da vida, o que dá ao modelo de oralidade a prioridade e o processo de constituição do sujeito. Se falamos de uma mãe que responde a toda demanda afetiva da criança através da alimentação, fica sem possibilidades de perceber suas reais necessidades corporais, que assim, serão reconhecidas de forma inadequada.

O que se percebe é uma grande dificuldade da mãe de se separar de sua filha, impossibilitando, assim, a construção gradativa das categorias tempo e espaço, a distinção entre o dentro e fora. A experiência do vazio supõe a capacidade da mãe de introduzir intervalos de tempo entre as necessidades do bebê e sua resposta. A possibilidade de o bebê perceber que a mãe vai, mas volta. Isso o conforta. O bebê vai desenvolvendo a noção de equilíbrio e, assim, posteriormente, a fala. A auto – apreensão da ausência do objeto é justamente o que garante a certeza reaseguradora de sua presença. A mãe intrusiva é tão nociva quanto à ausente, certificando, assim, os efeitos nocivos da mãe de extremos.

Com a ilusão dada pela mãe ao bebê de ser uma só pessoa, ele será capaz de digerir o alimento, eliminá-lo, dormir, acordar e recomeçar a cada dia. É a garantia de continuidade.

Na adolescência a relação não é mais com os pais, mas com o mundo e suas exigências. O adolescente, diferentemente da criança, não precisa somente agradar aos pais, precisa agradar lá fora. Percebe-se que o conflito, nessa fase é entre uma nostalgia do passado e um desejo de se lançar no mundo. Uma espécie de morte da relação infantil, principalmente com a mãe, sendo que as referências identitárias serão dadas pelo grupo. Nessa fase, é colocada em evidência a problemática da dependência que tem suas raízes nas relações precoces do bebê com a mãe.

Essa passagem de uma etapa da vida para a outra é marcada pelo sacrifício do corpo, como marca da diferença entre uma situação e a outra, sendo vista por todos, como prova da morte da identidade anterior. É importante a atitude dos pais, concedendo ao jovem uma margem de negociação aceitável. Com a possibilidade de os pais lembrarem sua própria adolescência. Alguns pais confundem-se com os filhos, desejam ser ideais, de terem a aprovação dos filhos, levando à dificuldade de separação, deixam para os filhos todo o peso do trabalho de separação e agressividade. Essa passagem para a vida adulta denota o luto do adolescente pelo seu lugar de filho, a ser cuidado e o luto dos adultos de seu lugar de pais, tendo de quem cuidar. Quanto mais os pais são diferenciados, mais o superego é estabelecido e interiorizado. Nesses rituais de passagem, muitas vezes aparecem sintomas em resposta às tentativas de ser autônomos, como por exemplo, ganho de peso. O sintoma representa uma oposição à mãe, ao mesmo tempo, um castigo a si.

A adolescência é uma etapa na vida que requer o gerenciamento das pulsões e a elaboração de um luto dos objetos primários. Para a menina, a mudança de objeto, da mãe para o pai. Trata-se de um luto, a perda da mãe pré-edípica, a perda do objeto de identificação que, para a menina, é a mãe. Perda do corpo infantil. As transformações vão assinalando a morte do corpo infantil e a transformação no corpo adulto. Há aumento da demanda pulsional, enquanto os perigos que vêm do interior do corpo.

Pensando mais especificamente a respeito da obesidade, verificamos que está relacionada com a constituição da subjetividade nos primeiros anos de vida. Nesse momento inicial da vida o bebê chora para expressar algum desconforto e é a mãe ou o cuidador que vai pouco a pouco dando sentido, nomeando o que ele está sentindo. A mãe vai criando um laço com o bebê e com aquilo que ela vai decidir que lhe dará conforto.

Algumas vezes a mãe ansiosa interpreta o choro de frio, por exemplo, como fome e ao sentir – se aconchegado no colo da mãe e com o alimento, reforça a ideia de que chora por fome, aprendendo a buscar, assim, o aconchego pelo alimento, principalmente os que são à base de leite, alimento experimentado desde os primórdios. Uma criança que recebeu alimentos mais doces nesse momento da vida terá, provavelmente, preferência por esses, pois estará significando segurança e conforto.

Esse desejo inconsciente de permanecer ilusoriamente seguro, a do bebê protegido pela mãe, faz com que o sujeito desenvolva um mecanismo de defesa. A compulsão, ou melhor, uma força chamada pulsão que busca resgatar durante a vida, essa experiência idealizada.

Na obesidade duas forças principais atuam nesse sentido: a pulsão oral, que tem sua fonte principal de prazer na boca, estendendo-se a todo o sistema digestivo. Por isso, na obesidade há também o prazer, mesmo com sofrimento, ao se sentir “estufado”; a pulsão escópica, cujo órgão principal que a sustenta é o olho. Mais do que o olho é o olhar que está em questão. O olhar a comida e mais ainda o olhar sobre o seu próprio corpo. Ao sentir-se mal com seu corpo, come mais. Assim, essas duas pulsões mantêm o sujeito agarrado ao seu sintoma. Falar em tratamento, além das mudanças de hábitos, há que se construir um limite interno, aquele que será capaz de desconstruir a compulsão e fazê-la menos necessária, possibilitando que o sujeito se depare com o feminino ou masculino de seu corpo, sem a necessidade de se excluir. É isso que se propõe em um trabalho psicanalítico. Na fala o sujeito vai se constituindo, construindo sua sexualidade. Um modo de construir esse limite é poder lidar com a falta e com os limites de modo geral, interrogando-se sobre o significado do alimento para o sujeito, resgatando o passado e desconstruindo

os mecanismos inconscientes, a fim de fazer com que o indivíduo possa recontar a própria história.

A obesidade está relacionada à percepção de si, ao controle, a ansiedade e ao desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes. Pessoas com locus de controle interno tendem a localizar em si mesmas o controle, enquanto que os externamente orientados tendem a localizar em outro o controle sobre o que ocorre em suas vidas.

O apreço por si e a percepção de que se tem das habilidades e das capacidades são construídos a partir do contato com o outro, que fornece pistas ao indivíduo sobre o seu desempenho. O sujeito leva consigo um autoconceito positivo ou negativo e atua em função dele. O que o indivíduo pensa sobre si mesmo diz muito sobre a satisfação que extrai de sua vida e das atividades que realiza, sendo um fator de risco ou de suporte para sua saúde mental.

No estudo da obesidade infantil são identificados fatores relacionados com o desenvolvimento da obesidade, ligados, sobretudo ao vínculo familiar disfuncional e com as consequências da obesidade para a criança.

Crianças obesas têm mais chances de desenvolver transtornos mentais, como ansiedade, depressão e transtornos comportamentais.

Vivências dos cuidadores das crianças, de sofrimentos aprisionados podem ser reeditados na relação com os filhos, traduzindo-se em dependência, superproteção e cuidados excessivos com a alimentação, cursando com restrição do convívio social.

Nesses sistemas familiares, as relações entre pais e filhos são atravessadas por conflitos, com prorrogação da dependência mãe-filho e um distanciamento da figura paterna, mostrando-se fragilizado como autoridade. A tentativa de aproximação paterna se revela, muitas vezes, em uma permissividade alimentar que se traduz em dificuldade de impor limites para seus filhos, inclusive na alimentação, trocas afetivas por meio da alimentação.

Esse conflito na interação familiar gera ansiedade nos filhos, o que pode ser expresso como um comer excessivo, comportamento associado a uma postura passiva diante da necessidade de tomar iniciativas em atividades cotidianas, comprometendo a autoconfiança para o estabelecimento de relações interpessoais no contexto social.

O pavor da exclusão é tanto, que o obeso se auto exclui antes que o mundo o faça. Fica imenso a fim de tentar ocupar seu lugar, mas acaba por construir um lugar para si que não é aceito, que é malvisto, o lugar de gordo.

Parece que o obeso tenta engordar cada vez mais seu corpo psíquico a fim de compensar o vazio de seu interior, protegendo-o de sofrimentos que ele imagina insuportáveis.

## 4

### Conclusão

A obesidade é uma epidemia. Traz riscos físicos (diabetes, dislipidemias, alterações respiratórias, cardiovasculares, osteoarticulares e digestivas) além de alterações no estado mental do indivíduo, que pode desenvolver baixa autoestima, depressão, ansiedade, alterações no comportamento alimentar e até sociais, levando o paciente ao isolamento.

A depressão e compulsões são fatores que podem afetar os pacientes após a cirurgia bariátrica. Em alguns casos, os pacientes acabam sendo subdiagnosticados nas consultas anteriores ao procedimento cirúrgico; no entanto, um episódio depressivo, com grande sofrimento psíquico também pode se desenvolver no pós-operatório, devido às inúmeras expectativas inalcançáveis dos pacientes.

Muitas vezes, essas expectativas transcendem o poder da cirurgia bariátrica e os pacientes podem se sentir frustrados e levados a sensação de desamparo.

Ansiedade e depressão estão quase sempre associadas ao aumento do peso. Somando-se o estresse e o sedentarismo, quase sempre levam à obesidade.

A comida é, sem dúvida, fonte de prazer e satisfação, além de haver várias outras fantasias e imagens culturais relacionadas ao alimento, como fonte de força, alegria, afeto, já que o ser humano busca o prazer desde bebê. Torna-se comum associar a comida a uma forma de acabar com as angústias e a sensação de fracasso, culpa, medo, desamparo.

O transtorno depressivo maior caracteriza-se por ser uma doença persistente, havendo um sentimento profundo de tristeza, na maior parte dos dias, por um período de, pelo menos de duas semanas, com alterações cognitivas e funcionais, as quais comprometem a vida do paciente, podendo levar a aumento da irritabilidade, alterações alimentares, de sono, além de outras.

Sabe-se que, comprovadamente, ocorre melhora do paciente em muitos aspectos após a cirurgia bariátrica, como com relação às comorbidades e a

autoestima, quando é bem indicada. No entanto, grande parte desses pacientes interrompe o tratamento clínico e psicoterápico, sem dar seguimento às avaliações no pós-operatório.

No caso de haver um diagnóstico de depressão, o acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico é fundamental a fim de se evitar o sofrimento emocional em longo prazo, já que se trata de um procedimento que exige novos hábitos, sem comprometer também a efetividade da cirurgia bariátrica.

## 5

**Referências bibliográficas**

SADOCK, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica (recurso eletrônico) / Benjamin J. Sadock, Virgínia A. Sadock, Pedro Ruiz; tradução: Marcelo de Abreu Almeida... et al.: revisão técnica: SCHESTATSKY Gustavo... et al. – 11<sup>a</sup> ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

CID -10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DSM V – 5. ed. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed, Porto Alegre, 2014.

STAHL, Stephen M.. Psicofarmacologia – Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas – quarta edição

WATERS G, Pories W, Swanson M, et al. Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. Am J Surg 1991; 161:154-7.

FONTENELLE LF, Mendlowicz VM, de Menezes GB, Papel-baum M, Freitas SR, Godoy-Matos A, et al. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. Psychiatry Res 2003; 119: 189-94.

FREUD, S. 1856-1939. Obras psicológicas completas: edição standard brasileira - O mal estar na civilização (1930), vol. XXI p. 73-148. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD S., 1856-1939. Obras psicológicas completas: ed. standard brasileira – O ego e o Id ( 1923 ), vol. XIX p.23.Rio de Janeiro: Imago, 1996.

ASBS, American Society for Bariatric Surgery . Rationale for the surgical treatment of morbidobesity.

[HTTP://WWW.ASBS.ORG/HTML/RATION.HTML](http://www.asbs.org/html/ration.html) - Updated 04/06/98, Reviewed 04/08/98.

NUNES, M.A.A.; APOLINÁRIO, J.C.; Abuchaim, A.L.G.; Coutinho W e cols. – Transtornos alimentares e obesidade. Artmed, Porto Alegre, 1998.

FERNANDES, M.H. – Uma fome de cão – Transtornos Alimentares .

LA MARCA L Brolin R, CODY R, Keenler H,. Malabsorptive gastric by-pass in patients with superobesity. J Gastrointest Surg. 2002; 6(2): 195-205.

BORDALO L.A, TEIXEIRA T.F. S, BRESSAN J, MOURÃO D.M. Cirurgia bariátrica: como e porque suplementar. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011; 57 (1): 113-120.

ZEVE J.L. M, Novais P.O., Junior N.O. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. Ver. Ciência e Saúde, Porto Alegre. v.5, n.2, p. 132-140, jul./dez.2012.

ABREU, C.N.; Roso, M.e cols – Psicoterapias Cognitiva e Construtivista, novas fronteiras da prática clínica. Artmed.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.; Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

DIAS PATRÍCIA C., Henriques P., Anjos L. A., Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro.Cad. Saúde Pública 2017; 33(7): e 00006016

LIPOVETSKY G. Debate especial: somos a civilização da leveza? Internet, Fronteiras do Pensamento – SP, 2017.

EHRENBERG A., O indivíduo soberano ou o retorno do nervosismo, Paris, Éditions Odile Jacob 1998.

CHIMICATI E. Obesidade: uma doença do afeto. 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 2005.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6ª ed. rev.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.