

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

JACQUELINE MARIA REGIS LIAO

CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS DA AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA,
IMAGEM CORPORAL E DE PERSONALIDADE DE PACIENTES NO PREPARO À
CIRURGIA BARIÁTRICA

BAURU
2023

JACQUELINE MARIA REGIS LIAO

**CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS DA AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA,
IMAGEM CORPORAL E DE PERSONALIDADE DE PACIENTES NO
PREPARO À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de doutor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, UNESP/Bauru, sob orientação do Profº Dr. Érico Bruno Viana Campos.

BAURU
2023

L693c Liao, Jacqueline Maria Regis
Considerações psicanalíticas da avaliação psicodinâmica, imagem corporal e de personalidade de pacientes no preparo à cirurgia bariátrica / Jacqueline Maria Regis Liao. -- Bauru, 2023 254 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientador: Erico Bruno Viana Campos

1. Obesidade. 2. Cirurgia Bariátrica. 3. Psicologia. 4. Psicanálise. I. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE JACQUELINE MARIA REGIS LIAO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU

Aos 03 dias do mês de fevereiro do ano de 2023, às 14:00 horas, no(a) Google Meet, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de JACQUELINE MARIA REGIS LIAO intitulada '**Considerações psicanalíticas da avaliação psicodinâmica, imagem corporal e de personalidade em pacientes no preparo para à cirurgia bariátrica**'. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências (Unesp/Campus de Bauru), Profa. Dra. HELENA RINALDI ROSA (Participação Virtual) do(a) Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade / Universidade de São Paulo (USP), Prof. Dr. RODRIGO SANCHES PERES (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Profa. Dra. CRISTIANE MARQUES SEIXAS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Nutrição Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Profa. Dra. JOSIANE CRISTINA BOCCHI (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências (Unesp/Campus de Bauru). Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: **APROVADA**.

Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Abgail e Elias que no cuidado
e amor suficientemente bons me permitiram voar!*

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, na figura dos docentes e servidores, que em sua dedicação diária sustentam a estrutura acadêmica para nos permitir avançar em nossa relação com o conhecimento.

Ao Érico, meu orientador, que em sua generosidade e gentileza acolheu a mim e meu tema de estudo, respeitando o tempo necessário para meu amadurecimento enquanto pesquisadora. As descobertas que pude fazer ao longo desses anos foi graças ao espaço concedido, mesmo você estando sempre muito presente. Gratidão pelo modo como você transmite a psicanálise em gesto de cuidado com seus alunos!

Aos colegas do Núcleo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Psicanálise (NEEPSICA), que em diferentes momentos me escutaram, incentivaram e forneceram contribuições precisas na escrita deste trabalho.

À equipe do departamento de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), local onde tive espaço para me desenvolver como psicóloga, além da conquista de amigos muito queridos que me acompanham pela vida.

À equipe multidisciplinar de assistência do ambulatório de Gastrocirurgia do referido hospital, a qual tive a sorte de pertencer durante dez anos. O período que trabalhamos juntos foi muito enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional e o aprimoramento da minha escuta como analista.

Aos pacientes e participantes do estudo, que em sua generosidade compartilharam suas histórias, angústias e expectativas. O presente trabalho é resultado desse nosso encontro.

Aos membros da banca pelo cuidado na leitura e revisão do texto e pelas contribuições preciosas à escrita deste trabalho.

À Lívia, pela escuta viva e acolhedora que me auxiliou no acesso às partes, porque não toda, estimulando um contato com o mundo um tanto mais desejante e interessante. Seus re-cortes em minhas palavras produziram ressignificações valiosas, que me permitiram avançar, mesmo frente aos muitos impasses e tempos áridos, que por vezes, marcaram a escrita deste trabalho.

Aos amigos queridos que me acompanham e que de perto e de longe participaram deste período da minha vida tornando-a mais especial e alegre. Vocês são descanso pra alma!

Aos meus pais por todo amor, presença decidida, carinho e respeito aos momentos de ausência em função do tempo dedicado a realização do doutorado. Vocês por perto me trouxeram segurança e cuidado que eu nem sabia que precisava.

Ao meu irmão Dudu, que com sua existência singular me incutiu a curiosidade sobre a mente humana e seus processos. Certamente um grande influenciador no meu interesse pelos estudos psicológicos e psicanalíticos. Sua presença nos traz muita alegria.

Ao Andre, meu parceiro de vida, que sabe como ninguém me fazer sorrir e através disso traz muita leveza para os meus dias. O meu amor eu guardei todo pra você.

Agradeço a Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP) pela concessão da bolsa durante os anos do doutorado.

*É que agora sinto necessidade de palavras –
e é novo pra mim o que escrevo
porque minha verdadeira palavra foi até agora intocada.
A palavra é minha quarta dimensão.
(Clarice Lispector)*

LIAO, Jacqueline Maria Regis. Considerações psicanalíticas da avaliação psicodinâmica, imagem corporal e de personalidade de pacientes no preparo à cirurgia bariátrica 2023. 254f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências, Bauru, 2023.

RESUMO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública na atualidade e acomete indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades. O paradigma biomédico a estabelece como doença de incidência e prevalência crescente e determinante na associação a outras doenças metabólicas, aumentando a morbimortalidade e os gastos em saúde. Entre as estratégias de tratamento, a cirurgia bariátrica (CB) consiste no método para controle de peso, frente ao insucesso de medidas convencionais anteriores nos casos graves. A avaliação e acompanhamento psicológico é uma exigência antes e depois do procedimento cirúrgico, constituindo o tema central do presente estudo. A tese está estruturada em compilação de três artigos que versam sobre a prática da autora como psicóloga pertencente à equipe multiprofissional de um ambulatório de cirurgia bariátrica. Os trabalhos aqui descritos estão organizados em três vertentes de atuação: 1. a proposição de um protocolo psicodiagnóstico interventivo para investigação e compreensão de aspectos psicodinâmicos, de imagem corporal e personalidade de pessoas com obesidade grave, candidatas à cirurgia bariátrica; 2. um estudo prático formativo que abordou a intervenção grupal realizada como tratamento pré-operatório e 3. um ensaio teórico-clínico em psicanálise, sintetizando a distinção sobre a concepção de corpo para a medicina e para a psicanálise. A coleta de dados do primeiro e segundo estudo foi realizada no ambulatório de Gastrocirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – HCFMB. A tese contempla a avaliação e intervenção psicológica elaborada para candidatos à CB, visando contribuir com a literatura da área ao fornecer uma proposta de manejo clínico na abordagem individual e grupal, articulada ao instrumental teórico psicanalítico. Deste modo, consideramos que a proposta apresentada pode favorecer a abordagem psicológica da pessoa com obesidade, no que concerne à compreensão psicodinâmica, e auxiliar no aprimoramento da assistência prestada às pessoas que recorrem ao tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Psicodiagnóstico Interventivo, Psicanálise.

ABSTRACT

Obesity is considered a public health problem today and affects individuals of both sexes and all ages. The biomedical paradigm establishes obesity as a disease of increasing incidence and prevalence, and as a determinant in the association with other metabolic diseases, which increases morbidity, mortality and health care costs. Among the treatment strategies, bariatric surgery is the method for weight control when conventional measures have failed in severe cases. Psychological evaluation and follow-up are required before and after the surgical procedure, and constitute the central theme of the present study. The thesis is structured as a compilation of three articles that deal with the author's practice as a psychologist member of a multiprofessional team of a bariatric surgery ambulatory clinic. The works described here are organized in three strands of action: 1. the proposition of an interventional psychodiagnostic protocol for the investigation and understanding of psychodynamic, body image and personality aspects of people with severe obesity, candidates to bariatric surgery; 2. a practical formative study that approached the group intervention performed as a preoperative treatment and 3. a theoretical-clinical essay in psychoanalysis, synthesizing the distinction about the body conception for medicine and psychoanalysis. The data collection of the first and second study was carried out at the Bariatric and Metabolic Gastrosurgery Outpatient Clinic of Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil. The thesis contemplates the psychological assessment and intervention designed for candidates for bariatric surgery, aiming to contribute to the scientific literature by providing a proposal for clinical management for both individual and group approaches, articulated to the psychoanalytic theoretical instrument. Therefore, we consider that the proposal presented can favor the psychological approach of the obese individuals, regarding the psychodynamic understanding, and can help to improve the assistance provided to people who resort to surgical treatment.

Keywords: Obesity, Bariatric Surgery, Interventional Psychodiagnosis, Psychoanalysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	6
<i>Do que se escuta</i>	6
<i>Da obesidade</i>	13
Referências	18
ESTUDO I	23
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA, PERSONALIDADE E IMAGEM CORPORAL DE MULHERES CANDIDATAS À CIRURGIA BARIÁTRICA	23
Resumo	23
Introdução	23
Método	28
<i>Participantes</i>	28
<i>Critérios de inclusão</i>	29
<i>Critérios de exclusão</i>	29
<i>Instrumentos</i>	29
<i>Questionário sociodemográfico e antropométrico</i>	29
<i>Caracterização da sintomatologia afetiva</i>	29
<i>Caracterização psicodinâmica de personalidade</i>	31
<i>Procedimentos</i>	33
Resultados	33
Discussão	57
Considerações Finais	61
Referências	61
ESTUDO II	65
INTERVENÇÃO GRUPAL INTERDISCIPLINAR REALIZADA COM MULHERES CANDIDATAS À CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	65
Resumo	65
Resumen	65
Abstract.....	66
Introdução	66
A trajetória para o encontro.....	68
A tecitura das tramas narrativas e seus laços	72
Discussão	76
Considerações Finais	78

Referências	78
ESTUDO III	81
DE QUE É-FEITO ESTE CORPO? ENSAIO SOBRE A NOÇÃO DE CORPO E OBESIDADE PARA PSICANÁLISE.	81
Resumo	81
Introdução	81
O corpo para a psicanálise.....	84
Proposições psicanalíticas sobre a obesidade	89
Considerações sobre a Clínica dos Transtornos Alimentares	98
Considerações finais	102
Referências	103
Considerações Finais	105
ANEXOS.....	109

APRESENTAÇÃO

ESCREVER
Não se faz uma frase. A frase nasce.
Clarice Lispector

Em sua origem, este estudo de doutorado se pretendia uma avaliação neuropsicológica de candidatos à cirurgia bariátrica, elaborada com diferentes escalas, testes psicométricos, com análises estatísticas das variáveis atenção, memória, funções executivas e tantas outras. Pode-se afirmar que se pretendia *grande*, com a expectativa de uma amostra numérica relevante. Muitos dados e porque não dizer: *cheio*!

Insinuava-se querendo abarcar muitas informações sobre o que acontece cognitiva e emocionalmente com as pessoas que recorrem ao tratamento cirúrgico para a obesidade, quase numa tentativa de não deixar escapar *nada*, nenhum detalhe, se fazer *completo*, afinal, era um doutorado e tinha que caber *tudo*.

No segundo ano do doutorado, uma guinada! O redirecionamento de orientação se impunha, porque apesar de *cheio* de informações e expectativas, este projeto estava deixando de lado (mais uma vez) algo desejado mas temido pela pesquisadora: se aventurar nos estudos psicanalíticos. Estava sempre às voltas, “comendo pelas beiradas.” Um flerte!

Arriscando-se e se atrevendo nesta aposta, deu-se a mudança de orientação. Contudo, considerando ainda a inclusão de muitos testes, agora projetivos, e também com a perspectiva de uma amostra *grande*, incluindo pessoas que estivessem no tratamento pré, mas que seriam reavaliadas no pós-operatório de bariátrica. A proposta era de que fosse um estudo longitudinal, que trouxesse dados sobre como lidam e se adaptam (ou não) nesta transição do pré ao pós, do corpo obeso ao corpo magro, o que remete às *perdas*

e ao luto. A espera é pela perda de quilos, mas algo mais pode se perder a partir do corte. Nessa toada caminhava a direção da pesquisa, um pouco mais *leve*.

Terceiro ano do doutorado: ano de coleta. Período de realizar as tantas sessões interventivas almejadas, aplicar os instrumentos, acompanhar o preparo cirúrgico... porém, uma pausa, um novo desvio, e porque não dizer: reviravolta. O ano de 2020 foi marcado pela consolidação da pandemia mundial do vírus Sars-coV-2. Todos fomos interrompidos pela ação biológica mortífera do vírus; aterrorizados, não circulávamos mais. A restrição de contato se impôs às pessoas com doenças crônicas e aos idosos inicialmente, ou seja, estavam incluídos nesse grupo as pessoas com sobrepeso e obesidade e, portanto, os serviços de saúde não as receberiam mais. Bloqueiem as cirurgias! Era o imperativo da vez. As UTIs lotadas não tinham capacidade para receber procedimentos eletivos.

Diante do cenário caótico e amedrontador, uma nova mudança importante aconteceu. A saída da nutricionista da equipe, que não era só uma colega de trabalho, mas a profissional com quem tinha sido possível articular um novo modo de fazer a assistência àqueles pacientes nos últimos seis anos. Algumas *perdas* aconteciam.

Com isso, da expectativa inicial de compilar muitos dados de muitas pessoas, poucos foram coletados; poucos fizeram *parte*. Foram poucos os pacientes que puderam comparecer às sessões, agora não mais em grupo, mas estritamente individuais. A circulação de pessoas no ambulatório era quase nula em comparação ao *excedente* pré-pandêmico.

As frustrações e desmotivação com tantas mudanças se achegaram, e muito trabalho de análise foi necessário para avançar no encontro com a *falta*, com a sensação do *vazio* sobre o que escrever. Porque se não tinham os dados, o quê e o porquê escrever?

Novas questões se colocaram. A pesquisa de doutorado que se pretendia testemunhar sobre uma prática de dez anos, que seria desenvolvida através das informações coletadas dos muitos pacientes, tomava novos contornos e encaminhamentos. As crises aconteceram, as readequações clamavam e os prazos se extinguíam. De todo modo, o que se mantinha inabalável desde o início era o desejo de *compartilhar* e *dialogar* com a comunidade acadêmica, sobre este fazer particular no atendimento destinado a essas pessoas.

Do que se pretendia *excesso*, tão familiar (e sintomático ao tema estudado) aos nossos tempos, se fez *parte*. Uma parte do que foi possível dizer/escrever sobre o trabalho com as pessoas ditas obesas, especialmente mulheres, que têm indicação ao tratamento cirúrgico para obesidade.

Desta forma, o presente trabalho se estrutura na forma de uma compilação de artigos que retratam diferentes fases de avaliação e intervenção psicológica durante a trajetória de tratamento pré-operatório. Em função das interrupções causadas pela pandemia, as cirurgias não aconteceram durante vinte meses, portanto, não foi possível realizar o acompanhamento pós-operatório das participantes do estudo porque elas não operaram.

Apresentando a organização da tese, o texto inicia com uma breve introdução sobre o tema e segue com o Estudo I, que contempla a proposta de um protocolo de avaliação individual psicodiagnóstica, em sua vertente interventiva. Está disposto em formato de artigo apresentando os instrumentos utilizados que investigam fatores de personalidade e da imagem corporal. Os achados dos testes foram analisados sob uma

inspeção psicanalítica, cotejando algumas vinhetas clínicas a partir da escuta das pacientes durante a entrevista inicial, que ocorreu previamente à aplicação dos testes¹.

Na sequência é relatada a experiência do grupo interdisciplinar, o Estudo II, que consiste no tratamento oferecido aos pacientes antes do procedimento cirúrgico. Os grupos se dividiam entre masculino e feminino, e a escolha pelo relato deste grupo em particular se justifica pela assiduidade das pacientes, do início ao fim da intervenção proposta, e também pela participação ativa dos alunos estagiários do quinto ano do curso de nutrição, o que possibilitou um processo formativo interdisciplinar para eles, promovendo discussões enriquecedoras na interface psicologia e nutrição.

O serviço em que se desenvolveu este trabalho tem a premissa de que as transformações impostas pela cirurgia exigem um tempo de intervenção multidisciplinar, que possibilite ao paciente compreensão da importância de algumas mudanças prévias, que podem refletir favoravelmente na adaptação ao pós-cirúrgico. Dessa forma, não se realizava apenas avaliação para laudos, mas sim tratamento, tanto na dimensão subjetiva, quanto na relação com o alimento, as quais não cabem apenas no período de uma única avaliação. Vale ressaltar que as participantes do estudo I são diferentes das do estudo II.

O terceiro estudo trata-se de um ensaio teórico-clínico sobre a distinção entre a concepção de corpo estabelecida pelo paradigma biomédico e a proposição psicanalítica, para ressaltar a importância de atentar-se aos fenômenos inconscientes no processo de avaliação psicológica de pessoas candidatas à CB. Recorreu-se à articulação entre os conceitos de pulsão, narcisismo, alteridade e sintoma, consolidando assim, as considerações psicanalíticas deste trabalho.

¹ A transcrição completa das entrevistas está disponível em anexo.

A escuta psicanalítica atenta a estes fenômenos sustenta a aposta de que é onde o saber da medicina não alcança, que a psicanálise pode operar e produzir novos contornos através da palavra, na medida em que pode promover certa simbolização sobre este corpo, bordejando os excessos pulsionais.

Finalmente propõe-se uma discussão e considerações finais sobre o percurso da autora durante a realização destes estudos.

INTRODUÇÃO

Do que se escuta

A primeira sessão de Josi*² é iniciada com uma fala relativamente recorrente entre as pessoas com obesidade e que recorrem à cirurgia bariátrica (CB): a ideia de que cirurgia vai emagrecê-la porque ela não vai mais conseguir comer doces, vai se sentir mal quando comer (se referindo ao *dumping*³) e que por isso ela não vai mais engordar. Josi afirma saber disso porque leu a respeito.

Ao pedir que ela explique melhor o que isso quer dizer, ela conta que ao procurar informações sobre mulheres operadas (nomeadas “bariatricadas” nas redes sociais) leu relatos destacando que o limite imposto pela redução do estômago, o grande responsável pelo emagrecimento é, por conseguinte, supostamente responsável pelo impedimento de comer doces, o que ela mais aprecia e frequentemente consome em sua alimentação. Claramente que a restrição do volume do estômago e consequente emagrecimento é o potencial desse procedimento, mas curiosamente o limite é localizado externamente, num outro lugar.

O limite externo vai se impondo a partir da divulgação de um padrão estético ligado à magreza, marca da cultura contemporânea. A disseminação desse ideal através das mídias digitais e redes sociais atrela o corpo magro ao sinônimo de saúde, somando numa mesma equação saúde-beleza-sucesso-felicidade como supostamente garantias dos corpos magros e, porque não dizer, cada vez mais malhados (de Lucena, Seixas e Ferreira,

² Nome fictício para preservar o sigilo.

³ Pode ser definido como a necessidade de se deitar, palpitação, hipotensão arterial, taquicardia, fadiga, tontura, sudorese, dor de cabeça, rubor, calor, sensação de saciedade, dor e plenitude epigástrica, diarreia, náusea, vômito, cólica, inchaço e borborismo (Chaves e Destefani, 2016).

2020; Machado 2017). Dessa forma cresce em paralelo os procedimentos que oferecem a suposta conquista desse corpo, podendo ser a CB subvertida como uma entre tantas opções disponíveis para emagrecer.

A difusão desse ideário do corpo magro atravessa a todos na atualidade e não é incomum que a busca por corresponder a esses padrões faça parte do objetivo dos indivíduos que recorrem à CB, como justificativa para esse tratamento. Motivados em atender a demanda social de que seus corpos se enquadrem como corpos saudáveis e belos, se submetem a diferentes estratégias para emagrecer, em que a bariátrica é mais uma delas, devido ao emagrecimento rápido e sustentável em alguns casos.

Esse ponto leva a outra questão sobre como se apresentam na situação de atendimento psicológico, uma das etapas exigidas para se submeterem à CB . A relação que estabelecem com o próprio corpo revela certa desapropriação deste (Cosenza, 2019; Seixas, 2019; Machado, 2017), fato perceptível nos relatos de que não sabem o que lhes aconteceu porque quando perceberam já estavam assim (obesos). O emagrecimento do corpo se liga à tentativa de fazer vínculo com o social, através da busca por terem seus corpos aceitos, considerando o corpo como uma via de garantias.

O contexto do tratamento pré e pós-operatório bariátrico exige a estrutura de uma equipe multidisciplinar, tendo em vista seu caráter multifatorial, portanto, profissionais habilitados para o cuidado de diferentes aspectos da vida do paciente acometidos pela obesidade. A recomendação advinda da Portaria nº 425 determina a necessidade de aprovação do psicólogo para realizar o procedimento cirúrgico. Quanto à avaliação psicológica, não há um consenso na literatura sobre um protocolo padrão exclusivo que deva ser utilizado no atendimento a esses pacientes, tema em debate na literatura há alguns anos (Flores, 2014; Joaquim et al., 2019; Nassif et al., 2011; Fabricatore et al., 2006; Travado et al., 2004).

Nessa perspectiva, não fica claro quais variáveis psicossociais devem ser investigadas no processo de avaliação, bem como não está estabelecida a prática de acompanhamento psicológico. Tanto os ambulatórios públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto os planos de saúde, não dispõem de legislação específica articulada ao conselho de classe, para regulamentar a atuação dos psicólogos dedicados a este trabalho. A resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP N.º 007/2003) orienta a prática da avaliação psicológica em diferentes contextos, se estabelecendo como instrumento norteador do CFP nesse sentido.

A iniciativa mais recente de um protocolo de avaliação psicológico foi elaborada por psicólogas da Comissão das Especialidades Associadas (COESA) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) em 2015, o qual orienta o mínimo de três atendimentos no período pré operatório, e sugere atendimento no momento transoperatório/internação e pós operatório⁴. A proposta das psicólogas pretende configurar um *consenso* na área, com instruções sobre o que pode ser feito ao abordar o paciente e familiares em cada etapa, visando adesão às condutas e consequente bom êxito dos efeitos cirúrgicos.

A depender da abordagem teórica que orienta o trabalho de cada psicóloga e da frente de atuação profissional a que ele esteja engajado - ambulatório SUS, convênios ou clínica particular - a maneira como se dá o processo de avaliação e acompanhamento é bastante diversa. Cumpre salientar a responsabilidade que recai sobre esta profissional na definição e análise de critérios de indicação e contraindicação para a CB, além de estabelecer o tempo de acompanhamento, como um período curto ou um longo trabalho

⁴ Acesso ao documento através do link <https://www.sbcbm.org.br/especialistas-da-sbcbm-lancam-consenso-clinico-inedito-na-area-de-psicologia/>

de psicoterapia, a depender das demandas psíquicas dos pacientes, bem como dos limites de cada serviços de assistência, como supracitado.

A psicóloga advertida pela psicanálise exerce sua *escuta* (Schneider, 2019) se interessando, entre tantas outras questões, pela compreensão das determinações inconscientes e conscientes de sentido que ao longo dos anos marcaram a relação com a comida pelo excesso afetivo que transborda; que cala as palavras pela persistência do ato de comer. O porquê e o para quê “o psiquismo organizou-se em torno do corpo pesado” (Mendes; Vilhena, 2016, p. 11).

Essa escuta pode promover o surgimento do interesse de saber, elevando a obesidade a uma questão analítica para o indivíduo, já que diferentemente do entendimento da medicina - a qual toma de antemão a obesidade como uma patologia a ser eliminada - a psicanálise tem outra concepção sobre o que é um sintoma e não atua na direção de extirpá-lo, porque trata-se de uma construção subjetiva muito singular (Seixas, 2019; Seixas; Birman, 2012; Berg, 2011). Resgatando Clarice “até cortar os defeitos pode ser perigoso - nunca se sabe qual o defeito que sustenta nosso edifício inteiro” (Monteiro, 2002).

Entretanto, uma questão que se coloca anterior a essa sobre a abordagem teórica da psicóloga e mesmo de como ela conduz os atendimentos, trata-se do questionamento de alguns candidatos à CB sobre por que ter de se submeterem a uma avaliação/acompanhamento psicológico, se o que eles buscam é a intervenção cirúrgica. Essa dúvida indica a expectativa de efetuar o corte no corpo, já que localiza nisso a possível solução de grande parte do sofrimento causado pelas experiências negativas da obesidade. Diante dessa incerteza cabe a psicóloga este passo inicial de esclarecer aos candidatos algumas justificativas dessa necessidade. Isso pode ser favorecido com o auxílio de um protocolo, o que se coloca como um dispositivo disparador, fornecendo

algum direcionamento aos atendimentos, por questionar determinados aspectos da vida do paciente, a partir do qual ele pode construir alguma narrativa sobre a sua experiência com a obesidade.

Vale sublinhar que não se desconsidera a realidade do sofrimento vivenciado pelas limitações concretas impostas pela obesidade, seja do ponto de vista físico – dores diversas, limitações de locomoção, perda de flexibilidade e funcionais, acessibilidade, etc. – ou psíquico – sintomatologia depressiva e ansiosa, vivências de preconceito, estigmatização, rejeição e exclusão social, etc. – mas o convite que a psicóloga faz ao paciente para falar de si consiste na tentativa de constituir um saber sobre a experiência singular de cada um na vivência dessa condição. Inferimos na aposta de que pela palavra haja esvaziamentos, quiçá evitando que esse excesso transborde em outros sintomas futuros, independente da cirurgia.

Por conseguinte, somada a dificuldade de clareza sobre a importância da avaliação psicológica, possivelmente o psicólogo se depare com a resistência para falar de si, um assunto discutido na literatura dedicada ao atendimento de pessoas com obesidade (Seixas, 2019; Machado, 2017; Magdaleno Junior; Chaim & Turato, 2009). Nesta empreitada de convidar o paciente para falar sobre as questões relacionadas a experiência do excesso em sua história, subjetivando assim o que é obesidade para ele, o analista pode se deparar com “dificuldades na associação livre, falas esvaziadas de sentido, emudecimentos, vazios, angústias indizíveis, momentos melancólicos, atuações ou sintomas orgânicos” (Machado, 2017, p. 144).

Dessa forma, se observa que o sofrimento é atribuído ao excesso do corpo orgânico, mas pouco articulado à dimensão emocional, às angústias psíquicas do corpo imaginário, o que reforça a busca por solução direcionada mais comumente à medicina e não à psicanálise. Isso se dá especialmente em se tratando dos atendimentos psicológicos

realizados em serviços públicos de saúde, como os hospitais, que frequentemente congregam as equipes multiprofissionais dedicadas à CB.

No contexto hospitalar, regido pelo saber médico está também a psicanalista, talvez considerado por alguns como uma “pedra no meio do caminho”; talvez um desvio, mas nunca um atalho. Ela se oferece para escutar e acolher, com cada pessoa respondendo muito singularmente a esta oferta. Alguns, como Josi, vão responder com pouca abertura a esse convite para tratar de sua singularidade, aferrando-se às certezas que credita à cirurgia, mantendo-a num lugar ideal a ser alcançado.

Já outros pacientes, como Ana, expressam outros efeitos ao usufruir dessa oferta, chegando a afirmar, ao final de uma sessão, que nunca imaginou que alguém se interessaria pelo que ela tinha a dizer e quisesse ouvi-la ou que se importasse em querer saber de situações cotidianas de sua vida em família, mas que lhe traziam grande sofrimento. Sobretudo, que se escutar falando disso pudesse lhe proporcionar outro entendimento, considerando lidar de outra forma menos angustiante com sua condição. Conseguiu ainda, abordar aspectos de sua vida que lhe parecem ter relação com sua condição corporal, topando a chance para se pôr a pensar sobre si mesma, percebendo que algumas de suas queixas dependiam muito mais de seu reposicionamento subjetivo, suas decisões e atitudes do que de seu emagrecimento; situações às quais não caberia a cirurgia, até porque não se sabe *a priori* o modo como cada pessoa responderá singularmente à CB.

Podemos inferir que para Ana, a escuta oferecida para falar de si foi usufruída para além do que isso poderia significar em termos de aprovação ou não para operar. Não estava preocupada em não chorar na frente da psicóloga porque isso poderia inviabilizar a sua indicação para operar. Pelo contrário, a experiência do acolhimento e escuta

possibilitaram deslocar o problema atribuído à obesidade para outro lugar. Houve um descentramento da cirurgia enquanto ideal, permitindo que ela cuidasse de outro *peso*.

A destituição da CB enquanto solução ideal de *todos* os problemas pode ser considerada como uma operação possível e necessária para que um trabalho analítico aconteça. Do contrário, a analista não fará parte do processo porque ela não cabe no ideal, já que não pactua dele. É uma operação que se constrói em *ato* para suscitar questões e lançar luz sobre a subjetividade, resgatando o sujeito calado pelo sintoma e pelo saber biomédico (Moretto, 2019). Trata-se de provocar a substituição dos pontos finais pelas interrogações. A escuta atenta na direção do *sujeito do inconsciente* poderá deslocar o problema que está exclusivamente atribuído ao excesso do corpo para um outro lugar. E essa escuta pode promover o giro discursivo rumo a outros excessos, outros pesos, gerando o esvaziamento dos ideais e expectativas irreais.

Dentre tantas perguntas, talvez poder dizer/saber de sua singularidade frente ao porquê do excesso? Por que chegou naquele peso? Por que acha que a CB vai resolver problemas? Porque acreditou que iria desaparecer as vontades relacionadas aos seus alimentos preferidos? Estas e tantas outras questões carecem de uma escuta de quem quer escutá-la.

Enquanto o saber médico se interessa pela observação do corpo orgânico por meio de relações anatomofisiológicas que por vezes obstaculiza a palavra, a psicóloga advertida pela psicanálise está em busca de seu *sentido*, criando aberturas para que ela possa com-versar, integrando o corpo ao discurso, criando vias de expressão para os diversos afetos daquele sujeito que padece, não só do mal orgânico (Silva, 2017).

Moretto (2019) ressalta que a sustentação da psicanálise nas instituições de saúde é trabalho das psicanalistas, pois ainda que a presença desta esteja bem estabelecida

naquelas, o lugar e o ato do analista se constrói cotidianamente; não está dado *à priori*. Será assim em cada atendimento, a cada caso, ao se interessar pelo saber inconsciente do paciente, convidando-o a falar sobre o que somente ele pode dizer sobre si, inserindo-o como corresponsável pelo seu processo terapêutico, que se faz notar a relevância da dimensão subjetiva resguardada pelo discurso psicanalítico. É só através desta escuta que ela pode construir um saber singular sobre o seu sofrimento e sobre como atingir as mudanças desejadas. Nesse sentido, podemos afirmar que é porque a medicina não se atém ao advir do sujeito é que a psicanálise tem um porquê de estar no hospital: para incitar o desejo de saber, “(...) tendo como direção o fazer falar para que possa existir em cada paciente o que possui de mais singular, de sua história, sua subjetividade.” (Silva, 2017, p. 184).

Da obesidade

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, considerada um problema de saúde pública nas sociedades industrializadas e em desenvolvimento (OMS, 2000). Sua definição corresponde ao acúmulo de tecido adiposo e desequilíbrio entre o consumo calórico excessivo e baixo gasto energético (Kral, 2001). Entre os fatores envolvidos no curso da obesidade atribui-se o estilo de vida moderno caracterizado por maior sedentarismo, a má qualidade da alimentação, aspectos psicológicos, hormonais, genéticos, socioeconômicos e outros.

O aumento da obesidade no mundo é preocupante por estar relacionada ao desenvolvimento e curso de outras doenças como as cardiovasculares (hipertensão arterial), metabólicas (diabetes tipo II), pulmonares, osteoarticulares, apnéia obstrutiva do sono e alguns tipos de câncer (Chantler; Lakatta, 2009). Essas comorbidades clínicas

somadas às perturbações psicossociais, como o preconceito, discriminação (Hayden et al., 2010; Ackner, 2005), entre outros, implicam redução da qualidade e expectativa de vida, gerando maiores gastos da saúde pública com medidas preventivas e de tratamento (Carvalho, 2005; Dixon, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) publicou dados recentes da prevalência de sobrepeso na população mundial adulta (≥ 18 anos) indicando que mais de 39% da população adulta mundial estava acima do peso e as projeções para 2025 estimam que haverá 700 milhões de obesos no mundo.

Entre os brasileiros, os dados também são alarmantes, revelando que nos últimos quarenta anos a prevalência da população adulta com obesidade aumentou. Mais de um quarto da população adulta está obesa, isto é, 26,8% da população. Entre as mulheres, o aumento saltou de 14,5% para 30,2%, enquanto que entre os homens o aumento foi de 9,6% para 22,8% (IBGE, 2019).

Os critérios de definição de sobrepeso e obesidade foram propostos pela OMS (1997) sendo expressos pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que corresponde à razão entre o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Assim: sobrepeso (25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$), e acima deste valor considera-se a obesidade numa distribuição de gravidade em níveis, sendo: obesidade grau I (30 a $34,9 \text{ kg/m}^2$), grau II (35 a $39,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade grau III ($\geq 40 \text{ kg/m}^2$).

Já a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade classificam a obesidade em seis níveis: obesidade leve (27 a 30 kg/m^2), obesidade moderada (30 a 35 kg/m^2), obesidade grave (35 a 40 kg/m^2), obesidade mórbida (40 a 50 kg/m^2), superobesidade (50 a 60 kg/m^2) e super-superobesidade (maior que 60 kg/m^2) (Puglia, 2004).

Considera-se atualmente a cirurgia bariátrica (CB) como o tratamento mais eficaz para os níveis elevados de obesidade, objetivando a resolução de comorbidades clínicas e psicossociais, proporcionando maior expectativa e qualidade de vida ao indivíduo. De acordo com Segal e Fandiño (2002), o aumento de indicação das intervenções cirúrgicas deve-se aos resultados insatisfatórios dos tratamentos convencionais para a obesidade grau III, quando baseados em dietas, fármacos e exercícios.

Conforme destacado anteriormente, a realização desse procedimento exige a constituição de um serviço e de uma equipe especializada. No que tange a esfera do tratamento psicológico, diversos estudos têm avaliado a presença de psicopatologia (Ferreira et al., 2014; Silva; Maia, 2013; Mühlhans et al., 2009; Glinski; Wetzler; Goodman, 2001), traços de personalidade (Bordignon et al., 2017; Turcato et al., 2017; Armon et al., 2013; Ellickson-Larew et al., 2013; Langaro et al., 2011), qualidade de vida (Chagas; Neves, 2015; Lier et al., 2011; Brilmann; Oliveira; Thiers, 2007; Larsson et al., 2002), compulsão alimentar (Lavender et al., 2014; Matos et al., 2002) e funções cognitivas (Hawkins et al., 2015; Prickett et al., 2015; Alosco et al., 2014; Lavender et al., 2014).

A revisão de literatura realizada por Malik et al. (2014) encontrou que as taxas de transtornos psiquiátricos entre os candidatos à cirurgia bariátrica foram consideravelmente maiores e os distúrbios afetivos e de ansiedade foram os mais comuns. Já a metanálise realizada por Dawes et al. (2016), identificou que sintomas depressivos e de compulsão alimentar são transtornos comuns em pacientes bariátricos e que a perda de peso após a cirurgia contribui na melhora dos sintomas depressivos.

Baptista et al. (2008) investigaram a presença de sintomas depressivos e a qualidade de vida em obesos em estágio pré e pós-operatório, encontrando prevalência de mais de 20% da amostra com sintomas depressivos moderado/grave de acordo com o

inventário de Beck (BDI). No que diz respeito às dimensões da qualidade de vida investigadas (física, psicológica, social e ambiental), todas elas foram influenciadas em algum nível pela obesidade. Demais estudos que avaliaram estes aspectos encontraram resultados semelhantes (Segal; Fandiño, 2002; Matos et al., 2002).

A identificação e análise de traços e transtornos de personalidade em candidatos à cirurgia bariátrica consiste em um dos focos recentes de pesquisa nessa área, pois auxiliam na compreensão do funcionamento dos pacientes, em características que interferem negativa ou positivamente na adesão às condutas do tratamento pré-operatório e aos possíveis desdobramentos no pós-operatório, contribuindo assim, para o planejamento de intervenções adequadas, nos diferentes momentos do acompanhamento destes. A revisão sistemática de literatura realizada por Bordignon et al. (2017) analisou 16 estudos que revelaram, de forma geral, resultados indicando uma tendência à redução da prevalência de transtornos de personalidade e diminuição dos escores de neuroticismo e aumento dos escores de extroversão após a cirurgia.

No cenário brasileiro ainda são poucas as pesquisas sobre o tema da relação entre a obesidade grave e as avaliações psicodinâmicas e de personalidade (Flores, 2014; Bordignon et al., 2017), justificando a elaboração desta pesquisa de doutorado. Dentre as justificativas para este estudo, destaca-se ainda a prevalência de sobrepeso e obesidade que tem crescido significativamente nos últimos anos em todo o mundo, aumentando os índices de morbimortalidade devido sua associação com doenças cardiovasculares, endocrinológicas e prejuízos psicossociais, tornando-se um problema de saúde pública.

Entre as propostas de tratamento para a obesidade grau III, a cirurgia bariátrica se apresenta como a alternativa mais efetiva no controle de peso e redução de comorbidades, promovendo melhora e aumento da expectativa de vida dos indivíduos que se submetem

a tal procedimento. Feita a opção por este tratamento, tendo em conta os critérios de inclusão, que serão abordados adiante, é necessário que o paciente seja avaliado e acompanhado no período pré e pós-cirurgia por uma equipe multiprofissional, da qual a psicóloga faz parte. Esta profissional utiliza instrumentos psicométricos e da abordagem clínica para identificar aspectos emocionais e cognitivos do paciente frente a este tratamento, e também, estimar a extensão dos impactos da redução drástica de peso em curto prazo sobre o funcionamento psíquico e a vida do indivíduo como um todo.

Como indicado, no Brasil não há ainda um consenso sobre quais instrumentos devem fazer parte do protocolo de atendimento ao paciente pré-bariátrica, mas há indicativos na literatura sobre a relação entre o excesso de peso e prejuízos diversos (De Lucena; Souza; Alchieri, 2012). Há na literatura estudos que investigam a interferência de traços de personalidade no curso da obesidade (Generalli; De Panfília, 2018; Bordignon et al., 2017), o que aponta a pertinência em incluir instrumentos que avaliem esta dimensão em pesquisas com estes pacientes, bem como avaliação qualitativa da dimensão imagem corporal (Catharin, 2019).

Reconhece-se que a obesidade é uma doença multifatorial e que interfere em diversas esferas do funcionamento dos sujeitos dito obesos, os quais podem apresentar sintomas de compulsão alimentar, sintomas ansiosos e depressivos, prejuízos na qualidade de vida relacionada à saúde, nas interações sociais e amorosas, dificuldade de escolarização e colocação profissional, etc., implicando a importância de que estas variáveis sejam observadas e analisadas para auxiliar na melhor compreensão dos fatores relacionados à obesidade, podendo assim, aprimorar a assistência prestada a estes pacientes, e criar ações que os auxiliem na adesão de comportamentos saudáveis, no autocuidado e maior controle de peso a longo prazo.

Diante dessa introdução geral, que dá conta da contextualização, caracterização e revisão bibliográfica, daremos agora sequência aos estudos previstos no plano de compilação de artigos da tese.

Referências⁵

Ackner SE. The obese patient: the psychosocial burden of obesity and the role of bariatric surgery. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005;2(12):53.

Alosco ML, Galioto R, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, Cohen R, et al. Cognitive function after bariatric surgery: evidence for improvement 3 years after surgery. *Am J Surg*. 2014;207(6):870-6. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.05.018.

Armon G, Melamed S, Shirom A, Shapira I, Berliner S. Personality traits and body weight measures: concurrent and across-time associations. *Eur J Personal*. 2013;27(4):398-408.

Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Aval Psicol [Internet]*. 2008 [citado 12 Abr 2021]; 7(2):235-47. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200014&lng=pt.

Berg, R. (2011). Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14, 183-196.

Bordignon S, Aparício MJG, Bertoletti J, Trentini CM. Personality characteristics and bariatric surgery outcomes: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(2):124-34. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de Março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 1 Set 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html

Brilmann M, Oliveira MS, Thiers VO. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad Saúde Colet*. 2007;15(1):39-54.

Carvalho JEQ. Risco de doenças e custos da obesidade. Cuidados pré e pós operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE; 2005. p. 34-45.

⁵ As referências seguem em separado para cada parte da tese, devido ao formato de compilação de manuscritos. Da mesma forma, a normatização varia, seguindo as diretrizes dos periódicos para os quais os estudos foram ou serão enviados. Para a introdução e considerações finais, se segue o padrão APA.

Catharin V. Significados atribuídos à imagem do corpo em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica e metabólica: um estudo psicanalítico [dissertação]. Bauru: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências; 2019.

Chagas MO, Neves SMM. Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. *Estudos*. 2015;42(4):465-79.

Chaves YDS, Destefani AC. Pathophysiology, diagnosis and treatment of dumping syndrome and its relation to bariatric surgery. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2016; 29, 116-119.

Cosenza, D. (2019). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios* (Vol. 2028). Ned Ediciones.

Chantler PD, Lakatta EG. Role of body size on cardiovascular function. *Hypertension*. 2009;54(3):459-61.

Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. *JAMA*. 2016;315(2):150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118.

De Lucena BBV, Seixas CM, Ferreira FR, & Prado SD. Imagem Corporal pelo olhar da Psicanálise: contribuições para o campo da Alimentação e Nutrição DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, 2020;15, 46198.

De Lucena MCM, Souza HKC, Alchieri JC. Revisão de aspectos técnico-metodológicos da avaliação psicológica de candidatos à cirurgia bariátrica. *Bol Acad Paul Psicol*. 2012;32(83):408-23.

Dixon JB. The effect of obesity on health outcomes. *Mol Cell Endocrinol*. 2010;316(2):104-8.

Ellickson-Larew, S., Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2013). Pathological eating behaviors, BMI, and facet-level traits: the roles of conscientiousness, neuroticism, and impulsivity. *Eating behaviors*, 14(4), 428-431.

Fabricatore AN, Cramerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg*. 2006;16(5):567-73. doi: 10.1381/096089206776944986.

Ferreira A, Santos O Raimundo G, Pegacho M, Carvalho M. Psychological characterisation of severely obese patients: pre-and post-bariatric surgery. *Biomed Biopharm Res*. 2013;10(1):31-42.

Flores CA. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27:59-62.

Generali, I., & De Panfilis, C. (2018). Personality traits and weight loss surgery outcome. *Current obesity reports*, 7(3), 227-234.

Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2001;11(5):581-8.

Hawkins MA, Alosco ML, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, Cohen R, et al. The Association between reduced inflammation and cognitive gains after bariatric surgery. *Psychosom Med.* 2015;77(6):688-96. doi: 10.1097/PSY.000000000000125.

Hayden MJ, Dixon ME, Dixon JB, Playfair J, O'Brien PE. Perceived discrimination and stigmatisation against severely obese women: age and weight loss make a difference. *Obes Facts.* 2010;3(1):7-14. doi: 10.1159/000273206.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 15 Abr 2021]. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>

Joaquim, B. O., Bassetto, J. A., Castro, M. P., & Polli, G. M. (2019). Evaluación psicológica pre-cirugía bariátrica: la experiencia de los pacientes. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 39(96), 109-117.

Kral JG. Morbidity of severe obesity. *Surg Clin.* 2001;81(5):1039-61.

Langaro F, Vieira APK, Poggere LC, Trentini CM. Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Aval Psicol.* 2011;10(1):71-9.

Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life—a Swedish population study. *Int J Obes.* 2002;26(3):417-24.

Lavender JM, Alosco ML, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, Cohen R, et al. Association between binge eating disorder and changes in cognitive functioning following bariatric surgery. *J Psychiatr Res.* 2014;59:148-54. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.08.004.

Lier HO, Biringer E, Hove O, Stubhaug B, Tangen T. Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:79. doi: 10.1186/1477-7525-9-79.

Llickson-Larew S, Naragon-Gainey K, Watson D. Pathological eating behaviors, BMI, and facet-level traits: the roles of conscientiousness, neuroticism, and impulsivity. *Eat Behav.* 2013;14(4):428-31. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.06.015.

Machado, M. G. (2017). Obesidade mórbida na contemporaneidade: entre o excesso do corpo e o silêncio das palavras. *Ide*, 39(63), 135-147.

Magdaleno Junior, R., Chaim, E. A., & Turato, E. R. (2009). Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1): 73-78.

Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry.* 2014;55(2):248-59. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.021.

Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(4):165-9.

Mendes, N., & Vilhena, J. (2016). Corpo de consumo, corpo consumido: uma experiência ambulatorial no atendimento a pacientes de cirurgia bariátrica. *Polêm!ca*, 16(3): 09-30.

Monteiro, Teresa (org.). *Correspondências*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

Moretto, M. L. T. (2019). Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. *Revista da SBPH*, 22(SPE), 19-27.

Mühlhans B, Horbach T, Zwaan M. Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(5):414-21.

Nassif DSB, Malafaia O, Nassif PAN, Kuretzki CH, Lucas RWC, Pinto JSP. Protocolo eletrônico multiprofissional em cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011;24(3):215-8.

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 12 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Prickett C, Brennan L, Stolwyk R. Examining the relationship between obesity and cognitive function: a systematic literature review. *Obes Res Clin Pract.* 2015;9(2):93-113.

Puglia CR. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. *Rev Assoc Méd Bras.* 2004;50(2):118.

Resolução CFP nº 7/2003. (2003). Manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes da avaliação psicológica. Institui o Manual de Elaboracao de Documentos Escritos produzidos pelo psicologo, decorrentes de avaliacao psicologica e revoga a Resolucao CFP ° 17/2002. Brasília: CFP.

Schneider VS. Psicanálise no hospital?. *Rev SBPH.* 2019;22(esp):44-61.

Seixas, C. M. (2019). Dimensões clínicas do ato na obesidade: compulsão por comer e sintoma na perspectiva psicanalítica. *Psicologia em Estudo*, 24.

Seixas, C. M., & Birman, J. (2012). O peso do patológico: biopolítica e vida nua. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19, 13-26.

Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 Supl 3:68-72.

Silva ABHCD. O discurso do analista como possibilidade da psicanálise aplicada no hospital. *Rev SBPH.* 2017;20(2):166-87.

Silva SSP, Maia AC. Psychological and health comorbidities before and after bariatric surgery: a longitudinal study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(4):264-71.

Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Anál Psicol.* 2004;22(3):533-50.

Turcato TD, Lima CP, Serralta FB. Obesidade, características de personalidade e sofrimento psicológico: um estudo de caso controle. *Quad Psicol.* 2017;19(1):59-71

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva: WHO; 1997.

ESTUDO I

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA, PERSONALIDADE E IMAGEM CORPORAL DE MULHERES CANDIDATAS À CIRURGIA BARIÁTRICA.

Resumo

A obesidade é considerada uma doença grave, que acomete pessoas de ambos os sexos e em todas idades, prevalente em todo mundo. É uma doença multifatorial e a vertente psicológica carece de estudos que instrumentalizem a abordagem de pessoas nesta condição, quando indicadas à cirurgia bariátrica (CB), considerando a exigência da avaliação psicológica de seus candidatos. Este estudo apresenta uma proposta de protocolo de avaliação psicodiagnóstica interventiva. Participaram do estudo 4 mulheres, com média de idade 43,75 anos e média do IMC 54,6. Os instrumentos utilizados foram questionário semi estruturado, entrevista inicial e as seguintes escalas referentes aos domínios da compulsão alimentar (Escala de compulsão alimentar periódica-ECAP), imagem corporal (*Body Shape Questionnaire* - BSQ), sintomas depressivos (*Beck Depression Inventory*) e de personalidade (Desenho da Figura Humana com história DFH-H; Inventário Fatorial de Personalidade-IFP-II; Pirâmides Coloridas de Pfister-PCP). Os resultados evidenciaram ausência de sintomas depressivos e de comportamento de compulsão alimentar, e somente uma paciente com insatisfação grave com a forma corporal. Os testes projetivos foram analisados conforme a literatura da área. A avaliação psicodiagnóstica interventiva que antecede à CB consiste em etapa importante para delinear as intervenções durante o tratamento pré-cirúrgico. O cuidado da dimensão emocional possivelmente favorece melhor adaptação às transformações do pós-operatório. O estudo visa difundir essa estratégia entre os psicólogos vinculados aos serviços de assistência ao paciente bariátrico, para aprimorar o manejo direcionado a este público no período que antecede à CB.

Palavras-chave: Obesidade Grau III. Cirurgia Bariátrica. Avaliação Psicológica. Imagem Corporal. Técnicas projetivas.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo de tecido adiposo no corpo e a gravidade é distribuída em níveis, sendo o nível III o mais grave, nomeada mórbida (IMC: > 40 kg/m²). Este alto índice justifica que pessoas nestas condições sejam

indicadas para cirurgia bariátrica (CB), devido ao aumento do risco em desenvolver comorbidades, como agravos relacionados a hipertensão arterial, complicações de diabetes mellitus tipo II, doenças cardiovasculares e endocrinológicas, dores articulares, apnéia do sono (Joaquim et al., 2019). Considera-se que quanto maior o índice de obesidade, maior o risco de comorbidades e suas complicações, gerando prejuízos na qualidade de vida.

Os precursores da obesidade são diversos, compreendendo desde a variabilidade genética, alterações no padrão dietético atual devido o apelo midiático do consumo de produtos alimentícios industrializados e consequente redução de preparações culinárias caseiras, bem como o sedentarismo vigente na sociedade tecnológica, se caracterizando assim um quadro multifatorial. Dessa forma, exige tratamento multi e interprofissional (Joaquim et al., 2019; Garrido; Mota, 2021).

Além de agravantes clínicos atrelados à obesidade, observa-se perturbações psicossociais que interferem negativamente no cotidiano de pessoas nessa condição. Dificuldades de locomoção, perda da autonomia para vestir-se, higienizar-se, restrições para executar atividades de estudo e trabalho devido a ergonomia dos assentos na maioria dos ambientes (Araújo et al., 2018). Quanto à dimensão psicológica destaca-se insatisfação com a autoimagem, por não corresponder a um padrão estético difundido pelas mídias digitais e redes sociais, consequentemente gerando sentimentos de inadequação social.

Pessoas com obesidade vivenciam situações de preconceitos e estigmatização, o que interfere na autoestima, produzindo isolamento social, com maiores chances de desenvolver sintomatologia ansiosa, depressiva e comportamento alimentar compulsivo (Felippe, 2003; Dziurawicz-Kozłowska, 2006; Soweck et al., 2020). Assim, cabe ressaltar

que a obesidade em si não configura psicopatologia, mas pode desencadear sofrimento psíquico como consequência da obesidade.

Diante desse conjunto de perdas funcionais e perturbações na esfera psicossocial é compreensível que os candidatos à cirurgia considerem que o emagrecimento poderá solucionar boa parte destes infortúnios causados pela obesidade. Porém, o período que antecede à CB exige que os pacientes sejam atendidos por equipe multidisciplinar e que algumas transformações relacionadas ao comportamento alimentar e à estabilidade emocional sejam alcançadas (SBCBM, 2013).

A iniciativa mais recente de um protocolo de avaliação psicológico foi elaborada por psicólogas da Comissão das Especialidade Associadas (COESA) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) em 2015, o qual orienta o mínimo de três atendimentos no período pré operatório, sugerindo atendimento no momento transoperatório e pós operatório. Entretanto, tal proposta deixa em aberto quais variáveis psicológicas e instrumentos devem ser utilizados nos atendimentos e não instrui sobre o manejo das informações coletadas. Portanto, preserva a liberdade da psicóloga para determinar a abordagem teórica a qual realiza a interpretação dos dados e conduz suas intervenções. Cabe ressaltar, que persiste na literatura da área discussões sobre a ausência de formalização de protocolo de avaliação específico, regulamentada pelos órgãos oficiais (Flores, 2014; Joaquim et al., 2019).

Entre as publicações sobre o tema da avaliação psicológica se propõe investigar e compreender o histórico da obesidade, a constituição das relações familiares e interpessoais, o funcionamento psicodinâmico, a relação com o comportamento alimentar, o uso e abuso de substâncias, os recursos egóicos para se apropriar de adaptações que vão favorecer o pós-operatório e conseguir lidar com os efeitos cirúrgicos (Flores, 2014).

No processo de avaliação, a variável imagem corporal (IC) consiste em dimensão exclusivamente psicológica (Saur, 2007) e que contempla índices de saúde mental, já que esta característica pode sugerir presença de transtornos alimentares e dismorfia corporal. A verificação de insatisfação com a IC se coloca como recurso para compreender a dimensão psicológica relacionada à obesidade (Almeida, Loureiro e Santos, 2002). Trata-se também de um tema recorrente na fala dos candidatos à CB por se sentirem insatisfeitos com seus corpos, devido à proporção aumentada quando comparado aos corpos magros promulgados pelas mídias, como sendo os corpos belos e desejados. Pode-se afirmar que a tal insatisfação e a visão negativa com a própria imagem justificam a busca dessas mulheres por tratamento para emagrecer.

Todavia, a constituição e internalização da IC não se refere meramente a sua forma física. Engloba desde a percepção motora, aspectos cognitivos, socioculturais e se altera através do tempo, das experiências e relações, perpassando diferentes aspectos psicológicos, tanto conscientes quanto inconscientes, o que lhe confere o caráter dinâmico (Catharin, 2019; de Lucena, Ferreira, Seixas e Prado, 2020).

Destaca-se que quando a abordagem psicológica direcionada aos pacientes que buscam pela CB é realizada por profissionais advertidos da conceituação psicanalítica sobre a dimensão inconsciente do corpo, considera-se que os profissionais entendem a complexidade da relação que envolve o indivíduo com seu corpo e sua alimentação, o que pode tornar mais robusta suas intervenções, orientando melhor sua escuta para a singularidade do caso a caso. Cabe sublinhar que o esquema corporal é o mesmo, mas a imagem do corpo é singular (de Lucena, Ferreira, Seixas e Prado, 2020). Não raro, se atribui à CB expectativas de que a mudança na forma corporal através do emagrecimento, consequentemente reflita transformações em outras dimensões da vida (Machado, 2017), o que revela a preponderância do interesse e acesso dos indivíduos a sua forma física.

Essas e outras expectativas devem ser abordadas no processo de avaliação pré-operatória, auxiliando o candidato à reorganização psicoemocional e social que independe da cirurgia. A partir das informações obtidas através do psicodiagnóstico será possível implementar assistência direcionada ao perfil psicológico desses pacientes, com o manejo adequado.

Alguns estudos que discutem sobre os aspectos relevantes da abordagem psicológica direcionados aos candidatos à CB (Travado et al., 2004; Rebelo, e Leal, 2007; Quadros, Bruscatto e Branco Filho, 2017; Almeida et al., 2011) se detêm na análise quantitativa dos dados encontrados. Nesse sentido, o presente artigo apresenta a proposta de protocolo de avaliação psicológica estruturada como um psicodiagnóstico interventivo e se propõe a realizar uma análise qualitativa de inferência psicanalítica nas dimensões investigadas. Como bem esclarecido por Barbieri (2009):

O Psicodiagnóstico Interventivo é um procedimento clínico que consiste em efetuar intervenções já no momento de realização de entrevistas e aplicação de testes, oferecendo ao paciente devoluções durante todo o processo avaliativo e não somente ao seu final. Neste contexto, as técnicas projetivas são empregadas como meios de comunicação entre o psicólogo e o paciente. (p. 210).

A instrumentação teórica que sustenta essa comunicação entre a psicóloga e o paciente consiste em fator primordial para direcionar as intervenções técnicas durante o processo de avaliação. Corroborando essa ideia, o recente trabalho de Garrido e Mota (2021) apresenta como modalidade avaliativa no contexto da CB, o estudo de caso de uma paciente que recorreu à CB e permaneceu em análise psicanalítica de vertente kleiniana durante três anos e meio. O dualismo pulsional foi destacado pelos autores como conceito chave da teoria psicanalítica, que ilustra as compulsões presentes na psicopatologia contemporânea:

Nesse processo mais primitivo a quantidade de excitação que atravessa o aparelho psíquico flui livremente, exigindo uma *descarga imediata das tensões* (pulsão de morte). E no mais elaborado, a tensão e excitabilidade que atravessam

o aparelho psíquico estabelecem ligações com representações psíquicas (pulsão de vida) (Garrido; Mota, 2021, p. 642. Grifos nossos).

Atender a exigência de descarga imediata das tensões corresponde a repetição da ação motora em detrimento da mediação simbólica, ou seja, “o aparelho psíquico funciona numa espécie de curto-circuito entre o impulso e a ação” (Mayer, 2002 apud Garrido e Mota, 2021).

Demais pesquisas de cunho psicanalítico salientaram a dificuldade de elaboração simbólica presente no auto relato de pessoas com obesidade no contexto da CB (Machado, 2017; Seixas, 2019; Catharin; Campos; Bocchi, 2020), em que o predomínio do ato compulsivo obstaculiza a expressão simbólica dos afetos e de suas experiências de vida. Nesse sentido, o protocolo de atendimento psicológico subsidiado pela escuta psicanalítica foi elaborado para uso no cenário da assistência ambulatorial, como tentativa de ampliar o contato dos candidatos à CB a sua dimensão psíquica inconsciente.

Método

O método utilizado neste estudo foi concernente à proposta de psicodiagnóstico interventivo, contemplando três encontros com as participantes para a realização da avaliação, inserindo-se em delineamento empírico de estudos de casos. A abordagem clínico-qualitativa de pesquisa *em* psicanálise orientou a análise e interpretação dos dados (Campos, 2021).

Participantes

As 4 participantes deste estudo foram submetidas a uma série de instrumentos para avaliação psicodinâmica, de personalidade e imagem corporal. As candidatas à CB pertenciam à fila de espera do ambulatório de Gastrocirurgia de um hospital universitário do interior paulista, de idade entre 37 a 56 (média 43,75 anos). A redução da amostra

deveu-se à deflagração da pandemia do Sars-cov-2 que inviabilizou o comparecimento dos demais pacientes agendados às consultas em 2020, período no qual foi realizada a coleta de dados do projeto⁶. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram voluntariamente do estudo.

Crítérios de inclusão

Ter idade igual ou superior a 18 anos; ser diagnosticada com obesidade grau II com comorbidades ou grau III, de acordo com o índice de massa corporal (IMC); pertencer à fila de espera do referido hospital para realizar a cirurgia.

Crítérios de exclusão

Pacientes com diagnósticos de déficits cognitivos que inviabilizariam a aplicação dos instrumentos da pesquisa; com diagnóstico de demência e/ou doença mental grave; com complicações clínicas agravantes que dificultasse sua presença nos momentos estipulados para a sua participação no estudo.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e antropométrico

O questionário foi elaborado especificamente para o estudo, para caracterizar as participantes quanto aos dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil e ocupação). As informações de peso e altura também foram registradas para a definição do índice de massa corporal (IMC).

Caracterização da sintomatologia afetiva

⁶ Pesquisa aprovada (Protocolo: 4.394.788) pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências, UNESP-Campus Bauru).

A Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) foi originalmente desenvolvida por Gormally et al. (1982), traduzida e adaptada para a população brasileira por Freitas et al. (2001), é um instrumento auto aplicável, com objetivo de discriminar a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP) em pessoas com obesidade. Corresponde ao rastreio para manifestações de CAP e não configura avaliação diagnóstica de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica – TACP (DSM-V). É composto por 16 itens e 62 afirmativas, sendo cada alternativa com pontuação variável de 0 a 3. O escore final é a soma dos pontos em cada item, classificando-se em ausência de CAP (≤ 17); moderada CAP (18-26); CAP grave (≥ 27) pontos (Freitas et al., 2001).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI- II), originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979/1982 (Cunha, 2001) foi escolhido para avaliar sintomas depressivos. O instrumento é autoaplicável, consiste em 21 afirmações descritivas de sintomas de depressão, em ordem crescente de gravidade dos sintomas, e que são respondidas em uma escala contendo quatro intervalos ligados a situações ou sintomas. O escore varia de 0-3, sendo a classificação final realizada a partir da somatória das alternativas escolhidas, definindo-se como sintomas leves (14-19); moderados (20-28) e graves (29-63) (Beck; Steer; Brown, 2011). O ponto de corte escolhido para este estudo corresponde a pontuação ≥ 14 pontos.

A avaliação da satisfação com a forma corporal foi investigada através da escala *Body Shape Questionnaire (BSQ)*. Esta escala foi elaborada em língua inglesa por Cooper et al. (1987) e validada no Brasil por Conti et al. (2009). Esta versão traduzida foi validada no Brasil com estudantes universitários de medicina por Di Pietro e Silveira (2008), que obtiveram o coeficiente de consistência interna de 0.97, medida pelo Alfa de Cronbach, indicando que as questões do estudo avaliaram os mesmos construtos.

Segundo os autores, a análise da estrutura da escala resultou em quatro fatores das seguintes dimensões: 1) “autopercepção da forma corporal” (questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 e 34); 2) “percepção comparativa da imagem corporal” (questões: 12, 20, 25, 29 e 31); 3) “atitudes sobre a preocupação da alteração na imagem corporal” (questões: 7, 13, 18, 26 e 32) e 4) “percepção de graves alterações no corpo” (questões: 08 e 27).

A escala é de auto aplicação, e cada um dos itens tem pontuação em escala Likert de seis pontos (0-6): 1- nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4- frequentemente, 5- muito frequentemente e 6- sempre. O escore final do respondente permite classificá-lo em quatro níveis de preocupação relacionada à imagem corporal: “sem preocupação” (escore<81), com preocupação “leve” (81-110), “moderada” (111-140) ou “grave” (>140). O escore total máximo é 204 pontos.

Caracterização psicodinâmica de personalidade

A caracterização de traços de personalidade foi empreendida através do *Inventário Fatorial de Personalidade – IFP* (Pasquali; Azevedo; Ghesti, 1997). Corresponde a um instrumento autoaplicável que avalia características de personalidade através de 13 necessidades básicas, de acordo com a teoria de Henry Murray. Objetiva descrever indivíduos com faixa etária de 14 a 80 anos, com escolaridade de ensino fundamental, a partir das seguintes necessidades ou motivos psicológicos: Assistência, Intracepção, Afago, Deferência, Afiliação, Dominância, Desempenho, Exibição, Agressão, Ordem, Persistência, Mudança, Autonomia. Este inventário está favorável para uso entre os psicólogos, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em virtude de suas propriedades psicométricas validadas.

O teste das *Pirâmides Coloridas de Pfister* (PCP) foi elaborado em 1951 pelo psicólogo suíço Max Pfister, mas um grupo de Freiburg, chefiado pelos psicólogos Robert

Heiss e Hildegard Hiltmann, realizou alterações que acrescentaram caráter científico à técnica (Villemor-Amaral, 1978). O teste foi adaptado e validado para a população brasileira através de pesquisas realizadas pelo Psicólogo Fernando Villemor-Amaral em 1966.

O teste PCP corresponde a uma técnica projetiva, que pretende compreender aspectos da dinâmica afetiva e emocional, assim como funções cognitivas. A execução da tarefa consiste no preenchimento de três cartões em que está desenhada uma pirâmide em cada um deles, com esquema de 15 quadrículos que devem ser completados pelo examinando, com as 10 cores disponíveis que ele escolher. No total são 24 tonalidades das seguintes cores: azul, verde, vermelho, violeta, laranja, amarelo, marrom, preto, branco e cinza. As pirâmides são apresentadas uma de cada vez e após o preenchimento com as cores escolhidas, o examinando é inquirido a determinar qual das três pirâmides ele preferiu mais, ou seja, a que ele considera a mais bonita. A análise da tarefa executada compreende os aspectos formais, a frequência de cores utilizadas e as síndromes cromáticas. O teste é de fácil aplicação e realização, não determina nível de escolaridade e não é verbal, o que pode favorecer a implicação do examinando com a realização da tarefa.

O *Desenho da Figura Humana com Histórias* (DFH-H), segundo Rosa (2018), corresponde a uma adaptação baseada (1) no procedimento de Desenho-Estória de Trinca (Trinca, 1986; 1997; 2013) e (2) no Teste da Figura Humana, proposto inicialmente por Goodnough (1961), revisado por Harris (1981) e por Koppitz (1973). Esta adaptação também inclui a avaliação de Indicadores Emocionais de Koppitz e avaliação projetiva de Machover (1949). O teste consiste em solicitar ao participante a elaboração de um único desenho de uma pessoa humana, sem orientar sobre o sexo da figura. Após, solicite-lhe que conte uma história sobre o desenho, ao que se segue o inquérito sobre os detalhes

da história. Finalmente é solicitado atribuir um título ao desenho. Os materiais utilizados foram folha de sulfite, entregue na orientação vertical, lápis, apontador e borracha. É um procedimento gráfico simples de ser realizado, de caráter lúdico, de fácil aplicação e baixo custo. A expressão através do grafismo implica em menor controle consciente, o que permite acesso a aspectos emocionais projetados no desenho, que a linguagem verbal nem sempre explicita. A versão utilizada neste estudo segue as recomendações de Migliorini (2019).

Procedimentos

As participantes foram avaliadas individual e presencialmente, em sala mobiliada adequadamente, para que se sentissem confortáveis, minimizando tensões. O primeiro encontro com a pesquisadora consistiu de esclarecimento sobre a pesquisa e a assinatura do TCLE. Foi realizada uma entrevista inicial, utilizando como roteiro o questionário sociodemográfico e o registro de informações sobre comorbidades e a antropometria. Todos os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. Ainda neste encontro foram aplicadas as escalas EACP, BSQ e BDI. No segundo encontro após uma semana, foram aplicados os testes de personalidade IFP-II e PCF, já no último foi solicitado o DFH-H.

Resultados

A análise dos instrumentos aplicados está apresentada como estudos de caso de cada uma das participantes. A tabela 1 fornece os dados de caracterização das participantes conforme a idade, a escolaridade, estado civil, ocupação e IMC.

Tabela: Caracterização das participantes conforme dados sociodemográficos e antropométrico*

Participantes*	Idade (anos)	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	IMC
1 Rosa	43	Ens. Superior	Casada	Professora	53,7
2 Margarida	39	Ensino Médio	Casada	Dona de casa	56,9
3 Flora	37	Ensino Médio	Casada	Dona de casa	58,6
4 Melissa	56	Ensino Fundamental	Viúva	Cozinheira	49,5

*Nomes fictícios para preservar o sigilo.

Tabela: Pontuação na subescala *Body Shape Questionnaire**

Participantes	autopercepção da forma corporal (≥ 132)	percepção comparativa da imagem corporal (≥ 30)	atitudes sobre a preocupação da alteração na imagem corporal (≥ 30)	percepção de graves alterações no corpo (≥ 12)
1	45	7	5	2
2	40	12	5	2
3	47	12	5	3
4	120	27	14	9

* Quanto maior a pontuação, maior a insatisfação com o aspecto investigado.

A seguir apresenta-se o estudo de caso de cada uma das participantes, com vinhetas da entrevista semi-dirigida que ilustram características pessoais e o modo como cada uma delas se relaciona com o seu corpo e a presença da obesidade.

Estudo de caso da participante 1 Rosa

Rosa é a segunda de três filhas do casamento de seus pais, que durou seis anos. A separação deles aconteceu na primeira infância dela por motivo de traição do pai. Isso fez com que ela tivesse pouco contato com ele durante a infância e adolescência. A mãe dela ficou órfã de mãe aos 12 anos e depois de se separar teve muita ajuda do avô de Rosa. A

mãe trabalhava em diversos serviços como faxineira, o que fez com que ela se tornasse a responsável pelo cuidado dos irmãos. Diz que eles se criaram juntos porque a mãe era pouco presente, e que muito jovem ela começou a trabalhar para ajudar a mãe financeiramente. Atualmente trabalha na área da educação e gosta muito do que faz. Atualmente está casada e tem dois filhos.

A informação que ela inicia o atendimento é dizendo das comorbidades clínicas de que trata, e uma delas é vascular, o que impedia a autorização para a CB no momento da pesquisa. Estava em uso de medicações para o controle da doença, além de tratar de diabetes com uso de insulina. Questionada sobre sua rede de apoio ela remete à mãe, descrevendo-a como alguém muito querida por todos porque ajuda as pessoas da cidade, quando precisam de remédio, aposentadoria ou auxílio da assistência social. Diz que a mãe é muito influente e, assim como ajuda as pessoas da cidade, também ajuda muito os filhos. A mãe teve um filho homem do segundo casamento.

Atribui à mãe o mesmo adjetivo que atribui a si: *muito pra frente*, o qual ela parece se orgulhar. Isso denota um nível de identificação com a mãe, mas também ambivalência quando afirma: *a gente aguenta muita coisa dela*. Recentemente a mãe sofreu a amputação de parte dos membros inferiores, em decorrência (também) de doença vascular, mas Rosa acredita que a mãe não conseguiu aceitar essa nova condição de precisar de cadeira de rodas.

Interrogada sobre o início da obesidade, diz que foi aos 15 anos; antes era magra, mas atribui a obesidade à hereditariedade por parte da família paterna. Retomou o contato com o pai já adulta por incentivo do marido, quando conheceu a família do pai e viu que todos tiveram o mesmo histórico de serem magros na infância e se tornarem obesos a partir da adolescência. O pai era magro. Justifica que a alimentação contribuiu para

engordar e localiza no ambiente familiar o motivo do aumento de peso: *minha mãe também teve mania de fartura, de coisa gorda, assim sabe? Comida mineira (...) não fazia pouquinho não, era tudo de tacho*. Na infância *eu era carne e osso...Eu era doente (...) tive um monte de coisa* e ficou internada algumas vezes tratando doença renal.

A posição que ela se identifica na família é de *querer comandar, tomar a frente, gosto de organizar (...) sou agitada*. Apesar de ser a segunda filha, ela ficou como a irmã mais velha por causa dessa postura. Ela quem faz o *planejamento certinho* das atividades do trabalho e das festas familiares. A família brinca com ela dizendo: *a sargenta já organizou a festa?* Na relação com o esposo percebe que o fato de tomar sempre a frente ele parece que se acomodou. O discurso inclui a auto exigência em torno disso: *parece que se eu não for fazer, parece que não vai fazer direito*. Com a *mania de ficar controlando, resolvi todas as contas dela*, contando sobre a responsabilidade que assumiu de fazer o planejamento para que a mãe pagasse algumas dívidas. Entretanto, verbaliza duas grandes dificuldades: fazer o teste de aferição do diabetes: *eu sou tão para a frente, mas aquilo lá eu não consigo, me dá uma tremedeira, eu não consigo me furar com aquilo*; e grande medo de dirigir na estrada: *dirijo na cidade inteira, dirigir na estrada não é a mesma coisa ... Me dá um bloqueio, me dá um desespero*.

A busca pela cirurgia foi motivada pela irmã mais nova que tinha operado há 3 anos neste mesmo ambulatório. À época a cunhada também operou pelo convênio que ela também tinha e fez uma tentativa de operar lá, porém, ficou com medo justificando *e lá no particular não, eles nem fizeram nada e já ia marcando a cirurgia*. Como sabia do processo de tratamento da irmã, decidiu pelo serviço público porque teria acompanhamento psicológico, o qual achava importante: *porque muda muita coisa*.

Nunca realizou tratamento para emagrecer antes e decidiu pela cirurgia *por causa do diabetes. Nunca liguei de ser gorda assim, pela aparência (...) eu sempre fui para a frente, sempre aproveitei a minha vida.* Gosta muito de dançar e acredita que depois da cirurgia poderia voltar a fazer zumba. No momento estava impedida pela doença vascular. Localiza como maior incômodo causada pela obesidade o cansaço que sente nas pernas, a dificuldade para caminhar, curiosamente a mesma região do corpo que trouxe limitações para sua mãe, e pela mesma doença que ela trata atualmente.

Sobre o resultado das escalas não apresentou sintomas de compulsão alimentar. Da mesma forma as escalas BSQ e BDI, não revelaram insatisfação com a IC e sintomas depressivos, respectivamente.

Quanto aos resultados do PCP, a execução das três pirâmides foi metódica, portanto, realizadas igualmente, o que denota observação e controle. Os resultados indicaram as seguintes características de personalidade: imaturidade emocional e dificuldade no manejo defensivo, o que aponta para um nível de retraimento; capacidade de manter-se adaptada e funcionar com uma conduta normal, em função das cores vermelho e azul aumentadas e da cor verde rebaixada no teste. Tal aumento pode indicar um grande esforço para preservar essa pretensa normalidade.

De acordo com o teste, a cor vermelha sugere excitabilidade, extroversão e certa dificuldade de se adaptar ao meio. A síndrome fria esteve aumentada em função do azul e do violeta; ambas cores apresentaram escore acima da média nas escolhas da participante. Esse aumento aponta para uma possível necessidade de manter o controle e adaptação em função do azul aumentado e devido à ansiedade indicada pelo excesso de violeta. Curiosamente, aparecem tanto a síndrome estímulo como a síndrome fria em nível elevado, o mais comum seria uma antagônica à outra.

Demais dados do teste corroboram essas características, revelando atitudes da paciente em manter um super controle e compulsividade, mas com mecanismos de contenção funcionando de forma insuficiente, o que pode desencadear sentimentos de medo e desamparo, por sentir-se indefesa.

Juntas, vermelho e violeta podem indicar excitabilidade e impulsividade, o que é corroborado pela dupla verde rebaixado e vermelho alto, que também sugere irritabilidade e impulsividade, com dificuldades de elaboração e adaptação. Já verde baixo e azul alto indicam a tendência de relacionamentos profundos, mas restritos socialmente.

Os resultados encontrados no Inventário Fatorial de Personalidade (IFP-II) identificaram percentis extremamente altos em oito fatores analisados, que serão descritos a seguir. A *assistência* indica que Rosa tem fortes desejos de oferecer suporte emocional, consolo, ternura e compaixão aos outros, assim como receber, tendo em vista a *afiliação* alta. Neste sentido, também revela o respeito à autoridade, admirando e reverenciando superiores, identificado pela alta *deferência*.

A *dominância* aponta para a capacidade de persuasão, que é muito forte para a Rosa, corroborada pela *exibição* também extremamente alta, o que denota o quanto deposita autoconfiança em suas potencialidades, revelada pelo desejo de falar de si em situações sociais, se exhibir, assim como o *desempenho* que se destaca na busca ativa pela realização de seus objetivos pessoais e profissionais. Essas características podem ser defensivas diante de inseguranças e estão em consonância com a percepção dela de se colocar muito *pra frente*, ou seja, se coloca em situações de exposição e aprecia isso.

Busca obstinadamente a ordenação do mundo externo e se dedica para conquistar os seus projetos e objetivos, o que aparece com a *ordem* e a *persistência* extremamente altas também, o que também foi possível identificar em seu relato quando se considera a

pessoa da família que controla e organiza *tudo certinho*. Por último, a *autonomia* aponta para a tendência de agir impulsivamente diante de alguma frustração, não conseguindo controlar a manifestação de sentimentos negativos e resistência à coerção.

Já o fator de *intracepção* apresentou o percentil médio forte, o que sugere a tendência de fantasiar e imaginar, propensa a julgar de maneira parcial, não se atentando aos fatos concretos para tomar decisões e atitudes, o que indica reagir impulsivamente com afeto ou rejeição. A *agressão* apresentou-se com percentil médio forte, o que sugere presença de raiva e irritação, fazendo oposição e censura a tais sentimentos.

Os fatores que mais destoam dos demais foram: (1) *mudança*, cujo percentil foi médio fraco, o que pode demonstrar baixo interesse por novidade, mantendo-se arraigada aos seus hábitos de vida; e (2) *afago*, cujo resultado foi extremamente baixo, sugerindo maior autonomia, e que pouco recorre a proteção e apoio do outro, o que talvez se caracterize como uma compensação, por temer depender do outro e não ser atendida da maneira como ela se coloca em função da demanda alheia de acordo com seu relato. Talvez resista em contar com o apoio do outro por supor não conseguir.

O teste DFH-H foi realizado pela participante com interesse, executando o desenho na folha conforme recebeu, na posição vertical. A localização do desenho na folha ficou entre o 3º e 4º quadrantes esquerdos, cujo tamanho da figura feminina desenhada foi médio. Quanto à qualidade do grafismo oscilou entre linhas grossas (energia, vitalidade, iniciativa, decisão, possível agressão e hostilidade, esforço para manter o equilíbrio da personalidade) e linhas finas, que podem significar insegurança, timidez, sentimento de incapacidade. O traço também variou entre contínuo e de avanço e recuo (Campos, 1986).

A sequência da elaboração seguiu o que se espera como padrão, que é iniciar desenhando o círculo da cabeça e cabelos até os pés. O tamanho da cabeça ficou maior do que o corpo, o que sugere fuga à fantasia. O desenho do rosto não incluiu pestanas e orelhas, o que faz supor alguma questão com estas partes omitidas do desenho.

O cabelo desenhado é ondulado e grudado em caracol, o que propõe chamar a atenção e certa repressão sexual. O nariz visto de frente pode indicar conflito sexual, imaturidade. Representação das narinas aponta para fantasias no campo sexual, e narinas com as asas bem acentuadas, remete a comando e impulsividade.

Ainda no rosto, a boca grande e realce da cor vermelha remete às questões da oralidade, sugerindo ambição, desejo de interação social, acessos de mau humor. O pescoço indica zona de conflito entre o controle emocional e os impulsos corporais. Os ombros geométricos, em linha reta e com ângulos, e estreito em relação ao corpo podem indicar imaturidade psíquica, sentimentos de menos valia e problemas somáticos. Os braços para trás sugerem falta de confiança, insegurança de sua participação no ambiente, assim como a ausência de mãos confirma a falta de confiança nos contatos sociais, na produtividade ou ambos.

A cintura está bem marcada, podendo significar preocupação ou controle dos impulsos sexuais. Pernas grossas e longas indicam o desejo de contato, fuga sem possibilidade de realizar a ambição desejada. O desenho dos pés cada um em uma direção sugere indecisão, ambivalência de comportamento, censura à figura humana, dissimulação de conflito, oposição. O calcanhar bem marcado faz supor questões no campo da sexualidade. A linha de solo foi desenhada ocupando boa parte do 2º e 3º quadrantes, se tornando extensa, parecendo que a perspectiva do desenho está distante. Há ainda vários outros elementos além da figura humana no desenho, o que faz considerar

a dificuldade de lidar com o vazio, necessitando preenchê-lo como feito na folha que é o ambiente de Rosa representado no desenho.

O título do desenho foi “Um sonho realizado” que contou a *história de uma mulher que conseguiu realizar o sonho de colocar uma prótese e voltou a passear na rua, ver o sol, andar na natureza, depois de um tempo de ficar de cadeira de rodas em casa. Dela tá de pé, podendo andar e no ar livre, sabe? Ela gostava tanto de andar, passear, era totalmente independente, sabe, pra frente.* O desenho ilustrou a mãe de Rosa e sua expectativa de que ambas pudessem realizar um sonho de reabilitar o corpo: o que a CB poderia lhe trazer liberdade para dançar, a cirurgia de prótese da mãe seria sua chance para poder andar pela rua e passear.

Estudo de caso da participante 2 - Margarida

Margarida é a terceira filha de quatro mulheres. Os pais se conheceram na capital e se mudaram para o interior quando as filhas eram adolescentes. O pai continuou trabalhando na capital e vinha aos finais de semana, então, tinha contato com ele nessas ocasiões. Os pais se separaram, mas ele ainda ficava na edícula da casa da mãe quando vinha para o interior e após se aposentar, permaneceu morando lá. Margarida relata que ela e as irmãs *a gente puxou o meu pai não tem vontade de fazer nada* diferente de como ela descreve a mãe como alguém que não para. Mas a considera *passiva* por aceitar situações no relacionamento conjugal que ela reprova, até que os pais se separam porque o pai tinha relações extraconjugais.

Nunca fez nenhum tratamento para emagrecer e se considera obesa desde a infância porque o menor peso na vida foi 90 quilos. Atribui à família do pai a obesidade porque na família da mãe ninguém tem sobrepeso. O período que ocorreu emagrecimento foi devido a rotina de trabalho em fábrica, que pra ela era muito corrido: *eu sempre fui*

gorda assim, mas eu sempre consegui fazer as minhas coisas, eu praticava esporte, eu andava bastante. E agora eu não consigo ir daqui ali na esquina, sabe

Fez parte de um time de handebol durante 7 anos e participou de diferentes competições, e gostava muito. Parou aos 20 anos quando começou a trabalhar. A interrupção dessa atividade ela associa ao fato de se sentir mais velha que as demais jogadoras: *é sempre menor de idade né, quando você chega nos dezoito ano você já, geralmente quem continua é homem, as meninas geralmente já param né, porque começar a trabalhar e já casa, cuidar da casa ...*

Margarida está em relacionamento estável há 12 anos e desde então parou de trabalhar, *fui ficando né, sem fazer nada, sem fazer nada, sem fazer nada (...) Porque assim, eu engordei bastante mas eu não percebi, entendeu? Quando eu percebia já não conseguia fazer mais nada, entendeu? Eu já não conseguia andar (...) Aí quando eu via que estava precisando de ajuda para mim fazer coisa que qualquer criança faz aí começou a me incomodar. Então acho que eu prestava atenção em mim (...) Parei de prestar atenção porque eu não saía, não tinha, não me arrumava ...*

Enquanto morava com a mãe, a rotina dela era mais exigente, pois tinha obrigações em casa e a tarefa dela era cozinhar para todos antes de ir trabalhar. Na vida atual com o parceiro não tem as obrigações de antes e considera não ter mais rotina com horários e atividades: *pesando para mim ficar nessa situação né, não tenho uma rotina, acho que contribuiu bastante (...) então você não precisa ficar se olhando no espelho né, se arrumando, coisa que eu fazia quando eu trabalhava, todo final de semana a gente saía. Em contrapartida, refere ser muito atenta às contas da casa e que eu gerencio tudo.*

Ao marcar pra ela essa diferença entre estar atenta a algumas situações e pouco atenta para ela mesma assentiu: *É, eu sempre fico olhando os outros e esqueço essas*

coisas um pouco de olhar pra mim, sabe? O olhar mais para os outros está relacionado à sucessão de pessoas de sua família e da família do marido que ela se responsabilizou pelo cuidado durante meses de adoecimento e internação dos parentes: quando eu vejo já estou fazendo, eu nem penso (...) Mas eu fico pensando assim, eu percebo tanto quando os outros estão, está precisando porque ninguém precisa me pedir, eu vou lá e faço e quando eu estou precisando parece que ninguém tá vendo, sabe? Às vezes eu fico chateada com essas coisas... às vezes a gente fica esperando e não vem.

O seu discurso é muito marcado pela percepção de que ela se dispõe muito para os outros, o que possivelmente dificulta que ela olhe para si. É enfática ao afirmar que pela família é um dever cuidar e que faz de *bom grado, de coração*. A mudança na rotina e deixar de trabalhar aparecem como fatores preponderantes para o aumento da obesidade nos últimos anos. O motivo pela busca da CB deve-se ao incômodo de se ver dependente e das limitações consequentes da obesidade.

O resultado das escalas aplicadas indicou ausência de comportamentos de compulsão alimentar periódica e de sintomas depressivos. A BSQ não pontuou insatisfação com a IC.

Quanto aos resultados do teste PCP, a execução das pirâmides se deu de maneira ordenada e em camadas multicromáticas, o que representa certa imaturidade emocional e dificuldade no manejo defensivo, indicando algum nível de retraimento.

A síndrome normal e de estímulo resultaram rebaixadas ao esperado. A síndrome normal em função da ausência da cor verde e síndrome de estímulo devido ao vermelho rebaixado no teste. Em contrapartida, a síndrome fria apresentou-se elevada, em função do aumento da cor azul, especialmente as tonalidades Az1 e Az3, ao aumento da cor violeta, em sua versão mais esbranquiçada que é a tonalidade do Vi1, e a ausência da cor

verde. O aumento exagerado desta síndrome pode sugerir quadros com características esquizóides.

Vale destacar que as cores azul e violeta foram as únicas aumentadas no teste, e as cores verde, marrom, preto e branco não foram utilizadas, o que resultou na síndrome incolor também baixa em função destas duas últimas cores. A variação cromática foi alta em comparação ao que o teste preconiza, porém, a variação de matizes foi baixa, o que pode indicar ambição de quantidade, sem levar em conta a qualidade.

O aumento da cor azul remete a sentimentos de inferioridade, incapacidade, insatisfação e ambivalência. Pouca espontaneidade no contato com o ambiente e mecanismos de contenção insuficientes. Já o aumento do violeta, remete a ansiedade difusa, medo de desamparo, e de sentir-se indefesa, exposta. Em contrapartida, o rebaixamento do vermelho pode indicar em labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, de realização ou de retraimento defensivo.

De certo modo, essas características são corroboradas pela ausência de algumas cores. A falta do verde aponta para dificuldade de adaptação ao ambiente, pois está relacionado aos contatos e relacionamentos afetivos e sociais. A ausência do marrom pode tender a falta de energia, menor resistência e baixa produtividade. Poderíamos supor que a ausência do preto está compensada pelo aumento da cor azul.

Os resultados encontrados no teste IFP-II identificaram percentis extremamente baixos em seis fatores analisados, que serão descritos a seguir. A *intracepção* sugere que Margarida se comporta de modo mais pragmático, se baseando em fatos concretos, julgando de maneira imparcial e que toma decisões mais práticas, menos imaginativa, que é corroborado pelo *afago* médio forte, em que supõe pouca abertura para buscar apoio e proteção, tendendo a ser mais seguro, o que se relaciona também ao escore fraco de

assistência, ou seja, pouca presença de sentimentos de piedade e de vontade de dar apoio ou suporte emocional aos outros, talvez por não se considerar capaz de utilizar os seus recursos internos em função disso. A *deferência* aponta reduzida admiração e reverência à autoridade, bem como dar e receber apoio, visto que a *afiliação* também resultou extremamente baixa, sugerindo pouco apego às pessoas.

O *desempenho* e *ordem* sugerem atitudes mais passivas diante dos objetivos, e dificuldade de planejamento e para manter organizada suas próprias coisas. Em geral, baixo nível de exigência pessoal. Mantém-se mais fixada em atividades rotineiras e conserva os mesmos hábitos, visto o score baixo também em *mudança*.

Já os fatores *agressão* e *autonomia* foram os únicos extremamente altos, os quais remetem à tendência a ser irritável, apresentando variações de humor, com dificuldades para controlar os sentimentos negativos e as frustrações, propensa a agir de forma independente e de maneira impulsiva, bem como procrastinar tarefas que exijam mais esforços. Este aspecto é corroborado pelo percentil fraco em *persistência* que indica não realização de trabalhos começados. O fator *exibição* resultou em escore médio fraco, o que sugere pouco interesse por vaidade e desejo de impressionar, ser vista e ouvida, o que também se confirma pelo índice médio em *dominância*, o que se caracteriza por não sentir-se autoconfiante e baixa capacidade de persuasão.

Na execução do desenho, ilustrou a figura masculina, desenvolvida conforme se esperava, iniciando pela cabeça até os pés, com traço fino e contínuo. O desenho se localiza no terceiro quadrante, ou seja, o lado esquerdo inferior da folha na vertical. O tamanho da figura é pequeno, o que sugere sentimentos de menos valia e inferioridade e, está solto na folha, pois não há linha de solo.

A cabeça do desenho é grande comparada ao corpo, o que aponta para introspecção e fuga à fantasia e o cabelo serve para tampar o rosto, possivelmente como uma dissimulação de problemas. O nariz da figura é pequeno, o que tende a indicar temor de castração. A boca está em destaque de vermelho e é proporcionalmente maior que as outras características do rosto. Está com formato de sorriso, o que pode sugerir desejo de interação social e demais aspectos relacionados à oralidade e questões de sexualidade. A ausência de orelhas é comum e propõe passividade como traço de personalidade.

Tanto os braços, quanto as pernas estão desenhados em paralelo, rígidos e apertados ao corpo. Esses traços apontam para a fuga do meio, permanecendo isolado e introvertido, não reagindo aos impulsos interiores. A ausência de mãos revela falta de confiança nos contatos sociais, na produtividade ou em ambos. Há um traço marcando a cintura, o que sugere possíveis preocupações sobre os impulsos do corpo. Os pés parecem para dentro, o que supõe ambivalência no comportamento.

A história que ela atribuiu ao desenho é de um homem que *está bem e feliz, e está esperando. Ele não liga, é bonzinho. Veio de boa vontade*. A participante refere que desenhou o marido que a acompanha nas consultas, e a postura que ela descreve remete em alguma medida a sua própria espera e boa vontade de acompanhar o outro em consultas, o que ela fez diversas vezes por muitas pessoas. O título do desenho foi “Altruísta, companheiro fazendo companhia”.

Estudo de caso da participante 3 - Flora

Flora é a quarta filha do total de sete, dos quais dois faleceram ainda bebês. Verbalizou boa relação com a família, sendo que se sente mais próxima do pai que é mais *extrovertido* e considera a mãe mais *fechada*. Os pais ficaram separados por um tempo

devido ao relacionamento extraconjugal em que o pai teve mais um filho. Algum tempo depois os pais reataram o casamento.

Morou com os pais até conhecer o atual parceiro e se mudar com ele para área rural. Estão juntos há 8 anos e tem dois filhos. Conta que após dois meses de namoro ela engravidou e foram morar juntos nessa época. Refere sentir-se muito contente com sua parceria amorosa, vê o esposo como uma fonte de apoio importante e presente.

Falando dele, relatou desentendimento entre o marido e o irmão dela há três anos, período em que estava na segunda gestação. Ao retratar o episódio, se mobilizou bastante emocionalmente, afirmando que ainda fica *dividida*, mas não conseguiu voltar a conversar com o irmão depois disso. Essa situação a deixa muito triste.

Quando perguntada sobre o histórico da obesidade, refere que a contingência envolvendo a menarca aos 15 anos foi um possível fator que contribuiu para o aumento de peso. À época disse ter se virado sozinha com esse acontecimento porque *não tinha liberdade* para falar sobre isso com a mãe. O que recebeu de orientação da mãe é que tivesse sempre com absorvente na bolsa. O momento de maior aumento de peso ela localiza: *que na verdade o estouro, a explosão do sobrepeso veio mesmo na minha primeira gravidez que eu me casei eu tinha 115 quilos (...) Na minha primeira gravidez eu engordei uns 40 quilos.*

Mas associa a obesidade à hereditariedade familiar quando diz: *então a maioria dos meus da família é acima do peso. (...) Eu sempre fui, desde pequenininha eu sempre fui meio cheinha, né? (...) Só que o período de mais gorda mesmo foi mais na adolescência, né? (...) A partir dos 12, 13 anos, eu acho (...) eu menstruei eu comecei ... aí começou o sobrepeso.*

Relatou ainda mudanças importantes que envolveram a primeira gravidez. Após dois meses de namoro soube que estava grávida e três meses depois decidiram morar

juntos. Essa decisão implicou em interromper o trabalho, ao que ela associa: *é porque a gente fica em casa e começa a ter uma vida sedentária, né? (...) Começa a comer além da conta.*

Questionada sobre em que aspecto de sua vida a obesidade interfere mais, ela afirmou que: *a obesidade já interferiu em arrumar emprego, né? Que antes de eu ir morar com o meu marido eu procurei emprego (...) e não me aceitaram justamente por causa do peso.* Fato que a deixou muito frustrada e sentindo-se alvo de preconceito por causa da obesidade. E atualmente se queixa que: *a dificuldade é mais para caminhar mesmo, né?*

Sobre tentativas anteriores de emagrecer, contou que há muito anos, bem antes de conhecer o marido, ela fez uso de sibutramina durante três meses, eliminando 15 quilos. Se recordou de que o efeito desse tratamento durou menos de seis meses porque: *tem aquela né, aquele efeito sanfona né, você consegue emagrecer, só que volta a engordar de novo e fica naquela, emagrece, engorda.*

Outro período em que ela se recorda de ter emagrecido foi quando trabalhou vendendo livros de porta em porta numa colônia da religião adventista que ela permanecer por seis meses. Durante este período ficou muito ativa realizando esse trabalho, ao que ela se recorda que *afinou bastante, até o rosto afinou.*

A procura pela cirurgia bariátrica é o segundo tratamento que ela busca para emagrecer e afirma que a sua irmã tinha iniciado o tratamento no ambulatório meses antes dela, ao que ela justifica que o incentivo e motivação da irmã fez com que ela também viesse ao ambulatório. Portanto, não foi encaminhada por nenhum profissional. Após iniciar a participação nos grupos pré-bariátricos ela conseguiu mudar alguns hábitos e emagrecer um pouco, o que lhe fez questionar a necessidade da cirurgia: *e no caso se eu continuar emagrecendo, tem a necessidade de eu fazer a cirurgia?* A dúvida está atrelada

ao fato de ter uma bebê e teme pelo pós-operatório e possíveis riscos da cirurgia. A bebê ainda depende muito dela e não fica com outras pessoas. Mostra-se pensativa sobre essa escolha e percebe que o atendimento da nutricionista a ajudou a conseguir eliminar alguns quilos e não engordar novamente no momento.

O resultado das escalas aplicadas resultaram em ausência de compulsão alimentar periódica, de insatisfação com a imagem corporal e sintomas depressivos.

O teste PCP resultou em pirâmides formadas em camadas e um tapete com início de ordem. O processo de execução das três pirâmides foi ordenada, o que aponta para o interesse de Flora na realização da tarefa.

Entre as síndromes, se destacou o rebaixamento da síndrome normal e fria e o aumento da síndrome de estímulo (em função do vermelho), o que faz pensar na tendência à desadaptação, com aumento de excitabilidade e incontinência afetiva, com dificuldade de adaptação social. As cores por dupla foram vermelho e marrom aumentados, o que indica possível regressão e descargas emocionais abruptas. A dupla de cores cinza e vermelho aumentados, denotam caráter irritável, com tendência a gerar polêmica em seu entorno.

Diferentemente das participantes anteriores, o verde está na média e não rebaixado, o que houve com a cor azul. Já as cores consideradas quentes, vermelho (em função do Vm2 corresponde à excitabilidade, irritabilidade, impulsividade e agressão), laranja (reduzido senso de autocrítica) e amarelo (manifestações afetivas menos espontâneas, mais estilizadas e superficiais) estavam aumentadas, assim como as cores marrom (relacionado à possibilidade de adaptação na falta de outros indicadores, e também se atribui à obsessão e compulsão) e cinza (restrição dos contatos emocionais como defesa contra o temor de não satisfação das necessidades afetivas, procurando

encobrir dificuldades). Enquanto que as cores violeta, branco e preto ficaram rebaixadas em comparação à média.

A análise do inventário de personalidade IFP-II resultou em três indicadores extremamente altos que foram *assistência*, indicando grandes desejos e sentimentos de piedade e de ajudar aos outros, e fornecer suporte emocional e consolo. *Ordem*, o que tende a ser detalhista e colocar as coisas em ordem, dedicando-se aos seus objetivos e com altos níveis de exigência pessoal. E *autonomia*, tendendo a agir de forma independente e por vezes, impulsivamente diante de algum desconforto psicológico, com dificuldade para controlar sentimentos negativos e de frustração.

O indicador *afago* apresentou o percentil médio, o que sugere que busca pouco por apoio e proteção. Assim como *afiliação* também médio, denotando que não é predominante dar e receber afeto de amigos. Assim como apresentou-se com percentil fraco o indicador *deferência*, o que corresponde ao baixo interesse, admiração e reverência pelas autoridades.

Todos os demais sete indicadores apresentaram percentil extremamente baixo. Começando por *intracepção* o que corresponde a pouca tendência de fantasiar e imaginar, agindo de maneira mais pragmática, fazendo julgamentos imparciais. A *dominância*, sugerindo falta de autoconfiança e de persuasão sobre os outros. Assim como *persistência*, o que corresponde a negligência de detalhes na execução de tarefas e baixa confiança em suas capacidades, sugerindo dificuldade para concluir atividades que tenha começado. O *desempenho* indica agir de maneira mais passiva na busca de seus objetivos, com baixa ambição e empenho. *Exibição*, apresentando ausência de vaidade, autopercepção de incapacidade e consequente desvalorização, e não gosta de ser vista ou ouvida. *Agressão*, sugerindo ser bastante tolerante e pouco impulsiva. *Mudança*, o que

indica pouca capacidade adaptativa e preferência a manter e conservar a mesma rotina e os mesmos hábitos.

A realização do desenho aconteceu com certa resistência de Flora, pois justificou que era “péssima em desenho”, e teve um período de latência significativo entre a composição do desenho e a elaboração da história, referindo não vir “nada na cabeça”. A posição da folha estava na vertical, conforme entregue, e ilustrou uma figura masculina que ficou localizado na junção entre o primeiro e segundo quadrante, à direita, o que pode conferir certa preocupação com o ambiente e antecipação do futuro, capacidade de adiar a gratificação (Buck, 2003). A figura foi desenhada em pé, de tamanho médio, com mistura entre estar de frente e perfil.

A execução ocorreu conforme se esperava, iniciando da cabeça até os pés, sendo que os olhos, nariz, boca e cabelo foram feitos por último, nesta sequência. O traço se manteve fino e contínuo e a relação com o observador confunde a posição da figura estando de perfil e frente. Os olhos estão sem pupilas, o que sugere um contato pobre com a realidade, mais comum em desenhos infantis. Não desenhou orelhas e há assimetria nos ombros, sendo um maior que o outro, os quais remetem à força física e psíquica. Os braços estão finos, denotando dependência e organicidade. As mãos estão com poucos dedos e pontiagudos. A multiplicidade de botões indica regressão e há um cinto que marca a cintura, separando o tronco das pernas. As pernas estão afastadas, o que pode indicar traços de agressividade. Os pés estão pequenos, o que indica constrição e dependência (Buck, 2003).

A história contada por Flora foi pouco elaborada, referindo ter desenhado um rapaz que tinha conseguido um emprego e estava feliz por isso. O título do desenho foi o missionário. Apesar da história ter sido sucinta, ela carrega elementos trazidos durante a primeira entrevista em que Flora retratou a frustração por não ter conseguido o emprego

devido à obesidade, vivenciando claramente uma experiência de preconceito. É possível inferir que o desenho remete à compensação de algo que ela gostaria de viver, mas foi impedida. O título missionário, de alguma forma, pode remontar ao período em que ela conseguiu emagrecer por causa do trabalho que se dedicou na religião que ela frequentava. Esse período ficou marcado pra ela como o emagrecimento em função do trabalho e da rotina ativa, em que conseguia caminhar bastante, coisa que não consegue mais no momento.

Estudo de caso da participante 4 - Melissa

Melissa é a caçula de seis filhos, os pais são falecidos e uma das irmãs mais velhas é tida como uma mãe para ela, tamanha a relação que desenvolveram ao longo da vida. Todos da família têm sobrepeso ou obesidade, mas somente ela está em busca do tratamento cirúrgico. O encaminhamento para a CB foi através de um médico que avaliou a necessidade devido uma hérnia abdominal que lhe causa muitas dores.

Melissa é funcionária de uma lanchonete há quase dez anos e atua na preparação de pastéis. Atualmente é viúva e tem duas filhas que atualmente são adultas e não moram mais com ela. Relatou algumas situações de conflito com a filha mais nova quando ela era adolescente, que saía e consumia bebida alcoólica à revelia do pai, e que por ela permanecer do lado da filha, gerava discussões entre o casal à época. A filha mais velha trabalha, mas frequentemente solicita auxílio financeiro de Melissa. Ela não consegue limitar essa ajuda à filha, mas se queixa por não receber os valores que empresta: *ah, eu me sinto assim que não se importa muito, né? Com a gente, né? Tipo não me importo: “nossa a mãe tem dinheiro porque ela trabalhou, né?” Aí eu me sinto assim. Nossa, ela devia pensar: “ah, coitada da minha mãe né, deixa eu devolver o dinheiro dela”.*

Ao início das dores ela atribui o divórcio (não somente a dor emocional, porque não queria o divórcio, mas aceitou, mas também as dores físicas, como efeito da dor

anterior). À época ficou muito nervosa e procurou por ajuda médica iniciando o uso de anti-hipertensivo e antidepressivo *pra ficar calma*. E desde aí foi encaminhada para bariátrica.

Melissa contou que descobriu relação extraconjugal do marido e que ele não falou diretamente com ela sobre isso, e nem sobre o divórcio. Ela recebe uma carta de intimação e ao se dirigir ao local indicado, é informada pelo advogado do marido o pedido de divórcio dele. Após três anos do divórcio o ex-marido considerou reatar o casamento, ela aceitou, porém ele agravou um quadro preexistente de câncer e faleceu. Pelo seu discurso fica marcada uma posição subjetiva objetificada diante de atitudes de pessoas de sua família, como era o ex-marido e como ainda age a filha mais velha, as quais Melissa parece não conseguir lidar.

A ocorrência da separação e depois a morte do ex-marido foram perdas que trouxeram sofrimento e o temor de que novas perdas aconteçam, especialmente a da irmã mais velha de quem ela se sente filha. Abordou ainda outra perda difícil que foi uma gestação de poucos meses, em que ela fantasiava ser o filho homem tão desejado pelo marido. Ele queria muito e ela queria poder agradá-lo, mas tiveram duas filhas. Reconhece que se importa muito em agradar os outros, e que fala pouco sobre as situações que se entristece com as pessoas: *ah, medo de magoar, né ... por isso que eu não falo. Eu prefiro ... aí acaba eu me magoando, né (...) Acabo ficando nervosa, tudo ... mas não ... nunca fui assim, sabe, de ficar falando ... Aí acabo ficando ... guardo pra mim.*

Quando questionada sobre o histórico da obesidade ela refere: *ah, que eu sempre fui gordinha, né. Eu achava diferente dos outros, sempre queria ... eu falava assim para a minha filha que eu queria ter um corpo normal ... Igual de todo mundo, né!* (um corpo da normatividade, inserido na norma). O menor peso foi 60 quilos aos 23 anos.

Melissa associa o aumento de quilos: *acho que foi mais o sistema nervoso, sabe?! Estava com 49 anos quando ocorreu o divórcio de um casamento de 23 anos, por decisão do marido: aí eu vi que disparei, que eu não parava, só engordava, engordava.* Ela aceitou o pedido de divórcio, mas ressaltou o espanto das pessoas: *achavam que a gente era o casal perfeito, sabe?* Ao que possivelmente ela concordava, reconhecendo o sofrimento pela ausência do marido, porque ainda o amava e não queria se separar.

Mas o momento em que ela tem um aumento de quilos expressivo remete a outro tempo do relacionamento amoroso: a primeira gestação. Se casou após alguns meses de namorou e engravidou no ano seguinte. *Durante a gravidez da minha primeira eu engordei 30 quilos.* Após esse aumento de quilos, em pouco tempo procurou ajuda médica para emagrecer, e usando Sibutramina eliminou 29 quilos em dois meses. Após seis meses percebeu que começou a engordar novamente: *Porque eu vivia assim tomava remédio para emagrecer, sabe? (...) Aí eu conseguia emagrecer. Depois ficava tipo aquele efeito sanfona. Emagrecia e depois engordava tudo de novo. (...) Ah, eu fiquei uns 6 meses assim com o corpo bom, depois ... Magra depois já voltou.*

Fala com pesar dos incômodos do excesso de quilos e das experiências difíceis não elaboradas: *Ai, me incomoda ser gorda. Parece que não dá pra ficar bom, você põe uma roupa, não tá bom ...(...) tudo que você põe, sabe, tudo tem que ser grandão. Não gosto que marca porque parece que vai aparecer mais.... Mais gorda ainda. Falei hoje tem a dificuldade pra andar ... porque o corpo pesa, dificuldade pra abaixar (...) Eu passei pela separação, a morte. Foi tudo isso.*

A respeito dos resultados obtidos com as escalas, indicaram ausência de compulsão alimentar periódica. Já a insatisfação com a imagem corporal foi grave (pontuação de 170 no BSQ), o que curiosamente destoa dos achados de estudos que correlacionam maior IMC à maior insatisfação com a forma corporal (Miranda et al.,

2012; Bosi et al., 2014), tendo em vista que de toda a amostra, Melissa apresentou o menor IMC, mas sua avaliação é de grande insatisfação com sua forma corporal. Quanto aos sintomas depressivos, o inventário resultou em grau leve, lembrando que há alguns anos a paciente faz tratamento com antidepressivo.

Os resultados do teste das PCP, apresentam duas pirâmides de aspecto formal de tapetes com início de ordem e uma em camada multicromática. O modo de colocação das duas primeiras foi ascendente direta e a terceira ascendente diagonal. O processo de execução foi ordenado.

As síndromes normal e fria resultaram abaixo da média, em virtude do rebaixamento das cores azul e verde. Já a síndrome de estímulo ficou acima da média, devido ao aumento das cores vermelho e laranja. As cores por dupla foram verde rebaixado e vermelho aumentado, indicando irritabilidade, impulsividade e dificuldade de atuação ordenada e coerente; cinza aumentado e vermelho aumentado, o que corresponde a pessoas irritáveis, que podem criar problemas em seu entorno, segundo o manual de correção.

A análise da distribuição das cores utilizadas no teste apresenta as seguintes características: verde diminuído pode significar menor abertura para os relacionamentos e retraimento social, e associada ao aumento da síndrome de estímulo, indica excitabilidade e impulsividade. A redução significativa da cor azul também aponta falhas no mecanismo de adaptação e de regular os estados mais excitados despertados pela síndrome do estímulo. O cinza aumentado supõe timidez, cautela, restrição nos contatos emocionais, retraimento defensivo e tendência a criar conflitos.

Os resultados do teste IFP-II apresentaram seis fatores com percentil extremamente altos. A *assistência* alta indica simpatia pelo outro, oferecendo-lhe suporte emocional e consolo diante de situações inoportunas. Assim como *afago* alto denota a

expectativa de ter os desejos satisfeitos por amigos, e ser atendida quando necessita de apoio e proteção.

A *deferência* alta consiste em reverenciar superiores e admirá-los. A *afiliação* alta corresponde ao forte desejo de dar e receber afeto de amigos, pois, gosta de se apegar e é leal nas amizades. Apresenta *autonomia* alta que denota resistência à coerção e tendência a agir de forma independente, o que também pode conduzir a atitudes impulsivas diante de algum desconforto psicológico, com dificuldades para lidar com frustração e possivelmente procrastinar frente a atividades difíceis.

O fator *agressão* também apresentou-se com percentil elevado o que sugere necessidade de superar com vigor, raiva e irritação a oposição, tendendo a ser irritável, nervosa e com variações de humor, especialmente quando frustrada.

O fator *ordem* e *mudança* apresentaram percentil forte, o que corresponde à característica de ordenar o ambiente e manter organização e limpeza. E gostar de coisas novas, mudar os hábitos, lugares e conseguir se desligar do que é rotineiro e fixo respectivamente.

Os fatores *desempenho*, *exibição* e *persistência* foram marcados por percentil médio fraco. Estes fatores correspondem a baixa autoconfiança, pouco desejo de superar obstáculos, pouca presença de vaidade e de ser vista e ouvida, assim como dificuldade em concluir trabalhos iniciados respectivamente. Os fatores que resultaram em extremamente baixos foram *intracepção*, que consiste em pessoas que agem de modo mais pragmático, com julgamentos imparciais e pouca tendência a fantasiar e imaginar. *Dominância*, o que significa falta de autoconfiança e de não considerar-se persuasivo sobre os outros.

Procedendo à análise do DFH-H observa-se que a localização está à esquerda da folha, no terceiro quadrante inferior o que denota maior fixação ao passado. Corroborando

este dado, a figura desenhada está em pé, é pequena, do mesmo sexo que Melissa, e com traços de criança, o que se supõe manter-se apegada a outro tempo da vida do que o atual. Não há linha de solo e há ênfase na cabeça que está maior que o corpo e que foi inicialmente rascunhada em tamanho ainda maior, apagada e desenhada novamente. Esse dado sugere que existe introspecção e fuga à fantasia. A composição do rosto não inclui orelhas e pestanas e os cabelos estão enrolados fixos na cabeça. Os olhos estão desenhados somente como um ponto na cor azul, o nariz está de perfil e a boca em destaque no tom vermelho, como se estivesse sorrindo.

A representação do tronco está em formato geométrico, separando os braços e a cintura. Ambos braços e pernas são finos e os dedos das mãos em formato pontiagudo. Há ênfase nos desenhos dos calçados e observa-se assimetria no desenho dos pés. Quanto à história para o desenho, Melissa não elaborou uma história com começo, meio e fim e não deu nenhum título. Verbalizou ter desenhado a neta com quem ela fica após o trabalho, de quem ela gosta muito e com quem passa bons momentos juntas.

Discussão

Uma recente revisão integrativa de literatura, investigando a produção acadêmica de pesquisas que relacionam os temas da obesidade e psicanálise no contexto da cirurgia bariátrica encontrou o total de oito artigos publicados, dos quais seis são brasileiros (Catharin; Campos; Bocchi, 2020). O reduzido número de trabalhos nessa vertente pode indicar possíveis entraves para a prática da psicanálise neste campo.

Vale ressaltar que entre os trabalhos encontrados pelos autores, nenhum deles faz referência as intervenções no período de tratamento pré-operatório, sendo pertinente salientar a originalidade do presente estudo, visto que apresenta um protocolo psicodiagnóstico elaborado especificamente para candidatos à CB, cujo enfoque é qualitativo, incluindo entrevista semi-estruturada e instrumentos projetivos em que

análise empreendida sobre os dados, remete à abordagem psicanalítica. Vale acentuar ainda a visão da autora sobre a relevância do processo de avaliação e acompanhamento pré-operatório, considerando a complexidade que envolve a cirurgia em diferentes áreas da vida dos que a ela recorrem, principalmente a saúde mental.

A elaboração inicial do protocolo pretendia a avaliação pré e pós operatória, o que justificava a inclusão de instrumentos que avaliassem aspectos da IC, dado que poderia fornecer informações sobre a percepção da mudança entre estes dois momentos do tratamento, o que não foi possível devido a interrupção das cirurgias por causa da pandemia de Sars-Cov-2.

De toda maneira cabe dizer que o protocolo incluiu o estudo da imagem corporal a partir de dois instrumentos visando conciliar a percepção da candidata sobre a sua forma corporal e a satisfação ou não com o próprio corpo através da escala BSQ, somado à investigação da dimensão inconsciente através do teste do Desenho da Figura Humana com história, em função do estímulo para a projeção de conteúdos psíquicos não verbais. Inserir a dimensão imagética do corpo consiste em valorizar esta dimensão no processo de avaliação de pessoas com obesidade candidatas à CB, e especialmente promover a abordagem deste tema a partir da percepção do próprio candidato, com vistas a acessar aspectos inconscientes.

No geral, o uso de escalas se torna viável nos serviços de saúde pública devido a alta demanda por atendimento, o que favorece o trabalho do psicólogo no acesso a informações importantes em curto espaço de tempo. Entretanto, no que diz respeito à forma corporal, cabe enfatizar a importância do tratamento dado a este dado, para que não seja somente uma informação catalogada numericamente. Ressalta-se que a escala *BSQ* escolhida para avaliação da IC neste estudo, deve-se ao fato dela ser frequentemente utilizada em pesquisas que investigam a relação de pessoas com obesidade e sua forma

corporal (Castro; Pinhatti; Rodrigues, 2017), e possui questões que podem refletir o modo como se sentem e se avaliam as pessoas com sobrepeso e obesidade.

Já no que se refere à imagem inconsciente do corpo acessível a partir do DFH-H observou-se no estudo que a elaboração de três desenhos seguiu um padrão mais esquemático e empobrecido da apresentação do corpo. Somente o desenho de Rosa apresentou a imagem corporal de modo mais elaborado, com mais detalhes e com características de uma mulher adulta, aparentando maior expressividade de conexão entre a imagem da realidade. Outro aspecto interessante foi a escolha de duas participantes de criar a figura humana do sexo oposto ao delas. Em geral, este dado pode indicar ambivalência e questões relacionadas ao gênero.

A resposta de cada participante ao convite para tecer uma narrativa sobre o desenho da figura humana, que consiste em projetar os próprios conteúdos psíquicos atrelados a dimensão corporal, veiculando aspectos da personalidade (Van Kolck, 1984) revelou-se difícil para todas elas. Apresentaram resistência para elaborar uma história com começo, meio e fim, e que pudesse indicar significados da sua participação no enredo da história.

Em face do objetivo de analisar os resultados pelo enfoque psicanalítico, a elaboração do desenho de cada participante foi articulado às particularidades de sua história de vida verbalizadas durante a entrevista semiestruturada. Tal dificuldade denota a relação complicada que estabelecem com o corpo, cada uma a sua maneira. No que diz respeito à avaliação da imagem inconsciente do corpo, investigada através do DFH-H, infere-se uma percepção fragilizada da própria imagem corporal, tendo em vista que o desenho reflete/projeta o conceito que tem de si mesmo e as representações psíquicas de seu contato com o mundo interno. Van Kolck (1984) destaca que os sentimentos atribuídos à própria imagem são sentimentos semelhantes aos atribuídos ao eu.

O estudo de Catharin (2019) corrobora achados do presente estudo por encontrar características semelhantes, através do instrumento projetivo desenho-estória com o objetivo de compreender a imagem inconsciente do corpo. Os cinco participantes em etapa pré-operatória realizaram, entre outros temas, desenhos da figura humana, de formato esquemático, empobrecido, faltando partes essenciais e, de modo geral, constatou-se a resistência de expressar através do desenho questões que remetesse ao próprio corpo e a eles mesmos frente à possibilidade de realizar a CB. A representação por meio de uma figura de alteridade também foi marcante, assim como no presente estudo, em que o desenho é referido a um outro, frequentemente alguma pessoa da família. Além da alteridade presente na decisão pela escolha da CB porque um familiar já se submeteu ao procedimento.

O estudo de Sauer (2010) indica que entre os participantes com obesidade que realizaram o DFH encontraram mais traços de avanço-recuo, maiores detalhes nos calçados e o primeiro desenho representado pelo próprio sexo. Outro detalhe foi a representação das pernas de tamanho longo ou curto entre os participantes com obesidade. Os demais grupos de IMC desenharam pernas de tamanho médio.

Já o estudo de Santos, Peres e Benez (2002) utilizando o DFH para traçar o perfil psicológicos de pessoas com obesidade mórbida encontrou entre os dez participantes a tendência a desenhar figuras mais jovens, o que remete à tentativa de se fixar em etapas anteriores, no passado, e dificuldades de aceitação do próprio corpo atual, o que também foi encontrado no presente estudo. Outra semelhança, se refere ao desenho dos braços e das mãos, que sugere sentimentos de inadequação e dificuldades de contato com o outro, um dado corroborado pela ausência da cor verde nas escolhas do teste PCP. Finalmente, assim como identificado no presente estudo, os autores ressaltaram a presença de pernas finas, o que transmite fragilidade e dificuldade de sustentar o corpo.

Considerações Finais

O presente estudo considera ter atendido ao objetivo que foi o de elaborar um protocolo de avaliação psicodiagnóstico, que favorecesse a compreensão psicodinâmica das mulheres com obesidade candidatas à CB. Fica patente a importância e necessidade da escuta dessas mulheres, tendo em vista a carência de elaboração psíquica, especialmente sobre a dificuldade de se posicionarem como sujeitos nas relações interpessoais, principalmente familiares.

Salienta-se que a redução da amostra de participantes inviabiliza generalizações destes resultados para outros contextos, mas por se tratar de um estudo qualitativo, possibilitou conhecer as participantes em profundidade. A realização de um processo de avaliação individual se tornou essencial para melhor compreensão de características de personalidade, auxiliando no manejo durante o tratamento pré-operatório ao incluir esses achados nas intervenções psicológicas, possibilitando que questões que interferem negativamente no preparo para o evento cirúrgico fossem abordadas antes da CB.

Espera-se que os resultados encontrados estimulem novas pesquisas direcionadas ao mesmo escopo deste trabalho, e que traga contribuições às equipes multidisciplinares dedicadas à assistências de pessoas com obesidade grave, candidatas à CB.

Referências

Almeida GA, Giampietro HB, Belarmino LB, Moretti LA, Marchini JS, Ceneviva R. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011;24(3):226-31.

Almeida, G. A. N. D., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. D. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15, 283-292.

Araújo LS, Coutinho MPL, Araújo-Morais LC, Simeão SSS, Maciel SC. Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. *Arq Bras Psicol (Rio J)*. 2018;70(1):69-85.

Barbieri, V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 209-222.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual do inventário de depressão de Beck–BDI-II. Adaptação brasileira: Gorenstein C, Pang WY, Argimon IL, Werlang BSG. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2011.

Buck JN. H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa. Técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor; 2003.

Campos, É. B. V. (2021). Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: Uma proposição sintética. *Psicologia Clínica*, 33(3), 487-505.

Campos DMS. O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1986. p. 98-8.

Catharin V, Campos ÉBV, Bocchi JC. Psicanálise, cirurgia bariátrica e obesidade: uma revisão integrativa. *Rev SBPH*. 2020;23(1):81-94.

Catharin V. Significados atribuídos à imagem do corpo em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica e metabólica: um estudo psicanalítico [dissertação]. Bauru: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências; 2019.

Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) para adolescentes. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009;9(3):331-8.

Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the *Body Shape Questionnaire*. *Int J Eat Disord*. 1987;6(4):485-94.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 11-3.

Di Pietro M, Silveira DX. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala *Body Shape Questionnaire* em uma população de estudantes universitários brasileiros. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;31(1):21-4

Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik, W, Wasiak D, Kosieradzki Z. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006;16:196-202.

Felippe FM. O peso da obesidade Social. *Rev Virtual Textos Contextos*. 2003;2:1-12.

Flores CA. Psychological assessment for bariatric surgery: current practices. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27 Suppl 1:59-62.

Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinaio JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):215-20.

Garrido, P. B., & Motta, I. F. da (2021, dezembro). Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico da obesidade mórbida: estudo de caso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 24(4), 638-658. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n4p638.8>

Goodenough FL. Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana. Buenos Aires: Paidós; 1961.

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 1982;7(1):47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7.

Harris DB. El Test de Goodenough: revisión, ampliación e actualización. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1981.

Joaquim BO, Bassetto JA, Castro MP, Polli GM. Avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica: a experiência dos pacientes. *Bol Acad Paul Psicol.* 2019;39(96):109-17.

Koppitz WL. El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires: Editorial Guadalupe; 1973.

Machover K. Personality projection in the drawing of the Human Figure. Springfield: Charles C. Thomas; 1949.

Miglierini WJM. Desenho da Figura Humana, com História (DFH-H): descrição do procedimento para entrevistas iniciais, em contexto de Serviço-Escol. Repositório Institucional Unesp [Internet]. 2019 [citado 8 Set 2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191940>.

Pasquali L, Azevedo MM, Ghesti I. Inventário fatorial de personalidade: manual técnico e de avaliação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Quadros MRR, Bruscatto GT, Branco Filho AJ. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Psicol Argum.* 2017;24(45):59-65.

Rebello A, Leal I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Anál Psicol.* 2007;25(3):467-77.

Rosa HR. Desenho da figura humana em crianças: indicadores emocionais, evidências de validade e precisão [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2018.

Santos MA, Peres RS, Benez MSL. Contribuições do Desenho da Figura Humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos. *Psic: Rev Vetor* Edit. 2002;3(2):20-9.

Saur AM, Pasian SR, Loureiro SR. Desenho da figura humana e a avaliação da imagem corporal. *Psicol Estud.* 2010;15(3):497-507.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Tratamento cirúrgico: quem pode fazer? São Paulo: SBCBM; 2013.

Sowek LE, Arantes BMN, Pasqualotto K, Carletto MR, Borges PKO, Muller EV. Propostas interdisciplinares para o tratamento da obesidade em adultos. *Int J Dev Res.* 2020;10(2):33994-8.

Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Anál Psicol.* 2004;22(3):533-50.

Trinca W, organizador. Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. São Paulo: Vetor; 2013.

Trinca W. Apresentação e aplicação. In: Trinca W, editor. Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de famílias com estórias. São Paulo: Vetor; 1997. p.11-34.

Trinca W. Procedimento de desenhos-estórias. São Paulo: EPU; 1986.

Villemor-Amaral AE. As pirâmides coloridas de Pfister. São Paulo: Casa do Psicólogo;1978.

ESTUDO II

INTERVENÇÃO GRUPAL INTERDISCIPLINAR REALIZADA COM MULHERES CANDIDATAS À CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Resumo

O presente relato aborda a organização de uma proposta de tratamento grupal de candidatas à cirurgia bariátrica, elaborada por psicóloga e nutricionista, cuja intervenção interdisciplinar sustentou a prática de estágio dos alunos do último ano do curso de nutrição. Participaram da intervenção cinco pacientes em dez encontros quinzenais de duas horas. Discutimos a relevância de proporcionar aos futuros nutricionistas a experiência de atendimento de uma demanda muito específica numa abordagem interdisciplinar, na qual os alunos tiveram a oportunidade de identificar fatores psicossociais determinantes no processo de constituição da obesidade e aprender a manejá-los no trabalho em equipe. Consideramos que este relato pode contribuir como modelo para que demais instituições de ensino formalizem práticas que atendam a essas especificidades: assistência a nível terciário de candidatos à cirurgia bariátrica e organização de estágio em Saúde Pública destinado a este público particular.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Interdisciplinaridade. Psicologia da Saúde. Nutrição.

Intervención grupal interdisciplinaria con mujeres candidatas a cirugía bariátrica: informe de experiencia

Resumen

Este informe se ocupa de la organización de una propuesta de tratamiento grupal de candidatas a cirugía bariátrica, desarrollada por una psicóloga y una nutricionista, cuya intervención interdisciplinaria apoyó la práctica de pasantía de los alumnos del último año del curso de Nutrición. Cinco pacientes participaron en la intervención en diez reuniones quincenales de dos horas. Se discutió la relevancia de proporcionar a los futuros nutricionistas la experiencia de atender a una demanda muy específica en un enfoque interdisciplinario, donde los estudiantes tienen la oportunidad de identificar los determinantes psicossociales en el proceso de constitución de la obesidad y aprender a manejarlos en el trabajo en equipo. Creemos que este informe puede contribuir como modelo para que otras instituciones educativas promuevan prácticas que respondan a estas especificidades: asistencia a nivel terciario de los candidatos a cirugía bariátrica y organización de periodos de pasantía educativa en Salud Pública para este público específico.

Palabras clave: Cirugía bariátrica. Interdisciplinariedad. Psicología de la salud. Nutrición.

Interdisciplinary Group Intervention with Women Candidates for Bariatric Surgery: Experience Report

Abstract

This report deals with the organization of a group treatment proposal for candidates to bariatric surgery, elaborated by a psychologist and a nutritionist, whose interdisciplinary intervention supported the internship practice for the last year nutrition undergraduate students. Five patients participated in the intervention set for ten biweekly two hour meetings. We discuss the relevance of providing future nutritionists the experience of meeting a very specific demand in an interdisciplinary approach, in which students have the opportunity to identify psychosocial determinants for the obesity constitution process and learn to manage them in teamwork. We believe that this report can contribute as a model for other educational institutions to formalize practices that meet these specificities: tertiary level care of candidates for bariatric surgery and organization of internship in Public Health for this particular public.

Key words: Bariatric surgery. Interdisciplinarity. Health Psychology. Nutrition.

Introdução

O Relatório da Comissão de Obesidade The Lancet¹ apresenta a interação de três grandes questões mundiais sob o nome de sindemia, da qual a obesidade faz parte – o que a mantém como objeto de estudos das diferentes disciplinas envolvidas no cuidado de pessoas na condição de obesidade. Juntamente com a desnutrição e as mudanças climáticas, estas três matérias se combinam como um desafio para a continuidade da preservação da vida e do meio ambiente do nosso planeta.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde² de 2020, 39% da população adulta mundial estava acima do peso e 13% eram obesos em 2016. As projeções para 2025 estimam que haverá 700 milhões de obesos no mundo. No Brasil, a prevalência da obesidade também é crescente. Resultados de Pesquisa Nacional de Saúde³ (PNS) de 2019 apontaram que mais de um quarto da população adulta está obesa, isto é, 26,8% da população. Entre as mulheres, o aumento saltou de 14,5% para 30,2%, enquanto que entre os homens o aumento foi de 9,6% para 22,8% nos últimos 17 anos.

Esses dados enquadram a obesidade em uma epidemia global e com potencial de gerar ou intensificar outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as

cardiovasculares, endocrinológicas e alguns tipos de câncer, as quais podem ser fatais. Esse fato impõe grande desafio aos profissionais e ao sistema público de saúde em todo o mundo.

O aumento da incidência e prevalência da obesidade no país é acompanhado pelo crescente volume de CB realizadas como tratamento em nível alto de gravidade. No ano de 2019 foram realizados quase setenta mil procedimentos, 7% a mais do que no ano anterior, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica⁴.

Desse percentual, a proporção de CB realizadas no sistema público de saúde (SUS) totalizou pouco mais de 12 mil cirurgias, o que corresponde ao aumento de 10% comparado ao ano anterior. Contudo, este número contempla somente 0,5% do total de pessoas indicadas a este tratamento, revelando que há um contingente expressivo de pessoas que demandam atenção dos serviços de saúde, enquanto não realizarem a cirurgia, e que, inclusive, precisam receber tratamento adequado anteriormente ao procedimento. Neste sentido, a formação de recursos humanos habilitados com competência para assistência a pessoas com obesidade é premente⁵.

Um fenômeno complexo e multifatorial como a obesidade, demanda dos serviços referenciados de CB a composição de equipes multidisciplinares, conforme instrução da Portaria nº 425 do Ministério da Saúde⁶, que sejam especializadas na assistência destes usuários. Para tanto, é fundamental que as instituições de ensino superior (IES) dos cursos da saúde articulem o saber teórico das diferentes disciplinas e proporcionem aos alunos práticas de estágio consoantes com as demandas de assistência da atualidade, instruindo-os no trabalho em equipe e no manejo adequado de condições específicas, como é o caso de atendimento aos candidatos à CB.

Diante do desafio na assistência destes candidatos, salientamos a importância de que as IES estruturem propostas interdisciplinares e interprofissionais que busquem “articular os saberes e as práticas na ampliação da atenção com vistas à integralidade do cuidado, mudando o foco das doenças para centrar-se nos sujeitos, suas histórias e seu contexto”⁷ (p.2).

Nesse sentido, o presente artigo aborda a organização de uma proposta de tratamento grupal de candidatas à CB, elaborada pelas profissionais psicóloga e nutricionista do serviço de gastrocirurgia, cujo trabalho interdisciplinar em equipe sustentou a prática de estágio dos alunos do último ano do curso de nutrição. Deste modo,

discutimos a relevância de proporcionar aos futuros nutricionistas a experiência de atendimento de uma demanda muito específica, numa abordagem interdisciplinar no âmbito da assistência ambulatorial.

Trata-se de um recorte da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista de Bauru (UNESP) sob o número de parecer favorável 4.394.788.

A trajetória para o encontro

A prática interdisciplinar aqui apresentada é fruto do trabalho desenvolvido por uma psicóloga e uma nutricionista, e sua aplicação durante o estágio obrigatório de quintanistas do curso de Nutrição, no segundo semestre de 2019. Concordamos com Scherer⁸ que a interdisciplinaridade consiste em um “processo de construção de conhecimentos e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho” (p.3204).

As profissionais se articularam para atender as demandas do excedente de pacientes e da organização da prática de estágio, superando o fazer individual e a tendência ao isolamento profissional, valorizando as dimensões psicossociais características da população atendida, dedicando o foco da atenção sobre os usuários e não sobre a doença⁹.

As pacientes assistidas pertenciam ao ambulatório de um hospital universitário público, cujo campus abriga o curso de Nutrição desta universidade. Desta forma, a situação do estágio criou condições para que os alunos se aproximassem da prática de outros profissionais – auxiliando na interação teoria-prática, fundamental na formação acadêmica – bem como promovendo o contato com a realidade de um estrato significativo da clínica nutricional que é o tratamento de pessoas com sobrepeso e obesidade⁵.

Tendo em vista a portaria nº 425 do MS⁶, que orienta o tratamento multidisciplinar pré-operatório como parte obrigatória do tempo de preparo cirúrgico optamos pela estruturação de intervenção grupal interdisciplinar, por considerarmos as próprias pacientes como agentes de mudança, e que poderiam se fortalecer através das experiências compartilhadas de pessoas envolvidas no mesmo processo¹⁰.

Anteriormente ao grupo a paciente era atendida individualmente pelas especialidades. Em linhas gerais, a abordagem psicológica pretende acolher as pacientes

e suas histórias, localizando a partir do relato os impasses subjetivos imbricados à condição obesa, identificando os motivos da escolha pelo procedimento cirúrgico e buscando compreender processos psicodinâmicos presentes no curso da obesidade e a associação de variáveis psicossociais envolvidas, (repercussões oriundas das relações familiares e interpessoais e outras), abarcando os fatores emocionais e comportamentais, pouco percebidas pelas pacientes, que interferem (positiva ou negativamente) na adesão às condutas estipuladas no pré-operatório.

Durante este atendimento individual a psicóloga tentava estabelecer com a paciente relações entre o comer, as emoções e o corpo, e também, indagando as expectativas do emagrecimento através da cirurgia. A apreensão da dimensão psicodinâmica das pacientes indicava qual abordagem de tratamento seria indicado: individual ou grupal, a depender da estabilidade emocional e histórico de tratamento psiquiátrico. Nesse momento também eram informados os propósitos do grupo, a frequência de dois encontros mensais e o desligamento após duas faltas consecutivas.

A intervenção nutricional neste encontro individual contemplava o esclarecimento da exigência de organização alimentar pré-operatória, que considera a redução de gordura como um fator de proteção para a recuperação cirúrgica. Aposta que a mudança das escolhas alimentares, substituindo alimentos processados e ultraprocessados por alimentos mais naturais pode favorecer as adaptações no comportamento alimentar antes e depois da CB. Desta forma, na esteira da Educação Alimentar e Nutricional propõe e estimula maior autonomia relacionada as escolhas alimentares, identificação das sensações de fome e saciedade, fracionamento alimentar, tamanho de porções, comer com atenção e mastigação.

A estruturação para o atendimento do grupo considerou a inserção dos alunos quintanistas em nutrição como parte da equipe de assistência às pacientes. Este estágio previa a capacitação profissional no atendimento desta população. Como integrantes da equipe tinham como responsabilidade a elaboração de materiais ilustrativos diversos (painéis, folders, cartazes, banners, utensílios domésticos, etc.) que seriam utilizados como estratégia na condução das orientações da temática pré-definida para cada encontro.

Assumiram ainda o preparo de degustações relacionadas aos temas abordados, como incentivo ao consumo de lanches saudáveis, já que as pacientes viajam longas distâncias para chegar até o serviço e a oferta do lanche era uma forma de que ficassem

mais confortáveis para participação no encontro. Após cada encontro as profissionais conduziam um momento de supervisão com os alunos para escutar as repercussões da prática do estágio, recolhendo as experiências dos alunos diante da realidade trazida pelas pacientes.

Salientamos algumas vantagens práticas do atendimento grupal que sustentaram nossa escolha: reduzir as viagens do paciente ao ambulatório, interferindo menos em sua rotina de trabalho e no cansaço de deslocamento frequente ao serviço de saúde; identificação e horizontalidade entre os pacientes, que se reconhecem nas experiências relacionadas à condição de obesidade. E como elemento central na promoção da interdisciplinaridade, o fato de os profissionais terem a oportunidade de uma escuta ampliada do paciente, já que atuando conjuntamente acessam aspectos que talvez não surgiria em atendimento individual, o que facilita o diálogo entre as especialidades, o manejo e o planejamento terapêutico.

O grupo psicoeducativo consistiu em espaço de escuta das questões relacionadas à dimensão subjetiva e psicossocial das mulheres atendidas. Frequentemente estão habituadas a compartilharem informações de caráter biomédico, referente ao corpo biológico, o qual não é desconsiderado, tendo em vista que falar da obesidade perpassa este corpo orgânico, mas no grupo pretendíamos ampliar as considerações sobre o que mais da experiência de vida delas (relações familiares, amorosas, profissionais, educacionais) estariam relacionadas à condição de obesidade que se encontravam, potencialmente geradores de sofrimento psíquico. Neste sentido, no grupo compartilhavam suas experiências, esclareciam dúvidas e se apropriavam com mais clareza do alcance cirúrgico, reduzindo as fantasias idealizadas atribuídas a este procedimento.

Regularmente as pacientes comparecem às consultas em grupo coordenados por estas profissionais. A intervenção de ambas especialidades promoveu um plano terapêutico em que as discussões e condutas durante o tratamento ocorriam a partir do conhecimento teórico-técnico destes campos de saber. Estas discussões se pautaram nas demandas trazidas pelas pacientes e atendiam às recomendações de algumas mudanças no estilo de vida na etapa pré-operatória, as quais podem favorecer adaptações às futuras transformações no pós-operatório.

Ao propor escolhas alimentares mais saudáveis, pretendia-se incentivar o consumo alimentar para além do entretenimento, como muitas vezes é difundido

socialmente e estimulado pela indústria alimentícia. A proposta da equipe era também mostrar o caráter nutricional e terapêutico de uma alimentação mais adequada, e que contemplasse o máximo de nutrientes. O emagrecimento pode ser um efeito de uma alimentação saudável, a qual pode proporcionar maior autonomia nas escolhas e conscientização sobre a relação com o alimento, as emoções e o corpo.

A triagem foi realizada com seis mulheres, mas a formação final do grupo contou com cinco mulheres, caracterizadas na tabela a seguir:

Tabela 1 – Caracterização das pacientes do Grupo.

Participantes	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	IMC Triagem	IMC Alta*
Participante 1	46	Ensino Médio	Cozinheira	Viúva	65,92	65,68
Participante 2	37	Ensino Médio	Camareira	Casada	50,91	37,48
Participante 3	56	Ens. Superior	Professora	Casada	38,00	38,30
Participante 4	47	Fundamental	Faxineira	Casada	45,87	42,30
Participante 5	34	Ensino Médio	Op. Caixa	Casada	39,71	37,92

*IMC aferido no último encontro do grupo

Já no que se refere aos interesses definidos pelas pacientes para que fizessem parte da intervenção nutricional, a figura a seguir sintetiza as principais temáticas desenvolvidas pela equipe da nutrição em cada encontro:

Figura 1 - Síntese dos temas nutricionais abordados em cada encontro do grupo:

1º encontro apresentação das participantes; integração com a equipe; definição de temas.	2º encontro a montagem de um prato saudável mitos e verdades sobre os alimentos e emagrecimento
3º e 4º encontro fracionamento alimentar e escolhas saudáveis fora de casa.	5º encontro presença de fibras nos alimentos e a importância do consumo de água associado a ingestão deste nutriente.
6º encontro	7º encontro

armazenamento e conservação dos alimentos dentro e fora da geladeira.	os diferentes tipos de gorduras e como estão “escondidas” nos alimentos processados e ultraprocessados.
8º encontro diferença entre produtos <i>diet</i> e <i>light</i> e a presença de açúcar nos alimentos industrializados.	9º encontro agravos da hipertensão arterial e o consumo de sódio.
O último encontro foi dedicado às informações referentes à internação para a CB e ao pós operatório. Neste grupo a profissional Assistente do Serviço Social participou para informar quais insumos eram de responsabilidade das pacientes na situação de internação e esclareceu dúvidas sobre esta etapa do tratamento.	

A tecitura das tramas narrativas e seus laços

O grupo se reuniu em dez encontros quinzenais, com duração média de duas horas. A cada encontro, a psicóloga iniciava o grupo como uma roda de conversa, promovendo um momento de acolhimento das pacientes e de suas experiências vividas desde o encontro anterior. Essa abertura tinha por intuito “*fazer falar*”¹¹ de suas questões e auxiliá-las emocionalmente no cuidado de si, para além do discurso referente à obesidade ou à CB.

A queixa sobre as tentativas frustradas de emagrecimento, por diferentes meios até então, era comum nos discursos das participantes. Frequentemente, abordaram as insatisfações decorrentes do excesso de peso que resultava do cansaço físico e dores para executar o trabalho, o cuidado da casa e dos filhos. A escuta ofertada ali se propunha avançar para acessar outras dimensões da vida, além do corpo biológico e além da comida.

Essa abertura dos encontros permitiu que as pacientes se identificassem nos discursos que circulavam. Especialmente quanto aos impasses relacionados ao autocuidado, e por perceberem que não conseguiam se colocar como prioridade diante de tantas demandas. Entre as percepções que emergiram nos grupos, identificaram a sobrecarga emocional gerada pelo desempenho de diferentes papéis, como filhas, esposas, profissionais e mães, resultando no cansaço do dia a dia, que por vezes justificava episódios de excessos alimentares, como uma tentativa de compensação, e modo de lidar com as frustrações decorrente dos excessos também no desempenho destes papéis.

O tratamento possibilitou às pacientes a problematização de questões mais íntimas, tais como abordar o tema dos relacionamentos amorosos, da dinâmica familiar,

a interação com os filhos, as decepções na maternagem, na vida profissional e conjugal. O espaço de fala aberto consistiu como proposta terapêutica do grupo, cuja a escuta que ia sendo pontuada, recortada, alinhavada pela psicóloga, como a tecitura de narrativas a cada encontro.

Neste sentido, ocorreram ressonâncias entre as histórias das pacientes e identificação entre elas. A cada encontro, se fortalecia também o vínculo com a equipe, o que proporcionou maior liberdade para tratar de detalhes de suas vidas, expondo dificuldades, e vontade de mudar de atitudes, especialmente quanto à relação mãe-filho(a), porque se sentiam sobrecarregadas, mas ao mesmo tempo muito protetoras e sem limites para as demandas familiares, ou seja, se depararam com as próprias contradições e trabalharam sobre possíveis outros modos de lidar.

Após o momento desta circulação da fala, os alunos estagiários abordavam o tema específico para o encontro. Todos os assuntos abordados foram indicados pelas pacientes e adaptados pelos alunos. Por estarem mais “esvaziadas” após a roda de conversa, as pacientes interagiam com os alunos e esclareceram dúvidas e relatavam as dificuldades percebidas para modificar hábitos do comportamento alimentar.

Ao longo dos encontros, as pacientes comentaram as tentativas de incluir no cardápio familiar as sugestões recebidas, revelando que a aquisição de conhecimento sobre a alimentação repercutiu em escolhas diferentes do comumente faziam. Um dado que pode corroborar este aspecto foi a redução da taxa de glicose em exames laboratoriais, bem como a redução da hipertensão arterial, as quais elas associaram às mudanças alimentares. Ambas doenças são comuns às participantes do grupo, seja porque elas mesmas tinham estes diagnósticos ou porque os familiares próximos tinham. Pelo relato, as pacientes demonstravam os efeitos terapêuticos de uma alimentação mais natural e da experiência de auto cuidado relacionado à alimentação.

Os estagiários se mostravam atentos aos relatos das pacientes e faziam considerações que aproximavam o conteúdo nutricional abordado àquilo que elas traziam no discurso referente a suas questões de vida, sociais e emocionais. Para os alunos, o contato com a realidade de cada paciente lhes proporcionava a percepção de que a dimensão subjetiva interfere no modo como cada paciente recebe as orientações que eles se prepararam para conduzir. Observaram como era relevante a dimensão psicossocial,

até então pouco explorada em atividades práticas formadoras do curso, e a diferença de abordagem quando o trabalho é realizado de forma interdisciplinar.

Nas ocasiões de supervisão dos atendimentos, logo após a realização do grupo, os alunos expressavam as dúvidas sobre o manejo, as repercussões emocionais que os relatos das pacientes disparavam neles, as identificações com situações semelhantes, especialmente quando familiares ou amigos próximos deles tinham se submetido à CB. Era possível observar aspectos intersubjetivos oriundo do atendimento às pacientes e das repercussões na equipe, o que se tornava o tema das discussões na supervisão, e as elaborações de possíveis manejos como condutas que poderiam ser tentadas na construção deste saber fazer em conjunto.

Assim, a possibilidade de que as pacientes tratassem sobre como se sentiam diante de algumas experiências negativas, que às vezes tinham relação com a obesidade e outras vezes não, revelava a abertura para a expressão subjetiva proporcionada pelo grupo. Um encontro em particular que mobilizou as participantes e a equipe, diz respeito a uma paciente sensibilizada com a condição de um familiar que estava recluso em regime fechado e que estava para ser libertado. Diante desta expectativa, a paciente reviveu as situações difíceis previamente à prisão desse familiar. Ela ter podido tratar de algo tão pessoal e angustiante para ela no grupo, revelou o vínculo que tinha se estabelecido e a confiança de ser escutada e acolhida por todos.

Destacamos ainda como significativos os grupos que abordaram os alimentos tidos como vilões: gorduras, açúcar e sódio, devido às reflexões que promoveram. As pacientes tinham conhecimento sobre a relação entre estes nutrientes e as doenças aos quais estão associados e nestes encontros se mobilizaram emocionalmente com o sofrimento vivido com as perdas funcionais (déficit visual, perda da mobilidade) de familiares, devido à diabetes e doenças cardiovasculares. Trouxeram exemplos das repercussões negativas desta doença, como a deficiência visual do familiar de uma das pacientes que também era diabética. Em contrapartida, as modificações incluídas na alimentação resultaram na redução da glicemia de jejum desta paciente, o que lhe proporcionou a sensação de maior autocontrole sobre a doença.

Mostraram-se consternadas com a realidade de suas famílias e do medo de causarem prejuízos aos filhos, que futuramente poderiam viver o que estavam vivendo na condição de obesidade. Duas pacientes tinham filhos pequenos que estavam acima do

peso. Ao tratarem de sua relação com a comida, notaram-se como modelo para os filhos e também puderam trazer experiências delas enquanto crianças e de como aconteceu a transmissão familiar sobre a comida.

Sentiam-se impotentes e fracassadas por não conseguirem colocar limites, mas também conseguiram assimilar os excessos de responsabilidades como fator destes problemas, pois, devido às restrições financeiras e muitas horas dedicadas ao trabalho fora de casa, permaneciam pouco tempo com os filhos. Neste sentido, se queixavam da limitação física, devido à obesidade, que interferia na interação mãe-filhos por não terem disposição para brincar com eles.

Um desdobramento interessante do grupo foi o efeito de emagrecimento significativo experimentado por uma paciente, o que, segundo ela, favoreceu a conquista de um emprego. Assim, ela decidiu não realizar a CB embora houvesse indicação para fazê-la, pois considerou que conseguiria manter a redução de peso apenas com as mudanças de hábitos orientadas pela equipe interdisciplinar. Ela continuou comparecendo aos encontros até o final e diante dos efeitos terapêuticos do grupo que ela experimentou, compartilhou o desejo de que sua filha adolescente também fizesse terapia porque poderia ajudá-la a cuidar do sofrimento psíquico em decorrência de questões da sexualidade comuns à idade naquele momento.

Organizamos um grupo específico para tratar as informações sobre a internação e o procedimento cirúrgico e convidamos a profissional do serviço social para conduzir este encontro. Foi um grupo curioso porque suscitou o temor de não serem indicadas para a cirurgia, por não eliminarem todo o peso sugerido no início do tratamento de acordo com a portaria nº 425⁶, que recomenda a eliminação de até 10% do peso inicial. Já as pacientes que estavam conseguindo perder peso, temiam voltar a engordar.

O tema do efeito sanfona veio à tona e discutiram sobre o histórico das tentativas anteriores e da ansiedade despertada pelo medo de não efetivarem a cirurgia “tão sonhada”. Diferentemente do início do tratamento, mostravam-se mais conscientes de suas capacidades de autocuidado, e também das dificuldades do que dependia delas e não da cirurgia para alcançarem o que desejavam, para além de um corpo emagrecido.

Ao término do tratamento grupal, quatro pacientes foram encaminhadas para a realização cirúrgica. A paciente que eliminou mais peso durante o tratamento escolheu persistir por conta própria no seu processo de emagrecimento sem a CB.

Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram que os dez encontros realizados em grupo com as cinco participantes possibilitaram a elas expressão sobre os desafios de se submeterem ao tratamento cirúrgico, ao passo que também incitou articular a escolha pelo tratamento cirúrgico ao momento de vida das pacientes, historicizando mais subjetivamente a condição de obesidade.

A literatura abrange um número incipiente de publicações de abordagem interdisciplinar configurada exclusivamente para pacientes com obesidade em etapa pré-operatória de CB¹²⁻¹⁵ e geralmente estão pautadas em metodologia quantitativa, possivelmente pelo fato de que o corpo em evidência na obesidade é o corpo biológico, levando-se em consideração os parâmetros estipulados pelo paradigma biomédico, frequentemente priorizado na formação dos profissionais da saúde. Deste modo, as propostas de intervenção se dirigem mais para as mudanças comportamentais, incluindo restrições de determinados grupos alimentares e a prática de atividade física, em detrimento do cuidado da dimensão subjetiva e psicossocial.

Há um consenso sobre a necessidade de que as equipes se articulem em torno de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, porém, pouco se avançou acerca das especificidades do cuidado, do que deve ser realizado nesta etapa e o que se espera de cada especialidade, e de seu campo, na condução deste “preparo” cirúrgico¹⁶.

Como os protocolos de assistência ao candidato bariátrica não são unânimes, essa autonomia dos serviços permite a construção de estratégias específicas à população assistida em cada serviço, porém, revela ainda um campo de investigação em aberto, que carece de propostas mais específicas, direcionadas exclusivamente a pessoas na condição de obesidade.

Da mesma forma, exige capacitação de profissionais para abordagem desses pacientes, e por isso consideramos relevante o presente trabalho por inserir alunos em formação em atividade de estágio que contemplem a assistência ao candidato bariátrico. Iniciativas como esta promovem a oportunidade de diminuir atitudes preconceituosas e estigmatizantes de profissionais da saúde dirigidas às pessoas com obesidade, como já apontado em pesquisas anteriores^{17,5,18-20}.

Podemos afirmar que, em geral, a CB desperta uma expectativa de transformações na vida como extensão da mudança no corpo devido o emagrecimento abrupto e intenso que a CB efetiva, o que pressupõe resoluções de conflitos fora de si.

De certa forma, a bariátrica é vislumbrada como a opção mais efetiva do tão almejado corpo magro. Contudo, tem crescido o volume de estudos investigando os fatores atrelados ao reganho de peso pós CB²¹, o que indica que a realização da cirurgia *per se* não sustenta o emagrecimento a longo prazo, e a relevância de tratamento pré operatório como uma aposta de melhor adaptação às exigências pós cirúrgica.

Neste sentido, a abordagem interdisciplinar e especialmente psicológica pode intervir no manejo das fantasias sobre o alcance cirúrgico, se colocando como fundamental no período de pré-bariátrica²². Esta, somada à intervenção nutricional, tende a favorecer ajustes no padrão dietético, escolhas alimentares mais saudáveis e mudanças no estilo de vida.

É relativamente comum que frente a obesidade seja indicada prioritariamente a cirurgia, inclusive é um argumento presente no discurso de profissionais da saúde, mas ressaltamos a importância do caso-a-caso para que esta intervenção possa trazer mais benefícios que prejuízos e que as medidas convencionais de reorganização alimentar e a prática de exercícios físicos façam parte do processo de preparo cirúrgico, alinhados a consideração dos aspectos psicossociais, socioeconômicos e culturais²³.

Ressaltamos que não se trata de desconsiderar a relevância do paradigma biomédico, ou mesmo questionar o potencial da técnica cirúrgica gástrica e a viabilidade de melhores condições de existência aos que dela necessitam, mas cabe sim, um debate sobre a banalização desta alternativa difundida como suposta garantia em torno do corpo magro, o qual pode ou não acontecer. Ou seja, a técnica pode ser a mesma, mas os desdobramentos são muito variados porque singulares, e atrelados à subjetividade do um a um. É a capacidade de internalizar transformações no estilo de vida durante o tratamento que poderá favorecer (não garantir) os resultados desejados.

Neste sentido, acreditamos que através da abordagem interdisciplinar, envolvendo os profissionais destinados ao cuidado destes pacientes, estejam frequentemente atualizando as suas práticas

Considerações Finais

Os resultados da intervenção interdisciplinar apontam para o alcance dos objetivos prévios, os quais visavam promover às pacientes e alunos a articulação entre os aspectos subjetivos e psicossociais envolvidos na dinâmica da obesidade, ampliando a percepção sobre a complexidade envolvida nas problemáticas alimentares.

A estruturação do atendimento grupal funcionou como uma espécie de laboratório formativo para os futuros nutricionistas, sendo inseridos como parte da equipe de assistência às pacientes. O processo de capacitação de habilidades para o cuidado integral de pessoas na condição de obesidade se pretendeu também como recurso para diminuir atitudes estigmatizantes e de preconceito dirigido às pessoas com obesidade, tendo em vista que é durante a graduação que os discentes podem ressignificar suas concepções sobre o corpo, a saúde e a alimentação, integrando os diferentes saberes que compõem esses campos.

Por se tratar do relato de uma experiência, nossos resultados não se pretendem generalizantes, até mesmo pela perspectiva de trabalho que nos dedicamos, que foi de acolher a singularidade, a historicidade de cada mulher participante do grupo, ainda que identificassem ressonâncias de suas experiências com demais participantes. O processo de identificação proporcionado pelo grupo desperta um sentimento de que não estão sozinhas na vivência das dificuldades, em se tratando da condição de obesidade. Esperamos que este relato incentive novas propostas de intervenção direcionadas às pessoas com obesidade grave, no contexto de preparo à CB, fomentando novas propostas de cuidado integral destinado a estes pacientes.

Referências

1. Swinburn, B. A., V. I. Kraak, and S. Allender. "A Sindemia Global da Obesidade, da Desnutrição e das Mudanças Climáticas: o relatório da Comissão The Lancet." *Lancet* (2019): 32822-8.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 12 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional em Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 15 Abr 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018 [Internet]. São Paulo: SBCBM; 2019 [citado 20 Abr 2021]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>
5. Silva BL, Cantisani JR. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*. 2018;13(2):363-80.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de Março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 1 Set 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html
7. Panciera SDP, Valverde BBR, Jurdi APS. Desenvolvimento humano e formação interdisciplinar: possibilidades de encontro entre os cursos de Psicologia e Terapia Ocupacional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 25 (2020): e200208.
8. Scherer MDDA, Pires DEPD, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18:3203-12.
9. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAMD, Souza GCD. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-83.
10. Mendes N, Novaes J, Vilhena J. A experiência de intervenção grupal como ambiente facilitador em um ambulatório de cirurgia bariátrica. *POLÊMICA*. 2018;18(3):107-28.
11. Celes LA. Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*. 2005;9(16):25-48.
12. Lordani CRF, Dalla Costa MC, Silva LL, Costa JB, Araújo ACF. Experiência de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica. *Rev Bras Obes Nutr Emagr*. 2019;13(82):934-42.
13. Delgado Floody P, Caamaño Navarrete F, Jerez Mayorga D, Campos Jara C, Ramírez Campillo R, Osorio Poblete A, et al. Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades candidatos a cirugía bariátrica. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2011-6.

14. Perez RB, Dixon S, Culver S, Sletten CD. Intensive interdisciplinary treatment for a patient with coexisting pain and obesity: a case study. *Obes Res Clin Pract.* 2018;12(4):397-400. doi: 10.1016/j.orcp.2018.05.003.
15. Soweck LE, Arantes BMN, Pasqualotto K, Carletto MR, Borges PKDO, Muller EV. Propostas interdisciplinares para o tratamento da obesidade em adultos. *Int J Dev Res.* 2020;10(2):33994-8.
16. Joaquim BO, Bassetto JA, Castro MP, Polli GM. Avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica: a experiência dos pacientes. *Bol Acad Paul Psicol.* 2019;39(96):109-17.
17. de Melo Moraes, M et al. Atitudes negativas e estigma social quanto a obesidade entre estudantes de ciências da saúde. *Revista saúde & ciência*, v. 10, n. 1, p. 42-57, 2021.
18. Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MS. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cad. de Saúde Pública.* 2018; 34(8): 01-14.
19. Cori GDC, Petty MLB, Alvarenga MDS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos—um estudo exploratório. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20:565-76.
20. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ÂRPC. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 254-262.
21. Cambi MPC, Marchesini SD, Baretta GAP. Reganho de peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. *Arq Bras Cir Dig.* 2015;28:40-3.
22. Akamine AM, Ilias EJ. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica?. *Rev Assoc Méd Bras.* 2013;59(4):316-7.
23. WANDERLEY, EN; FERREIRA, VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 185-194, 2010.

ESTUDO III

DE QUE É-FEITO ESTE CORPO? ENSAIO SOBRE A NOÇÃO DE CORPO E OBESIDADE PARA PSICANÁLISE.

Resumo

O ideal estético do corpo magro é uma marca registrada da cultura dos nossos tempos, o que atinge a todos igualmente. O paradigma biomédico dispõe de intervenções que aproximam à conquista deste ideal, sendo a cirurgia bariátrica um de seus representantes. Em contrapartida, a compreensão de corpo para a psicanálise nos indica a força dos fenômenos inconscientes, que, quando considerados no atendimento psicológico de pessoas com obesidade, podem promover certa simbolização sobre este corpo, ligando os excessos pulsionais. Desse modo, propomos neste relato de experiência discutir as diferenças entre o corpo biológico como objeto da medicina, do corpo pulsional proposto pelo instrumental teórico-clínico psicanalítico, tomando como objeto o fenômeno da obesidade. Apoiados na articulação entre os conceitos de pulsão, narcisismo, alteridade e sintoma sustentamos a aposta de que a escuta psicanalítica atenta a estes fenômenos, no contexto da atenção à saúde demonstra que é lá onde o saber e o olhar da medicina não alcançam, que a psicanálise pode operar e produzir novos contornos através da palavra.

Palavra-chave: Psicanálise; Medicina; Psicologia Hospitalar; Obesidade; Corpo.

Introdução

O corpo está na ponta da língua! A todo instante somos inundados com instruções sobre como alcançar o corpo perfeito, via de regra, magro e malhado. Especialmente com o advento da internet e o maior acesso às mídias digitais, são inúmeros os discursos, inclusive sob a aura e chancela das ciências da saúde, sobre as práticas comportamentais que garantiriam o corpo magro ideal. Por extensão a essa lógica, o corpo atinge *status* de estandarte da beleza, do bem estar, da felicidade e do sucesso (Lucena, Seixas e Ferreira, 2020; Fernandes, 2011).

As exigências dos padrões estéticos culturais da contemporaneidade atravessam a todos nós igualmente, mas como cada um responde a essa demanda é muito originário e singular, formado a partir das experiências com a alteridade e as marcas simbólicas, como

iremos apresentar melhor adiante. Entretanto, as propostas de soluções assumem caráter universalizante, de tudo para todos, insistindo na tentativa de isolar a subjetividade em prol da objetividade das técnicas e dos métodos, os quais podem oferecer como produtos as transformações estéticas corporais. Como a série de objetos disponíveis ao consumo no mundo capitalista, o corpo se torna mais um desses objetos que podem ser “adquiridos”, através de diversos procedimentos cirúrgicos e estéticos.

Se atender ao padrão estético da magreza se impõe a todos, para a pessoa dita obesa isso se agrava. Quanto maior o nível de obesidade, maiores os índices de gravidade, pelo fato do acúmulo do excesso de gordura e de processos inflamatórios relacionados poderem desencadear doenças endócrinas, cardiovasculares, pulmonares, etc. Nos casos graves, a estratégia terapêutica recomendada pela medicina é a cirurgia bariátrica (CB), em função de seu potencial de emagrecimento (Barp, Zemolin, Spinelli e Zanardo, 2022).

Nesse sentido, a incidência da intervenção da medicina se dá sobre o corpo biológico, dos órgãos, dos sistemas, cuja concepção de saúde corresponde ao paradigma naturalista e neopositivista das ciências biomédicas, em que se espera que o funcionamento seja regulado como a um conjunto integrado de sistemas em equilíbrio dinâmico. No que concerne à CB, na medida em que se identificam seus benefícios, se apresentam também os impasses, as falhas e as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos que a ela se submetem (Ribeiro e Cremasco, 2014). Isso posto, não se negligencia seu alcance, contudo, cabe destacar que algo fica de fora desse corpo que é operado e que insiste em comparecer, não cedendo nem mesmo à intervenção no corte do corpo, e que por isso, convoca escuta e cuidado.

Diante desses impasses, faz-se necessário salientar a importância de considerar uma dimensão outra sobre o corpo, que inclua a subjetividade e ultrapasse a noção

meramente biológica, tão presente na formação de profissionais da área da saúde. Inclusive vivenciei pessoalmente esse dilema em minha prática profissional nos primeiros anos de trabalho com esses pacientes no ambulatório de um hospital universitário. Este início em que pautava as intervenções numa abordagem mais estritamente psicoeducativa, voltada para as mudanças comportamentais relacionadas à alimentação, obtinha como resposta dos pacientes algumas dificuldades, o que se tornava ainda mais evidente após o procedimento cirúrgico.

Aos efeitos positivos de pós operatórios relatados por tantos, se sobressaíam efeitos preocupantes, indicando que algo mais se impunha na relação entre eles, seu corpo e a comida, que possivelmente não foram escutados previamente à cirurgia, e cuja persistência insistia mesmo após a intervenção cirúrgica. Escutando esses pacientes após a CB fui testemunhando situações dramáticas, de alguns que desenvolveram uso e abuso de substâncias, compulsão alcoólica grave e fatal, a persistência da compulsão alimentar, a insatisfação com a redução drástica da libido, afetando a relação com parceiros amorosos, ou ainda, a frustração de que o corpo magro não fosse suficiente para reduzir o mal-estar, perdurando o sofrimento psíquico.

Essas e tantas outras histórias foram figurando que frente à universalidade da precisão cirúrgica, cada paciente a sua maneira respondia de um modo muito singular a este corte no corpo. O comparecimento na clínica destas singularidades, somado ao trabalho de análise pessoal constituíram o motor para interrogar o que é isso que atravessa o sujeito a sua revelia e à revelia do corte sobre o corpo biológico, em que algo obstina em se inscrever, trazendo angústia e sofrimento?

Desta forma, o presente relato trata da experiência como psicóloga hospitalar vinculada a uma equipe multiprofissional, de um ambulatório de gastrocirurgia, dedicado

ao atendimento de candidatos à cirurgia bariátrica. A equipe constituída por profissionais médicos, nutricionistas, enfermeiros e assistentes sociais atuou em conjunto durante os dez anos em que trabalhei nesta instituição (2012-2022), um hospital universitário do interior paulista. Ao longo dos anos no exercício deste ofício evidenciei a relevância de considerar a compreensão de corpo para a psicanálise e a reorientação da escuta destes pacientes a partir deste paradigma, que conceitua os fenômenos inconscientes como fundamentais para a escuta de um corpo que ultrapassa os limites do biológico. Ainda que este seja um tema debatido na literatura psicanalítica há algum tempo, considero relevante revisitá-lo, na perspectiva de um trabalho que se pretende dialogar e articular com demais profissionais dedicados à assistência destes pacientes.

O corpo para a psicanálise

o outro já estava lá, muito antes do nascimento,
como interlocutor imanente da nossa humanidade.

(Nasio, 2009, p.17)

A temática do corpo na teorização freudiana compreende diferentes articulações entre os conceitos, mas não se trata de um assunto exclusivo da psicanálise, tampouco contempla uma sistematização específica em um conceito (Winograd & Mendes, 2009). Inicialmente podemos destacar a proposta da sexualidade perverso polimorfa descrita nos *ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/2016), que ressalta o descolamento da compreensão de sexualidade da anatomia genital como uma visada de Freud, marcando a distinção entre o corpo biológico e o entendimento de corpo pra psicanálise. Na medida em que postula a teoria da libido, cujo investimento libidinal presente na experiência do cuidado destinado ao bebê humano imprime registros erógenos em determinadas zonas corporais, nomeadas como as zonas erógenas oral, anal, fálica e genital.

Neste mesmo ensaio Freud esclarece que

“Por "instinto" [Trieb] não podemos entender, primeiramente, outra coisa senão o representante psíquico de uma fonte endossomática de estímulos que *não pára de fluir*, à diferença do "estímulo", que é produzido por excitações isoladas oriundas de fora. Assim, "instinto" é um dos conceitos na *demarcação entre o psíquico e o físico*”. (Freud, 1905/2016, p.67. Grifos nossos)

A constituição de corpo vai se estabelecendo a partir da proposição freudiana da libido, que antes da separação eu-mundo externo corresponde à pulsão autoerótica, e enquanto pulsão sexual, se dirige ao eu ou aos objetos. Neste momento da obra, ainda no contexto da primeira tópica, Freud separa a pulsão do instinto e distingue entre pulsão de autoconservação e pulsão sexual, que está na base da relação entre o soma e o psiquismo, onde o corpo é tido como a plataforma de onde emana a pulsão e pra onde ela pode voltar e se satisfazer, ou seja, dos múltiplos destinos da pulsão, o corpo também pode ser um dos objetos aos quais ela se dirige. De acordo com Fernandes (2003, p.4) “(...) a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente”.

Freud dedica o texto *Pulsões e seus destinos* (1915/2010) exclusivamente ao tema da pulsão dando um tratamento mais consistente ao conceito, em que enfatiza o caráter de força, ímpeto e constância pulsional que nos habita e nos instiga invariavelmente, diferente de outros estímulos externos que temos a chance de nos afastar ou aproximar, enquanto que desta pressão constante interior que é a pulsão, não há como escapar. A segunda tópica decorre da reformulação do conceito de pulsão no texto *Além do princípio de prazer* quando Freud (1920/2006) propõe um novo dualismo pulsional, em que articula as pulsões descritas anteriormente como pulsões de vida, em oposição às pulsões de morte, ligadas à compulsão e à repetição.

Deste modo, podemos afirmar que ao longo de toda sua obra Freud atualiza a apreensão sobre a força pulsional que atravessa o corpo a todo tempo, e postula a constituição deste corpo como um advir que envolve operações complexas. A pulsão enquanto expressão da energia libidinal, em seu estado inicial marca um corpo autoerótico, que corresponde a um tempo de indiferenciação e fragmentação entre o indivíduo e o mundo que o cerca; o corpo em partes e não unificado em uma imagem corporal. Ações psíquicas acontecem, ao que Freud denominou narcisismo, possibilitando o investimento libidinal no próprio corpo, e disso resultará a unificação de uma imagem corporal, e a ligação desta imagem a um “Eu” (Lucena et al., 2020). O investimento no próprio corpo é resultado de um corpo investido primeiro pelo outro, o que demarca a função de alteridade na constituição do narcisismo primário (Seixas & Balbi, 2013; Cremasco & Ribeiro, 2017).

A leitura lacaniana destas transformações consiste na proposição do estágio do espelho, constituinte do Eu imaginário, que tem como função importante a ilusão de unidade, marcando com isso a constituição de um corpo, de um objeto dentro do mundo de objetos, separado da unidade inicial com outro materno (Lacan, 1949/1998).

Esse processo depende de um outro que proporcione o reconhecimento desta imagem própria. Diferente das outras espécies animais, o bebê humano vem ao mundo na condição de desamparo total, cuja continuidade de sua vida depende exclusivamente de um outro ser humano que sustente sua existência, destinando cuidado e afeto, que em sua imaturidade orgânica e psíquica, o bebê não consegue fazer. O choro do bebê é a via privilegiada de expressão dos diferentes desconfortos que sente em seu organismo, os quais vão sendo traduzidos pelo outro que o escuta e o atende nisto que inicialmente é um pedido, tornando-se na sequência uma demanda. Este choro vai sendo interpretado como fome, sede, sono, calor, frio, dor, desamparo, etc. pelo outro que faz o exercício de

decifração na interação entre os dois. Desta forma, o que inicialmente era puramente das necessidades biológicas, vai sendo elaborado simbolicamente pela linguagem, constituindo um campo de inscrição no psiquismo do bebê dessa interação que vivência com o Outro por meio de seus suportes concretos e imaginários, marcando uma forma de primazia da alteridade.

Assim, este corpo biológico do bebê, no processo de investimento de libido do Outro vai se constituindo como corpo erogeneizado, um corpo efeito e afetado pela palavra, o que foi bastante trabalhado por Lacan na retomada que ele fez à Freud. Nesse sentido, a constituição psíquica se dá pela participação ativa da alteridade, inicialmente os cuidadores, posteriormente a cultura, o social; enfim, as instituições simbólicas em que o Outro comparece como o repositório dos significantes (Lacan, 1946/1998). Na mesma medida em que a alteridade atua na sustentação do indivíduo no mundo, o que ele sofre também é reflexo das incidências da cultura: do laço (ou nó) social, bem como aquilo próprio de uma época e de suas significações em que se criam novos sintomas psicopatológicos (Machado, 2017; Lazzarini & Viana, 2010).

Deste modo, salientamos que as experiências perceptivas e motoras têm papel fundamental na constituição do psiquismo. Na elaboração da segunda tópica, Freud vai ressaltar que a constituição do “Eu é sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (Freud, 1923-1925/2011, p.24). Nas palavras de Fernandes (2003, p.3) “o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito”.

Ainda segundo Fernandes (2011), o caminho que podemos trilhar na obra freudiana para compreender a significação do corpo para a psicanálise e o quanto ele

difere do corpo da medicina é o estudo sobre a histeria, o que está na fundação da psicanálise. Enquanto para o médico o adoecimento físico do corpo biológico o qualifica em seu saber diagnosticar e curar, o corpo da histérica, este em que o recalque impõe um sofrimento velado, porque inconsciente, submete o profissional ao desconforto do não saber manejar e de que seus recursos (exames e fármacos) terão pouco ou nenhum efeito sobre os sintomas histéricos.

Escutando as histéricas, Freud procedeu à investigação do inconsciente, elaborando sua teoria a partir do cotidiano da clínica. Enquanto médico, sua prática o obrigou a subverter a lógica prevalente de sua época (e que se mantém até os nossos dias), a qual o médico ocupa a posição daquele que sabe e o paciente aquele que valida o saber deste mestre sobre ele, pois está passivo nesta relação hierárquica. Invertendo as posições, Freud acolhe a posição ativa da histérica ao tomar a palavra, tecendo a trama sobre a constituição sintomática. Inaugura-se assim a escuta da verdade inconsciente. Podemos afirmar que essa subversão no redirecionamento de quem toma a palavra na cena analítica, consiste também numa marca distintiva entre a medicina e a psicanálise.

A atualidade da psicanálise é que ela não nega a dimensão biológica, mas destaca as relações entre a pulsão, o afeto e a representação psíquica que também compõem o corpo. Revela os limites do organismo, em que o sujeito impelido pela força pulsional, tendendo à repetição sintomática, pode se expor perigosamente a situações de risco, como o fim trágico de um paciente que após oito dias da realização cirúrgica ingeriu um sanduíche e faleceu em decorrência de um sepse generalizada. O objeto cala a palavra.

A produção inconsciente dos sintomas de compulsão à repetição pode ser acessada pela elaboração simbólica, através da tessitura narrativa que dá um contorno ao irrefreável da pulsão, assim como de outras manifestações como os sonhos, os chistes e atos falhos.

“A elaboração psíquica ajuda extraordinariamente no desvio interno de excitações” como bem declarou Freud (1914-1916/2010, p. 20).

Neste sentido podemos afirmar que é ali onde se instala o impasse para a medicina que a psicanálise pode operar, uma vez que a aposta na interpretação, do desvelar do recalçamento, produzirá o efeito da redução sintomática. O corpo pulsional e erógeno, portanto, se impõe à revelia do saber biomédico, exigindo sobretudo o tratamento pelas palavras - a *talking cure* freudiana.

Proposições psicanalíticas sobre a obesidade

Na esteira do que salientamos anteriormente sobre o corpo ser um assunto de interesse de diferentes disciplinas, constituído de atribuições distintas entre elas, a compreensão da obesidade segue o mesmo princípio, no que diz respeito ao entendimento do paradigma biomédico que a toma como doença orgânica, porém, sem consenso sobre se caracterizar enquanto doença psíquica.

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V, 2013) não inclui explicitamente a obesidade nos quadros nosográficos dos transtornos alimentares, mas sugere que o *Binge* ou compulsão alimentar faça parte do modo como a pessoa, dita obesa, pode se relacionar com a comida. Faz-se necessário mencionar que a compulsão alimentar pode acontecer como parte do modo de se alimentar entre as pessoas que já têm algum grau de obesidade, ou simplesmente não aparecer, portanto, seria equivocado associá-la especificamente à obesidade.

A propósito, o modo como cada um se relaciona com a comida - a qual notadamente consiste em uma das grandes fontes de prazer e satisfação da humanidade - é também perpassado pelas exigências pulsionais descritas anteriormente. Mais do que

exclusivamente por necessidade, nos alimentamos para atender às exigências pulsionais, as quais estão imbricadas nas relações que estabelecemos e que nos são transmitidas culturalmente, tanto pela família, quanto pelo social, como citado anteriormente. Assim, a comida faz parte da série de objetos que expressam amor ou dor, bem como tantos outros afetos envolvidos no ato de se alimentar. À guisa de exemplo, me recordo de ouvir certa vez de uma paciente que o significado de comida pra ela era “o socorro”, o que localiza a comida numa função muito distinta do que meramente suprir uma necessidade fisiológica.

Para problematizar a questão da obesidade no discurso psicanalítico tomaremos de saída a recente publicação do autor italiano Domenico Cosenza em sua obra *La comida y el inconsciente, psicoanálisis e transtornos alimentarios* (2019), tendo em vista a compilação de uma série de características que fazem parte das concepções clínicas dedicada às pessoas ditas obesas, estruturada sobre a tríade corpo, imagem e gozo. Podemos dizer que se trata de uma composição ampla acerca da compreensão psicanalítica desde as construções freudianas e também de seus comentadores.

A segunda parte do livro intitulada *La comida como solución excesiva* é dedicada ao tema da obesidade, tida como um dos sintomas da contemporaneidade, a chamada clínica das patologias narcísicas, que como bem sintetizada por Lazzarini & Viana (2010) corresponde a uma “impossibilidade de elaboração satisfatória da etapa do narcisismo que ocupa lugar essencial no processo de separação/individuação da criança pequena em relação ao adulto” (p. 277).

A primeira ressalva que o autor faz trata-se da definição de obesidade ainda restrita à dimensão quantitativa do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), como único fator reconhecido como elemento diagnóstico e que indica os níveis de gravidade.

Por se tratar exclusivamente deste parâmetro, se reforça a ideia de que a obesidade segue inserida na classificação médica e nutricional, e distante da clínica psicopatológica. A dificuldade do campo em estabelecer os parâmetros de como conceber a obesidade, retoma um debate epistemológico sobre a controvérsia entre o organicismo e a psicogênese, ou seja, as inúmeras fontes de origem para o sintoma, divididas entre aspectos “orgânicos, genéticos e emocionais” (Cosenza, 2019, p.53).

Na outra ponta do problema, para além da discussão epistemológica, a obesidade se configura em alta incidência e prevalência nas sociedades capitalistas em ascensão, nas quais o problema da desnutrição grave foi superado e estratos significativos de sua população dispõem de recursos financeiros para o consumo desenfreado. Já que o alimento está disponível em grande quantidade, especialmente se pensarmos nas indústrias alimentícias em larga escala nestes países em desenvolvimento. A perspectiva do autor é de que a obesidade caminha na esteira da anorexia e bulimia, porque sua difusão se dá alinhada ao sofrimento de uma época, existindo em um contexto histórico próprio, marcando a relação do sujeito com a comida. Cabe ressaltar que somente na singularidade do caso a caso torna-se possível identificar conjunturas psicopatológicas oriundas da alimentação.

Cosenza (2019) destaca pontos convergentes entre os quadros de anorexia e bulimia, mas ressalta a existência de disparidades que exigem esclarecimento. A primeira distinção corresponde ao gênero, pois, ainda que haja uma incidência maior de mulheres com obesidade, isso não a faz exclusiva de uma clínica feminina, como frequentemente é a clínica da anorexia e bulimia. A segunda diferença se refere ao fato de que, enquanto na bulimia e anorexia a exigência de tornar o corpo magro esteja presente, a obesidade não prioriza este ideal. A terceira característica que distingue a obesidade dos demais

transtornos alimentares (TA) corresponde a exigência superegóica persistente nos casos de anorexia, segundo o autor.

Já a obesidade é constituída no excesso pulsional, em que o sujeito se vê impedido de colocar algum controle e limite sobre o objeto alimentar. São pessoas que sofrem desse excesso, sendo a devoração uma marca pulsional recorrente entre os ditos obesos, os quais se lamentam por não conseguirem alcançar a normalidade de uma regulação pulsional. Na obesidade, o indivíduo se vê impelido a ceder ao impulso de devoração, não conseguindo estabelecer o controle sobre a ingestão alimentar, e dessa maneira manifestando a insatisfação com o seu corpo pelo acúmulo do excesso de quilos.

A perda de peso para a pessoa com obesidade trata-se mais de atender o controle pulsional, do que pelo desejo de ter um corpo admirado pelo outro (Cosenza, 2019). Cabe sublinhar a controvérsia deste argumento, se levarmos em conta a primazia da beleza associada ao corpo magro na cultura contemporânea, principalmente entre as mulheres.

O impulso de devoração remonta à zona erógena da oralidade, que na teoria do desenvolvimento da libido consiste no registro primário de organização e de relacionamento com a realidade objetiva, paradigma para se pensar a relação de apoio entre as funções de autoconservação e o registro erótico das pulsões. Essa oralidade integra configurações fantasísticas próprias, que permanecem como pontos de fixação para possível formação de alguns sintomas. Neste sentido, ser alimentado contempla uma marca de satisfação alcançado pelo contorno que a pulsão promove em torno da perda do objeto que é desde sempre perdido, um vazio.

Isso posto, é válido recordar que a experiência de satisfação nutricional é atravessada pela relação com o Outro desde o início, ou seja, o seio exerce função de unidade entre o alimento e o Outro. Lacan vai sublinhar que o encontro com a comida é

também o encontro com o primeiro dom de amor que o recém-nascido recebe do Outro e o que vai funcionar enquanto sinal de amor para a criança não é o objeto seio, mas o significante que perpassa a relação nutritiva na interação do outro materno e seu bebê. Esse gesto é que o coloca no reconhecimento como sujeito de desejo, pelo intercâmbio simbólico em que se constitui essa relação (Lacan, 1956-1957/1995). Em contrapartida, isso nos permite afirmar que quando a demanda de amor por parte do bebê não é atendida, a comida enquanto objeto de necessidade, pode ocupar o lugar de uma compensação imaginária frente a esta frustração fundamental.

A dimensão oralidade presente na constituição da obesidade, bem como nos demais TA em variações diversas, evidencia a desregulação do circuito pulsional oral, o que não a define necessariamente como uma estrutura clínica em particular, denotando mais uma característica de personalidade do que um sintoma, embora em sua dimensão excessiva possa vir a consistir em um sintoma, na acepção psicanalítica do termo. De acordo com Cosenza “não podemos situá-la (obesidade) no plano clínico se não soubermos o marco de qual estrutura subjetiva se manifesta e qual é, portanto, sua função específica” (2019, p.65).

O estudo brasileiro recente que também se debruçou sobre a desregulação do circuito pulsional e merece destaque devido seu caráter de ineditismo, consiste na revisão integrativa de literatura publicada por Catharin, Bocci e Campos (2020). Neste estudo os autores encontraram uma amostra de sete artigos psicanalíticos sobre a obesidade e a CB, evidenciando uma participação tímida do campo psicanalítico nesta temática.

Os pesquisadores discorrem sobre duas dimensões fundamentais discutidas na atualidade sobre a desregulação do circuito pulsional: a primeira delas trata-se da vertente narcisista, em que os estudos concebem que a devoração alimentar corresponde à tentativa

de drenar a angústia oriunda dos sentimentos de vazio e desvalia, devido a falha da inscrição do narcisismo primário na relação mãe/bebê. Isso implicaria na dificuldade de ampliar as identificações e investimento em diferentes objetos externos, submetendo o sujeito a “profunda identificação com o nada em decorrência da formação de vazios deixados pelas perdas narcísicas” (Catharin, Bocci e Campos, 2020. p.89). Frente a este vazio, a comida entraria como recurso de tamponamento dessa angústia. No âmbito de relações narcísicas, o eu ideal e o ideal de eu se confundem e a identificação ao desejo do outro se dá ainda fortemente no registro do imaginário.

A outra vertente corresponde às falhas de simbolização, dificultando a possibilidade do sujeito de representar psiquicamente as pressões proveniente do corpo. Essa falha remonta aos primórdios da constituição psíquica, em que também a função materna teria atuação primordial. O desafio de (re)constituição da trilha que conecta o afeto à representação seria uma das operações do trabalho analítico, durante o tratamento psicológico do candidato à CB. Isso porque o corte no real do corpo “traz efeitos para o campo da imagem” exigindo que a “dimensão simbólica seja tomada em consideração” (Catharin, Bocci e Campos, p.89). Caso contrário, as perturbações psicológicas pós-cirúrgicas continuariam acontecendo como resposta às intervenções mais superficiais ligadas ao imaginário.

Entre as complicações comuns de pós-operatório, a literatura destaca as compulsões substitutivas à compulsão alimentar, quadro recorrente entre candidatos à CB, e que podem ser substituídos, por exemplo, pelo consumo alcoólico após a cirurgia. O tema da compulsão também foi encontrado na revisão dos autores, cuja explicação estaria em que “o vínculo estabelecido com o objeto não se fez ou não se sustenta no plano da alteridade, tornando-se uma questão de sobrevivência, engendrando a irrefreável passagem ao ato – o comer compulsivo” (Catharin, Bocci e Campos, 2020. p.90).

O tema da compulsão alimentar entre os pacientes dito obesos vem sendo bastante debatido entre os pesquisadores psicanalistas (Schakarowski & de Oliveira, 2014; Machado, 2017; Seixas, 2019) chamando atenção para a importância do tratamento desta dimensão nos casos de obesidade grave com indicação cirúrgica. A hiperalimentação gerenciada pelo próprio sujeito, tendo em vista seu caráter autárquico, como “uma obrigação de comer” (Seixas, 2017) faz da devoração alimentar um contorno de satisfação libidinal, irrompendo traços de agressividade quando falha ou se reduz o acesso a este ato. À vista disto, poderíamos situar aqui os efeitos danosos do emagrecimento imposto pela cirurgia, por intervir diretamente na fonte de satisfação libidinal, portanto, podendo assumir o caráter de conjuntura de desencadeamento de instabilidade subjetiva. No que concerne ao ato repetitivo da compulsão, concordamos com Seixas (2019) na medida em que

A compulsão por comer (...) condensa em si as dimensões dos mandamentos superegoicos e da angústia, num evidente círculo-vicioso: come-se descontroladamente, recrimina-se excessivamente e como efeito resta a angústia que se apresenta em todas as suas tonalidades (p. 8).

O sujeito dito obeso não diz não, o que explica a alienação ao Outro e por consequência à comida, a qual também não consegue negar, cedendo ao empuxo a se fartar. É como se engolisse o próprio desejo, não se autorizando realizações pessoais, profissionais e tantas outras, quando se mostram em desacordo com a demanda do Outro. Diante de situações de conflito, pode subtrair-se todo de seu desejo e fazer prevalecer a demanda do Outro, atendendo-o completamente. Essa saída construída pelo sujeito visa imaginariamente evitar o conflito perante a castração no campo do Outro, especialmente o Outro materno, representante de sua primeira satisfação mítica, ou seja, tornando esta

mãe falicizada, fonte das garantias, portanto, sustentando que o sujeito permaneça alheio ao seu desejo (Cosenza, 2019).

Outro aspecto que cabe ser mencionado é o que se refere à percepção que o obeso tem de seu corpo como uma capa de gordura (Reclacati, 2002) em que ele se sente escondido, e o Outro não vê quem realmente ele é. Diferentemente do que acontece na anorexia, em que o corpo está sempre na comparação com um corpo ideal, e por isso, insistentemente grande aos olhos da anoréxica, para o obeso, ocorre a inversão disso. É como se fosse um ideal corporal já tivesse sido realizado interiormente, o que poderíamos chamar de dismorfo-percepção.

Nessa direção, outra noção comum que habita a constituição do corpo na obesidade diz do corpo desfalicizado, sobretudo nas mulheres, cujo destituição de seu caráter erótico e da atração do olhar e do desejo do Outro comparece com frequência. O traço de desfacilização ultrapassa o ideário atual do corpo magro, pois aqui, refere-se à tentativa de eliminação das formas corporais e do “semblante do desejo sexual (...) permitindo iludir a perda insuportável do objeto primário de satisfação (...) e evitando o encontro insuportável com o desejo do Outro” (Cosenza, 2019, p.82).

Antunes (2007) corrobora esse traço no modo como as mulheres com obesidade comparecem na clínica, bastante desfalicizadas porque tendem a não “localizar o seu incômodo, o seu mal estar na vida sexual. O desencontro sexual não as divide (...) não veem qualquer relação entre o excesso de peso e o eventual mal estar na sexualidade” (p.1).

Desta feita, entra em jogo a defesa do sujeito obeso do olhar do Outro como corpo desejante e desejado. Frente a angústia, a resposta é a compulsiva-compensatória, àquilo que é insuportável da demanda desejante. O significado de perder peso pode se

assemelhar à recuperação de um corpo atraente, e isso exige do sujeito o confronto com o seu desejo e com o desejo do Outro.

A clínica torna essa questão evidente quando os pacientes são questionados sobre os motivos que os fizeram considerar a cirurgia como uma opção de tratamento, e a resposta frequente se baseia no risco das comorbidades clínicas e da morte, o que sinaliza que até então o corpo parecia esquecido. O que denota um paradoxo visual, ao mesmo tempo que é um corpo em evidência, “não aparece como simbolizado no discurso do sujeito, não é dito, é ausente, fugidio em suas palavras”. (Cosenza, 2019, p.80). A recusa do corpo que o sujeito habita, demonstrado através da dificuldade de simbolização significativa aponta também para a recusa do inconsciente. Isso marca a relação do sujeito com a história de seu próprio corpo, e por conseguinte com as suas emoções, refletindo na objeção para falar sobre si.

As dimensões brevemente apresentadas aqui articulam conceitos e operadores clínicos sobre a compreensão psicanalítica do fenômeno da obesidade, o que confere ao profissional dedicado a esta abordagem, alguns subsídios que o orientam a escuta e o manejo. A partir do exposto até aqui, cabe ressaltar que para além da fixação na oralidade, conforme apresentamos segundo as concepções de Cosenza, a falha de simbolização e na constituição do narcisismo complementam uma concepção das proposições psicanalíticas sobre a obesidade na atualidade. Na sequência tecemos algumas reflexões relevantes da clínica dos transtornos alimentares, com base na experiência da autora e da fundamentação teórica apresentada.

Considerações sobre a Clínica dos Transtornos Alimentares

A experiência tem registrado alguns traços marcantes na clínica dedicada a pessoas atravessadas por diferentes problemáticas alimentares, que cabe tecer algumas considerações, sobretudo enraizadas na teorização psicanalítica, que fornece aportes que nos auxiliam na escuta desses casos. Durante os dez anos de atuação no ambulatório, a minha prática se deu exclusivamente dedicada à avaliação e atendimento psicológico de candidatos para CB. Inicialmente alinhada aos pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia da Saúde e Hospitalar, e posteriormente advertida pelo referencial psicanalítico, na vertente lacaniana, especialmente como efeito da análise que se dava principalmente em função da complexidade do trabalho dedicado a clínica com essa demanda. O ofício institucional implica diferentes transferências de trabalho, que envolve a equipe multidisciplinar, os pacientes e familiares, o que exige diferentes manejos da psicóloga.

Contextualizando o processo de trabalho neste serviço em questão, a organização do fluxo de assistência respeitava a seguinte ordem de encaminhamentos do paciente: em primeiro lugar, a triagem iniciada com as orientações da enfermagem e do Serviço de Assistência Social, etapa que incluía pedidos e realização de exames; em seguida, os pacientes eram encaminhados para a psicologia e a nutrição, especialidades que se dedicavam ao acompanhamento do paciente durante todo o tratamento até a cirurgia, seguindo por até dois anos do pós-operatório. Cada uma destas especialidades atendia o paciente individualmente, e a partir dessa triagem inicial era definido o estilo de tratamento mais indicado, grupal ou individual.

Considerando a organização da assistência na instituição hospitalar frequentemente estruturada em protocolos, ao longo dos anos a psicóloga pode articular a escuta dos dados advindos destes protocolos com o método psicanalítico, ampliando a escuta para aspectos da subjetividade, como a angústia e sofrimento presentes no discurso dos pacientes. Assim, desde o primeiro atendimento se colocava a possibilidade de, a partir da narrativa da própria história e do curso da obesidade, estabelecer algumas interrelações, superando o mero preenchimento de dados e informações pessoais.

(...)“se os pacientes têm em comum o pertencimento a uma determinada clínica no hospital e o adoecimento no corpo, diferem entre si amplamente em termos de configurações psíquicas. O principal ponto em comum é que todos recebem o *convite para a fala*” (Rua, 2019, p. 81). Seguindo as proposições da autora, a partir dessa escuta inicial é que se aposta no estabelecimento do vínculo e a transferência, especialmente uma escuta de “compreensão simpática” e isenta de “ponto de vista moralizador”, como nos recomendou Freud (1913/1994, pp.182-183). Nunca é demais ressaltar, que no atendimento se faz necessário recolher a própria subjetividade para que a do outro emerja.

No trabalho em questão, a escuta analítica se pautava no interesse de trazer “o que estava emudecido, muitas vezes pela falta de oportunidades no contexto social em que vivem” (Rua, 2019, p. 83) ou então pelo contexto de tratamento que estão inseridos, cujo paradigma biomédico silencia a palavra. Proporcionar um espaço para falar e se escutar na construção da narrativa sobre seu sintoma e sua relação com a obesidade, resgatando assim a singularidade no processo de tratamento pré-bariátrico. Trata-se da insistência na tentativa de fazer enlaçamento entre o corpo e o simbólico, e acessar o saber inconsciente do sujeito. A esse convite para falar, cada um responde de um modo singular. Alguns mais receosos do que pode resultar se abrir e contar sobre suas questões e o impacto que

isso pode ter na “autorização” para a CB ou impedimento. Já outros, estabeleciam uma implicação maior com o processo, conseguindo usufruir desta oferta.

Cabe esclarecer a particularidade deste serviço no que consiste essa autorização para o evento cirúrgico. Diferentemente do que acontece em outros serviços em que o psicólogo realiza em média três atendimentos e entrega um laudo para o paciente, neste ambulatório os atendimentos se seguiam regularmente sem a entrega deste documento porque não consideramos necessária essa etapa. Os pacientes eram acompanhados antes, durante e depois da CB, permanecendo assistidos todo o tempo de sua permanência no serviço, até dois anos de pós-operatório, ou seja, a continuidade do tratamento de suas questões emocionais se davam enquanto o paciente aguardava a alta das demais especialidades, inclusive da psicóloga. Era de praxe deixar claro ao paciente a sua participação nesta alta, resgatando o protagonismo e implicação no tratamento. Neste aspecto cabe destacar essa diferença também como um traço da operação analítica neste processo de trabalho.

O efeito da retirada da satisfação alimentar no corte concreto do corpo via CB, aponta para a complexidade das problemáticas alimentares, pois, sinaliza a exigência de que nos tratamentos psicológicos sejam considerados os fenômenos inconscientes, já que a oferta de operação no corpo biológico não alcança a dimensão subjetiva, não lhe confere garantias de desfechos satisfatórios. Pelo contrário, pode se tornar conjuntura de desencadeamento de sofrimento psíquico quando questões importantes da vida do paciente não foram acolhidas e minimamente elaboradas. Fora o fato da retirada brusca de uma fonte consistente de satisfação, constituída na vida da pessoa ao longo de anos, que é a comida, o que pode se configurar como grande fonte de angústia. Essa e outras mudanças muito radicais impostas pela cirurgia dificilmente estão no radar dos pacientes,

principalmente pelo fato da fragilidade de contato com o próprio corpo, como já mencionado.

Esse é um traço comum na clínica com esses pacientes, de apresentarem diferentes níveis de desconexão/rejeição do corpo. Talvez não por acaso a medicina seja mais requisitada e se ocupe mais da obesidade, sendo as demandas de algum tratamento endereçada a ela em função das complicações orgânicas resultantes da obesidade. As limitações corporais que a obesidade impõe também servem de elemento para a procura por algum tratamento, já que são as condições que colocam o sujeito em risco como consequência da obesidade, e que o recorda de que ele tem um corpo. Entretanto, a cirurgia bariátrica responde à demanda médica, mas onde entra na demanda do sujeito?

Em função do que apresentamos anteriormente sobre a dinâmica psíquica e o modo como o sujeito dito obeso se relaciona com seu corpo podemos afirmar que nos atendimentos não se colocam com uma demanda para o cuidado das questões emocionais, mas como um corpo a ser resolvido pelo o outro. Assim como se entregam para a resolução da medicina é como se apresentam para a psicologia e outras especialidades da saúde.

Neste sentido, a possível demanda de uma escuta analítica é uma etapa a ser constituída com o paciente, o que pode se estruturar por um longo período, uma extensão “das entrevistas preliminares” como se atribui ao início de um processo analítico clássico. Entretanto, ressaltamos a *busca ativa* para a subjetividade, a singularidade e o saber inconsciente do sujeito sobre seu corpo e sua relação com a comida, como um ato permanente no trabalho analítico com essa demanda de pacientes.

Considerações finais

Conforme nosso percurso ao longo do texto, podemos constatar que o relacionamento com a comida como fonte de prazer privilegiada se constitui na vida do sujeito através de inscrições psíquicas desde tenra idade, tendo em vista que a função da alimentação está na base de nossa existência, e das trocas afetivas estabelecidas no par Outro-bebê. Perturbações diversas na interação como é transmitida a relação com o alimento e os afetos, podem manter o sujeito aderido na garantia de satisfação narcísica e oral, substituindo outras fontes de satisfação, inclusive do contato intersubjetivo, ou ainda como recurso para lidar com a angústia, que toma um contorno externo, dando ao sujeito a ilusão de controle que será aplacada pela voracidade da ingestão alimentar

A perspectiva psicanalítica nos permite constatar que para além de uma questão da obesidade como traço de personalidade, hoje os transtornos alimentares em geral e a obesidade grave em particular são quadros clínicos da atualidade e remontam a registros inconscientes num estágio de desenvolvimento muito ulterior, de um psiquismo com arsenal mítico, primitivo, arcaico no processo de constituição do narcisismo primário, resultando em efeitos específicos dessa dinâmica com o outro materno.

Nesta visada, torna-se evidente a diferença radical que marca o corpo biológico para a medicina, e o corpo para a psicanálise, que está exposto a todo tempo à energia pulsional que não cansa de insistir e de impulsionar o sujeito. O conceito de pulsão, tido como conceito limite mais ilustrativo desta condição entre o somático e o psíquico, nos esclarece sobre que o tratamento possível a que podemos submetê-la é a simbolização, se pôr a falar. Nisso consiste o atendimento psicológico advertido dessa diferença radical, a possibilidade que diante da objetividade da medicina, o analista seja agente do espaço para a dimensão subjetiva, frequentemente negligenciada no ambiente hospitalar.

A experiência do sujeito dito obeso pode ser atravessada pela retórica do controle-se, num permanente estado de alerta frente ao alimento, a qual a escuta analítica vai na contra mão desta exigência do controle, mas faz convite a interrogar-se sobre o modo como se estabelece a relação com a comida, da identificação do reverso deste narcisismo, que pode tornar a experiência alimentar como tentativa de cuidado de si.

A cirurgia bariátrica enquanto alternativa de intervenção no corpo biológico, quando aliada ao manejo da dimensão inconsciente do corpo pode favorecer desfechos mais suportáveis, com uma lida mais respeitosa dos próprios sujeitos que a ela se submetem.

O trabalho analítico comporta inúmeros desafios no cuidado a demanda dos pacientes dito obesos, mas em síntese pode ser entendido como a aposta na elaboração inventiva de novas formas de distribuição desta energia pulsional, proporcionando ao sujeito fontes mais fluídas de satisfação à essa aderência mortífera da repetição sintomática.

Referências

- Barp, A., Zemolin, G. P., Spinelli, R. B., & Zanardo, V. P. S. (2022). Comportamento e hábitos alimentares de pacientes pós-cirurgia bariátrica: uma revisão de literatura. *Revista Perspectiva*, 46(173), 131-143.
- Catharin V, Campos ÉBV, Bocchi JC. Psicanálise, cirurgia bariátrica e obesidade: uma revisão integrativa. *Rev SBPH*. 2020;23(1):81-94.
- Cosenza, D. (2019). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios* (Vol. 2028). Ned Ediciones.
- Fernandes, M. H. (2011). As relações entre o psíquico e o somático: o corpo na clínica psicanalítica. *Limites da clínica, clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud/FAPERJ, 47-62.
- Freud, Sigmund, 1856-1939. Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Freud, Sigmund, 1856-1939. Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905) / Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. -11 ed.-São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

Freud, Sigmund, 1856-1939. Obras completas, volume 16: O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925) / Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

Freud, Sigmund, 1856-1939. História de uma neurose infantil: ("O homem dos lobos"): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920) / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2010

Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. In: Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise n.32, p. 8-14, 2001. São Paulo: Eolia. (Trabalho original publicado em 1966).

Lacan, J. (1995). O seminário, livro 4: a relação de objeto. *Rio de Janeiro: Jorge Zahar*, 1956-57.

Lacan, J. (1949). Estádio do espelho como formador da função do eu. In: Lacan, J. *Escritos* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lacan, J. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: Lacan, J. *Escritos* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

Lazzarini, E. R., & Viana, T. D. C. (2010). Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise psicológica*, 28(2), 269-280.

Lucena, B. B., Seixas, C. M., & Ferreira, F. R. (2020). Ninguém é tão perfeito que não precise ser editado: fetiche e busca do corpo ideal. *Psicologia USP*, 31.

Machado, M. G. (2017). Obesidade mórbida na contemporaneidade: entre o excesso do corpo e o silêncio das palavras. *Ide*, 39(63), 135-147.

Nasio, J. D. (2009). *Meu corpo e suas imagens*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.

Ribeiro, C. C., & Cremasco, M. V. F. (2014). Quando a cirurgia falha: as implicações da melancolia no tratamento cirúrgico da obesidade. In *Proceedings of the VI International Congress of Fundamental Psychopathology and XII Brazilian Congress of Fundamental Psychopathology*.

Schakarowski, F. B., & de Oliveira, V. Z. (2014). O corpo (im) possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. *Aletheia*, (45).

Seixas, C. M. (2019). Dimensões clínicas do ato na obesidade: compulsão por comer e sintoma na perspectiva psicanalítica. *Psicologia em Estudo*, 24.

Winograd, M., & da Costa Mendes, L. (2009). Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: teoria e prática*, 11(2), 211-223.

Considerações Finais

Os estudos realizados contemplam em profundidade as intervenções psicológicas estruturadas ao longo dos anos para atender o paciente candidato à CB neste hospital específico do interior paulista. Resgatando o objetivo inicial desta pesquisa, pretendíamos elaborar um protocolo direcionado ao atendimento do candidato, como uma maneira de contribuir para o campo de estudos dedicados a estes pacientes, cotejando nos instrumentos do protocolo variáveis psicodinâmicas que proporcionasse o acesso a aspectos da subjetividade que não são considerados em outras abordagens psicológicas. Entretanto, uma questão que distingue a psicanálise de outras práticas *psis* consiste na particularidade do um a um, muito diferente do que inicialmente se entende por protocolos de assistência em ambiente hospitalar, por remeter a uma ideia de *formatar* os pacientes em determinadas categorias.

Essa foi uma questão que consideramos delicada na proposição de um protocolo que estivesse assentado sobre os pressupostos teórico-clínicos da psicanálise, mas a realidade se revelou muito diferente do que essa suposta categorização dos pacientes.

A partir da nossa experiência, podemos afirmar que o uso deste recurso funcionou como mediador entre a psicóloga e o paciente, tendo em vista a frequente dificuldade dos pacientes falarem sobre si, suas questões, angústias. Se considerarmos que a denominação avaliação psicológica pressupõe a conotação de serem aprovados ou reprovados, muitos pacientes podem tomar essa ideia como o único objetivo do atendimento psicológico, o que os intimida a se colocarem temendo represálias, ou mesmo o impedimento para realizarem o *sonho* da CB.

Outro aspecto que cabe mencionar é a ideia de que a obesidade enquanto doença orgânica de acordo com o paradigma biomédico é um erro a ser corrigido pela CB, o que incorre em certo risco de que a psicologia seja reduzida a um “dispositivo médico” que reproduziria uma ação com vistas à correção, de que a psicóloga entraria nesta lógica de censura dos comportamentos do sujeito, mas em absoluto, não é disso que se trata.

Frente aos impasses no atendimento destes pacientes, nossa hipótese inicial era de que o protocolo se configura como uma via de acesso e de construção de um saber sobre o corpo, a experiência da obesidade e o significado da CB. Tamanha foi a nossa surpresa e contentamento ao encontrarmos na literatura interlocução e ressonâncias com nossas ideias através do trabalho desenvolvido por Marcos & Biondi (2015). Os autores discutem o uso de protocolos psicológicos nos hospitais, na perspectiva psicanalítica ressaltando que

Interessa à psicanálise aquilo que é da ordem pulsional, a relação do sujeito com o gozo e com a contingência. Podemos nos interrogar se as avaliações protocolares, ao contrário de tentar prever ou resolver os problemas, poderiam funcionar como um *instrumento norteador da escuta* do psicanalista, buscando reintroduzir o sujeito e sua palavra ali onde eles foram banidos (p. 126. Grifos nossos).

Neste sentido, depende do tratamento dado ao que se escuta e o que se recolhe destes atendimentos o valor do protocolo. Consideramos como um recurso que pode auxiliar na escuta e no manejo, especialmente para os pacientes que não estão habituados e em busca do saber do Outro sobre eles. Particularmente ao incluirmos instrumentos projetivos que nos possibilitam mobilizações inconscientes que ultrapassam o verbal.

Neste aspecto, consideramos que o Estudo I contemplou os objetivos gerais de experimentar um formato de entrevista semidirigida, mas mantendo o caráter interventivo conforme se apresentavam as questões dos pacientes durante os atendimentos. Como já

mencionado previamente não há ainda um protocolo padronizado para a assistência de pacientes bariátricos, o que preserva este campo de pesquisa em aberto para novas construções e propostas de intervenção.

Em se tratando do Estudo II, que apresenta a etapa de intervenção grupal propriamente dita, articulada ao atendimento nutricional, ponderamos como uma recomendação pertinente para as práticas ambulatoriais em serviço de saúde pública, especialmente aos hospitais universitários, centros de ensino e pesquisa que podem proporcionar aos seus alunos estágios *mão na massa* no sentido de entrarem em contato com a realidade dos pacientes atendidos ao mesmo tempo que contam com a participação de colegas de profissão mais experientes, mas que os integra nas responsabilidades pelas condutas, o acompanhamento, a organização das atividades, as devolutivas, etc. No estudo apresentado, o destaque maior consiste no trabalho interdisciplinar com a psicóloga, uma novidade no campo de práticas de estágios destes alunos. Diferentemente de acompanharem a disciplina teórica, puderam ao longo de alguns meses consolidar a teoria à prática, na clínica com obesos, um dos grandes desafios do trabalho dos nutricionistas.

A ilustração deste processo de tratamento interdisciplinar da psicologia e nutrição selou a singularidade deste serviço, notadamente conhecido pelo cuidado em oferecer o tratamento clínico para a pessoa dita obesa e não somente avaliação, entrevista ou laudo.

Finalmente, o estudo III abordou o meu percurso profissional e aproximação com a teoria psicanalítica da escola francesa nos últimos anos. A escrita deste estudo suscitou muitos sentimentos porque formalizou uma expectativa antiga de articular alguns conceitos complexos da teoria com a prática clínica. A escuta e a escrita psicanalítica exigem muito de seus praticantes, os quais se (re)constroem a cada leitura, a cada atendimento, a cada caso.

Este estudo pretendeu ainda um panorama geral sobre a concepção de corpo para a psicanálise, o que remonta às origens das pesquisas freudianas com as históricas. Na atualidade a clínica nos convoca diariamente para as questões do corpo, seja pelo seu excesso, pelas restrições, dores e tantos outros acometimentos que atravessam o corpo. Este é um tema que não se esgota e está em constante debate e articulações no meio psicanalítico.

Conforme mencionamos, a presença da psicanálise nas instituições depende dos analistas, o que não deixa dúvida de que se ela está inserida em diferentes espaços é porque o seu saber faz operar numa outra lógica, a lógica do inconsciente, da delicadeza da escuta da palavra tão desconsiderada em nossos dias.

A guisa de conclusão, a presente tese organizada em compilação destes artigos brevemente retomados nesta seção traça o caminho de trabalho realizado por alguns anos na assistência psicológica ao paciente candidato à CB, e espera contribuir para o campo dedicado à pesquisa e intervenção com estes pacientes, ressaltando a relevância de viabilizar o contorno pulsional através da simbolização proporcionada pela abertura à palavra.

ANEXOS

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Estudo prospectivo de avaliação psicodinâmica, da imagem corporal e de personalidade de pacientes pré e pós cirurgia bariátrica.**

Nome da Pesquisadora: Jacqueline Maria Regis Liao

Nome do Orientador: Prof. Dr. Érico Bruno Viana Campos

1. Natureza da pesquisa:

a sra (sr.) _____
está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade **compreender aspectos psicodinâmicos de personalidade, sintomas de compulsão alimentar, sintomas de ansiedade e depressão e insatisfação com a imagem do corpo em pessoas candidatas à cirurgia bariátrica e também após o procedimento cirúrgico.**

2. Participantes da pesquisa: a pesquisadora e os pacientes alocados na lista de agendamento de avaliação psicológica pré-bariátrica, aproximadamente 90 pacientes. Desta amostra, 30 pacientes serão reavaliados em mais dois momentos: após quarenta e cinco dias até sessenta dias (até dois meses de pós-operatório) e, após cento e vinte dias até cento e oitenta dias (até seis meses de pós-operatório).

3. Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo a sra. (sr.) possibilitará que a pesquisadora alcance os objetivos do projeto. A sra. (sr.) tem liberdade de se recusar a participar deste estudo a qualquer momento e ainda assim, terá a segurança de continuar todo o tratamento sem nenhum impedimento ou prejuízos. Sempre que quiser poderá obter mais informações sobre a pesquisa através do telefone (14) 99199-5208 diretamente com a pesquisadora.

4. Sobre as entrevistas e demais etapas da pesquisa: a entrevista semiestruturada e a aplicação de testes serão realizados individualmente, tanto na etapa pré quanto pós-operatória. Todas as situações de atendimento serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, pois, consistem em instrumento de análise e compreensão psicodinâmica dos participantes. Após o processo de aplicação de todos instrumentos da pesquisa o participante terá um atendimento para ser esclarecido sobre todos os resultados dos testes e também poder expressar o que desejar sobre a sua participação no estudo.

5. Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não transgride as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Considera-se que o risco ao participar desta pesquisa é mínimo, pois, o procedimento adotado consiste em entrevista e aplicação de testes

psicológicos. É possível que ao tratar de suas questões emocionais, a sra. (sr.) manifeste reações emocionais, as quais serão escutadas e acolhidas pela pesquisadora. Caso aconteça de a sra. (sr.) sentir-se desconfortável com alguma situação ou condição durante a pesquisa, a pesquisadora prontamente fornecerá o suporte necessário, e serão tomadas as devidas providências para preservar seu bem-estar e sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador terão conhecimento de sua identidade e se comprometem a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a sra. (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possa contribuir na elaboração de protocolos de atendimento psicológico, avaliativo-interventivo e preventivos, visando à promoção de saúde na população que recorre à cirurgia bariátrica.
8. **Pagamento:** a sra. (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Botucatu, _____ de _____ de _____.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora responsável: Jacqueline M. Regis Liao, e-mail: jacmregis@gmail.com

Orientador: Érico Bruno Viana Campos, e-mail: ebcampos@fc.unesp.br; tel (14) 3103-6087

Comitê de Ética em Pesquisa:

Coordenador: Prof. Dr. Mário Lázaro Camargo

Fone: (14) 3103-6075 – Seção Técnica Acadêmica

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

ANEXO B

Formulário sociodemográfico, antropométrico e clínico

Nome _____ Número do Registro do HCFMB _____

Data da avaliação: ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____ Telefones: _____

Variáveis Sociodemográficas

1. Sexo

- (1) Masculino
- (2) Feminino

2. Idade _____

- (1) 18-39 anos
- (2) 40-59 anos
- (3) 60 ou mais

3. Escolaridade nº de anos _____

- (1) Ensino Fundamental Incompleto
- (2) Ensino Fundamental Completo
- (3) Ensino Médio Incompleto
- (4) Ensino Médio Completo
- (5) Ensino Superior Incompleto
- (6) Ensino Superior Completo

4. Renda Familiar _____

Quantas pessoas vivem desta renda _____

Renda per capita _____

- (1) < 1 SM
- (2) 1-2 SM
- (3) 2 ou > SM

5. Posição na ocupação

- (1) empregado
- (2) desempregado
- (3) licença médica/aux. doença
- (4) aposentadoria/pensionista
- (5) dona de casa

6. Apoio Social

- (1) Sim
- (2) Não
- Quem? _____

7. Religião

- (1) Nenhuma
- (2) Católica
- (3) Evangélica
- (4) Espírita
- (5) Testemunha de Jeová
- (6) Outra _____

Variáveis Antropométricas

1. Peso Atual _____

2. Altura _____

3. IMC _____

- (1) 18 kg/m² a 25 kg/m²

(2) 25 kg/m² a 30 kg/m²

(3) 30 kg/m² a 35 kg/m²

(4) 35 kg/m² a 40 kg/m²

(5) 40 kg/m² a 50 kg/m²

(6) > 50 kg/m²

Variáveis Clínicas

1. História da obesidade

- (1) Primeira Infância
- (2) Segunda Infância
- (3) Adolescência
- (4) Adulthood
- (5) Período Gestacional
- (6) Senescência
- (7) Outros _____

2. Histórico Familiar de Obesidade

- (1) Sim
- (2) Não
- Quem? _____

3. Comorbidades

- (1) Nenhuma
- (2) Diabetes Mellitus
- (3) Hipertensão
- (4) Alteração Endócrina _____
- (5) Dislipidemia
- (6) Esteatose hepática
- (7) Alterações Vasculares
- (8) Apneia do Sono
- (9) Doenças respiratórias
- (10) Doenças articulares
- (11) Outras _____

4. Fatores que influenciam sua obesidade

- (1) Genéticos
- (2) Comportamento alimentar
- (3) Alterações endocrinológicas
- (4) Atividade profissional
- (5) Sintomas ansiosos
- (6) Sintomas depressivos
- (7) Outros _____

5. Tratamento prévio para obesidade

- (1) Não
- (2) Medicamentoso
- (3) Nutricional
- (4) Atividade Física

- (5) Balão intragástrico
- (6) Outros_____

6. Houve emagrecimento com este tratamento (1) Não

- (2) Por menos de um ano
- (3) Por um ano
- (4) Por mais de um ano
- (5) Outros_____

7.A obesidade afeta

- (1) a atividade profissional
- (2) relações interpessoais
- (3) relacionamento conjugal/amoroso
- (4) relacionamento familiar
- (5) a auto estima
- (6) locomoção
- (7) Outros_____

8. Porque você escolheu realizar a cirurgia bariátrica?

- (1) Estética
- (2) Aumentar a qualidade de vida
- (3) Melhorar a saúde
- (4) Outros_____

9. Tratamento Psicológico prévio ou atual

- (1) Não
- (2) Sim
 - 2.1Tempo_____meses.

10. Tratamento Psiquiátrico prévio ou atual

- (1) Não
- (2) Sim
 - 2.1Período_____.

11. Uso de medicações

- (1) Nenhuma
- (2) Antidiabéticas
- (3) Anti-hipertensivas
- (4) Anti-tireoidianas
- (5) Vasoativas
- (6) Psiquiátricas
- (7) Anticoncepcionais
- (8) Homeopáticas
- (9) Outras_____

12. Uso de drogas (incluindo álcool e tabaco)

- (1) Não
- (2) Sim
 - 2.1 Quais_____.
 - 2.2 Período_____.

ANEXO C

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)

BES (BINGE EATING SCALE)

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Após estar ciente de todas as opções, marque a que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1)

1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2)

1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada,
2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3)

1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4)

1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5)

1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6)

1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7)

1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".

8)

1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9)

1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina é não estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".

10)

1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

11)

1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a), mas, de vez em quando comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar vômito, usar laxativos, e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12)

1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), quanto quando estou sozinho(a).
2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

13)

1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
3. Quando eu faço lanches pesados tenho o hábito de pular as refeições regulares.
4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

14)

1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

15)

1. Eu não penso muito sobre comida.
2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

16)

1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

ANEXO D

Inventário de Insatisfação com a Imagem Corporal – Body Shape Questionnaire

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas. Usando a seguinte legenda:

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
H1) Sentir-se entediada(o) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
H2) Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
H3) Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
H4) Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
H5) Você anda preocupada(o) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
H6) Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
H7) Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
H8) Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
H9) Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
H10) Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
H11) Você já se sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
H12) Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
H13) Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
H14) Ao estar nua(nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
H15) Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
H16) Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
H17) Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?	1	2	3	4	5	6

H18) Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
H19) Você se sente muito grande e arredondada(o)?	1	2	3	4	5	6
H20) Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
H21) A preocupação frente à sua forma física a(o) leva a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
H22) Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
H23) Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
H24) Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
H25) Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?	1	2	3	4	5	6
H26) Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?	1	2	3	4	5	6
H27) Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
H28) Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia(o) de "dobras" ou "banhas"?	1	2	3	4	5	6
H29) Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
H30) Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
H31) Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	1	2	3	4	5	6
H32) Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
H33) Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
H34) A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

ANEXO E

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO PROSPECTIVO DE AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA, DA IMAGEM CORPORAL E DE PERSONALIDADE EM PACIENTES PRÉ E PÓS CIRURGIA

Pesquisador: JACQUELINE MARIA REGIS LIAO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22935419.7.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.394.788

Apresentação do Projeto:

Estudo empírico de caráter clínico em Psicologia da Saúde com metodologia de caráter quantitativo/qualitativo. Delineamento prospectivo de avaliação de personalidade e sintomas afetivos em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica e após a realização da mesma entre 30 dias até 60 dias, e posteriormente a 120 dias até 180 dias.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliação de personalidade e sintomas afetivos em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica e após a realização da mesma entre 30 dias até 60 dias, e posteriormente a 120 dias até 180 dias. Caracterização de personalidade e sintomas psicopatológicos em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica e as repercussões da perda acentuada de peso após a realização do procedimento cirúrgico sobre estas variáveis investigadas.

Específicos:

- Descrever a amostra em termos de variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas e de qualidade de vida;
- Descrever aspectos sintomatológicos de compulsão alimentar, ansiedade e depressão, analisando possíveis mudanças após a perda acentuada de peso;
- Descrever as características de personalidade e aspectos da imagem corporal encontrados nestes pacientes e possíveis mudanças após a eliminação acentuada

Endereço: Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO **CEP:** 17.035-380
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-0400 **Fax:** (14)3103-0400 **E-mail:** cepesquisa.fc@unesp.br

Continuação do Parecer: 4.394.735

de peso;

- Comparar possíveis diferenças entre as variáveis investigadas no momento pré e os dois momentos do pós-operatório: depois de quarenta e cinco dias até sessenta dias; e, posteriormente a 120 dias até 180 dias.
- Análise de cinco encontros de grupo focal pré-operatório à luz da teoria psicanalítica.
- Proposição de um protocolo de avaliação psicodinâmica pré e pós operatório bariátrica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos de desconfortos foram mencionados, além dos benefícios para a área da saúde. A pesquisadora já informou o planejamento da apresentação de resultados aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da saúde e para criação de futuros protocolos de cuidado relacionados a cirurgia bariátrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi adequado após recomendações do CEP.

Recomendações:

Não há mais recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há recomendações ou pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado "aprovado" por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1436584.pdf	19/10/2020 10:51:52		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaCEP.pdf	19/10/2020 10:48:42	JACQUELINE MARIA REGIS LIAO	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto19102020.pdf	19/10/2020	JACQUELINE	Aceito

Endereço: Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cnpesquisa.fc@unesp.br

Continuação do Parecer: 4.394.735

/ Brochura Investigador	Projeto19102020.pdf	10:47:58	REGIS LIAO	Aceito
TCELE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCELE_19102020.pdf	19/10/2020 10:43:22	JACQUELINE MARIA REGIS LIAO	Aceito
Folha de Rosto	Doc_26092019.PDF	26/09/2019 17:57:19	JACQUELINE MARIA REGIS LIAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 12 de Novembro de 2020

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepsquisa.fc@unesp.br

ANEXO F

Atendimento Participante 1

Psicóloga: Bom, vamos lá.

Paciente: Eu já fiz umas três cirurgias seguidas e cada hora aparece uma coisa.

Psicóloga: E o que que, né, o que que acontece? O que você acha que acaba implicando né, no processo de fazer a cirurgia ...

Paciente: Porque assim, apareceu o negócio da trombose, né?

Psicóloga: Você não sabia que tinha esse comprometimento?

Paciente: Não, me deu assim ... porque quando eu vim aqui né, eu comentei com a enfermeira que o fluxo menstrual meu era muito grande. Aí ela falou assim: “então procura um ginecologista ...”

Psicóloga: Tá.

Paciente: Que se quiser a cirurgia fica perdendo muito sangue e pode dar uma anemia, não sei o que ... aí eu fui.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Só que eu fui ... quando eu fui na ginecologista ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Ela me deu um anticoncepcional... Apareceu tipo um cisto assim e ela falou que ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... com o anticoncepcional ia melhorar.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Me provocou trombose por causa do hormônio.

Psicóloga: Ah, tá!

Paciente: Aí atrasou todo o processo. Aí a vascular daqui me segurou.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Porque quando a vascular me liberou, entrou a pandemia.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Então eu fiquei vindo no grupo.

Psicóloga: E aí o hormônio então foi ...

Paciente: O anticoncepcional.

Psicóloga: Você usou por quanto tempo?

Paciente: Nem um mês.

Psicóloga: Tá. Foi bem rápido então?

Paciente: Foi.

Psicóloga: Uhum. Tá. E isso foi quando, Érica?

Paciente: Nem lembro, faz um três anos já ...

Psicóloga: Ano passado? Faz mais tempo?

Paciente: Faz ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Acho que tem a data aí marcada.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Nossa, faz tempo.

Psicóloga: A gente vê depois. E você está em acompanhamento com a vascular?

Paciente: Tô.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: E tanto que na cirurgia agora eles liberaram e quando eu for a cirurgia eles têm que estar junto.

Psicóloga: Tá. Quais ...

Paciente: Tem que internar quinze dias antes, para poder parar de tomar o anticoagulante.

Psicóloga: Tá. E aí quais são as outras medicações que você tá usando, quais são outras doenças que você está tratando?

Paciente: A diabetes também, né.

Psicóloga: Tá. Parece que pressão alta também?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Não tenho.

Psicóloga: Você tem alteração de gordura no fígado?

Paciente: Tenho, deu, no exame tinha dado.

Psicóloga: Tá. Tem triglicérides, colesterol alto?

Paciente: Tinha também.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Não muito, mas tinha um pouco.

Psicóloga: Apneia do sono?

Paciente: Que eu saiba não fiz ainda.

Psicóloga: Tem doença respiratória?

Paciente: Assim, mais é a alergia assim, rinite, essas coisas, mas não.

Psicóloga: Uhum. Não necessariamente relacionada à obesidade?

Paciente: Isso, não. É de família mesmo. Todos têm.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Meus filhos também.

Psicóloga: Uhum. Entendi. Você chegou a estudar até que período mesmo, _____?

Paciente: Ensino superior.

Psicóloga: Você fez qual curso?

Paciente: Fiz pedagogia.

Psicóloga: Pedagogia mesmo?

Paciente: É.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ah, tenho pós-graduação também.

Psicóloga: Uhum. Na mesma área da educação?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Gestão escolar.

Psicóloga: E aí hoje vocês moram em quantas pessoas na sua casa?

Paciente: Quatro.

Psicóloga: Qual que é a renda da família ... total?

Paciente: Total acho que dá uns seis mil.

Psicóloga: Tá. Hoje você está empregada, né?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Você é funcionária pública?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Uhum. Você considera que você tem apoio social quando você precisa? Apoio de pessoas que você julga que são importantes para você? Você consegue recorrer a pessoas quando você precisa?

Paciente: Dentro da casa ou fora?

Psicóloga: Nessas duas situações.

Paciente: Sim.

Psicóloga: Sim?

Paciente: Porque assim, a minha mãe é muito influente.
Psicóloga: Influente?
Paciente: Minha mãe é.
Psicóloga: Como assim?
Paciente: Ela é muito conhecida na cidade, ela tem muita amizade com médico, advogado, prefeito. Ela é muito, muito, muito conhecida.
Psicóloga: Como é que ela se tornou uma pessoa assim tão influente?
Paciente: Porque ela é muito popular e ela tem um ... a gente até briga com ela, porque antes da amputação ela tem o dom de ser assistente social ...
Psicóloga: Ahn.
Paciente: ... e médico.
Psicóloga: Tá.
Paciente: Porque ela resolve. E advogado, ela consegue aposentar os outros, ela consegue arrumar médico pros outros, ela consegue remédio pros outro, tudo!
Psicóloga: Hmm.
Paciente: As pessoas batem na casa dela, tanto que a gente brigou muito com ela na pandemia porque as pessoas iam lá pra ela resolver as coisas.
Psicóloga: Ahn, e aí?
Paciente: Ela é uma pessoa muito ... ela liga, ela tem conhecimento. Ela sabe dos direitos, ela conhece leis.
Psicóloga: Tá.
Paciente: Apesar de ter a sexta série ela conhece muito lei.
Psicóloga: Entendi.
Paciente: Então ela liga na pessoa, a pessoa não resolve ela liga em outro.
Psicóloga: Ela mesma?
Paciente: Ela mesma. Tudo ao telefone.
Psicóloga: Hmm.
Paciente: Então ela resolve tudo, ela aposentou muita gente, ela é muito querida pelo povo assim.
Psicóloga: Uhum.
Paciente: Então, sempre que acontece alguma coisa a pessoa vai lá na casa dela.
Psicóloga: Tá.
Paciente: Ai Helena, esses dias tinha uma moça lá ...
Psicóloga: Tá.
Paciente: ... ai meu padraço foi na Unesp, deram uma carta pra ele, mas é que bloqueou os remédios, diz que tá com o documento errado. Ela pegou o papel, ligou pra uma assistente social lá da cidade e já resolveu tudo.
Psicóloga: Uhum.
Paciente: Então ela é muito ... nessa parte, ela é muito pra frente.
Psicóloga: Uhum. E qual a relação que você faz entre você ter apoio e aí essa situação da sua mãe, como que é?
Paciente: Dela ...
Psicóloga: Qual que a relação que você faz né, porque eu perguntei se você acha que tem apoio social ...
Paciente: Sim, porque se você precisa de alguma coisa ...
Psicóloga: Ahn.
Paciente: ... ela vai resolver.
Psicóloga: Quando os filhos também pedem ela também se mobiliza?
Paciente: Tudo, pra qualquer pessoa.
Psicóloga: Tá. Não é só para as pessoas que não são da família?

Paciente: Não, não, não. Pra todo mundo, qualquer pessoa se for lá ela não nega ajuda, nada.

Psicóloga: Tá. E ela, geralmente você tem ajuda da sua mãe de alguma forma ou tem o apoio dela?

Paciente: Agora não porque ela está nessa situação ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... mas ela sempre foi assim, quando eu precisei pros meus filhos ela que não deixou eles ficarem em creche, ela subia em casa pra cuidar ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... por isso que muitas vezes a gente aguenta muito as coisas dela.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu acho que devido essa situação dela é psicológico também, da aceitação dela também.

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí você mora com o seu esposo, é isso?

Paciente: Moro. É isso.

Psicóloga: Qual que é o nome dele?

Paciente: _____.

Psicóloga: A idade você sabe?

Paciente: Quarente e sete.

Psicóloga: E ele trabalha na _____, é isso?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Faz tempo que ele trabalha lá?

Paciente: Faz.

Psicóloga: E aí você tem um filho homem, né? Como ele chama?

Paciente: Dois.

Psicóloga: São dois meninos?

Paciente: Dois meninos.

Psicóloga: Um de dezoito e?

Paciente: O _____ e o _____.

Psicóloga: Tá. O _____ é o mais novo?

Paciente: É, tem comigo 13 anos.

Psicóloga: 13 anos. Tá. Você teve alguma gestação que você perdeu?

Paciente: Sim, o primeiro.

Psicóloga: A primeira gestação?

Paciente: É.

Psicóloga: Você lembra qual que era a sua idade?

Paciente: 23, acho que é 23.

Psicóloga: Tá. E o que que houve, porque que perdeu?

Paciente: Aborto mesmo normal.

Psicóloga: É?

Paciente: Te contei.

Psicóloga: Na época teve alguma justificativa, você chegou a saber que estava grávida ou não?

Paciente: Não, não sabia.

Psicóloga: Tá. Na época tentava engravidar?

Paciente: Até então achei que nem podia engravidar, depois ...

Psicóloga: Não podia? Por que?

Paciente: É, porque eu fazia muito tempo que tinha parado de tomar remédio tudo e não engravidava.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu cheguei até a fazer exame de gravidez.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Aí eu vi que tava grávida ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e acabei perdendo, depois na segunda gravidez aí foi assim ... segurou, mas tive uns probleminhas.

Psicóloga: O que que houve?

Paciente: Do _____ eu tive bolsa rota.

Psicóloga: Tá, sei.

Paciente: Hmm, ele nasceu prematuro.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E no _____ deu diabetes gestacional.

Psicóloga: Na gestação. Entendi. Como que estava essa questão do peso pra você naquela época em relação ao peso corporal né, teve mudanças, como foi?

Paciente: Foi. Meu corpo assim ... comecei a engordar, no caso, com 15 anos.

Psicóloga: Hmm, tá.

Paciente: Até os catorze anos eu era magra.

Psicóloga: Entendi. Então na infância e adolescência magra?

Paciente: Magra.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Com quinze anos ...

Psicóloga: O que você acha que aos quinze anos começou a engordar por que?

Paciente: É hereditário.

Psicóloga: Hereditário?

Paciente: Porque assim, até então eu não tinha muito contato com a família do meu pai.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque minha mãe criou nós sozinha assim sabe, separou ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... e ele não tinha muita ... ele não tinha muita em casa, ele não frequentava muito a minha casa, então a gente não tinha muito contato.

Psicóloga: Quando seus pais se separaram qual que era a sua idade?

Paciente: Acho que eu tinha uns cinco anos. Meu irmão ... minha mãe estava grávida da minha irmã Patrícia.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Cinco anos.

Psicóloga: Aham, sei.

Paciente: Cinco? Acho que não, acho que uns quatro anos.

Psicóloga: E você soube porque os pais se separaram?

Paciente: Porque era traição do meu pai sabe, bebia

Psicóloga: Tá.

Paciente: Por causa de traição.

Psicóloga: Uhum. E aí vocês, os filhos, ficaram com a sua mãe?

Paciente: Com a minha mãe.

Psicóloga: Ahan. E aí?

Paciente: A gente foi criado junto com meu avô.

Psicóloga: O pai da sua mãe?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Ele viajava muito, ele já era aposentado, mas ele vivia dando assistência.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Pra minha mãe, né? E meu pai assim não teve muito contato nada, só quando era pensão que ele tinha que ver para negociar essas coisas.

Psicóloga: Então quando eles se separaram vocês não tiveram uma convivência próxima?

Paciente: Não, não tinha.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Nenhuma. Tanto que minha irmã não quer nem contato com ele. Eu não, eu sou mais sossegada.

Psicóloga: E você, como é a sua relação com seu pai, ele é vivo ainda?

Paciente: Ele é vivo.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Assim ... de primeiro a gente não ligava pra ligar atrás assim. Só que meu marido ele é mais calmo, ele é mais sossegado, ficava falando: “não é assim, se ele errou você tem que ir atrás, perdoar porque a gente não é nada nessa vida, né ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... tem que entender o porquê ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... com certeza ele deve ter se arrependido”. Isso ficou na minha cabeça.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Então meio que eu fui atrás. E começou a ter contato, eu, a minha irmã mais velha, a mais nova não quer.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Só que agora com a correria da minha mãe então a gente acaba meio que não tem muito contato assim, mais por celular.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas a gente tem contato não com o pai, aquele pai assim como eu tenho com a minha mãe, o cuidado, né.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas a gente tem contato.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então quando teve esse contato com a família dele eu percebi ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... que é tudo o mesmo histórico.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Magro quando criança, adolescente e depois de uma certa idade começa a engordar. São todos gordos.

Psicóloga: Todos quem?

Paciente: A família do meu pai em peso. Todos, todos, todos gordos ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... obeso mesmo de ... mórbidos.

Psicóloga: Inclusive o seu pai?

Paciente: Meu pai não.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas a irmã dele ... todos. Acho que se livrou foi só ele.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Todos os meus primos assim ... eu entrei outro dia, minha irmã, porque assim eu não tenho face por causa da escola, que eu não gosto, por causa de contato, né.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Mas a minha irmã entrou no face e os parentes assim a gente vai entrando é todos. Meus irmãos por parte de pai do mesmo jeito.

Psicóloga: E a sua mãe ela teve quantos filhos com o seu pai?

Paciente: Quatro. Os quatro gordos.

Psicóloga: Tá, então os quatro filhos são três mulheres e um homem, é isso?

Paciente: Não. Quatro filhas. Com meu pai foram quatro filhas mulher.

Psicóloga: Entendi. Quatro filhas mulheres?

Paciente: Mulheres, é.

Psicóloga: E aí ela teve outro casamento?

Paciente: Outro casamento e tem o meu irmão.

Psicóloga: O único homem, então?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Tá, então vocês são em cinco ao total?

Paciente: Cinco.

Psicóloga: E esse outro relacionamento que a sua mãe teve foi depois da separação do seu pai ou foi antes?

Paciente: Depois, bem depois.

Psicóloga: Depois? Tá. Então o primeiro parceiro que ela teve na vida foi o seu pai?

Paciente: Foi.

Psicóloga: Eles ficaram muito tempo juntos?

Paciente: Não, porque ela engravidou da minha irmã com dezoito anos ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... minha irmã nasceu em 75, em 80 ele largou ela grávida.

Psicóloga: Ah, entendi. Foram cinco anos, então.

Paciente: É, cinco, seis anos entre namoro e ...

Psicóloga: Entendi. Uhum. E aí então esse histórico relacionado às questões do corpo você acha que tem uma relação com o seu pai?

Paciente: Tem, porque todos da família, todos, precisa ver, são todos assim obesos mesmo ...

Psicóloga: Aham, aham. E aí esse seu irmão que a sua mãe teve com outro parceiro, ele é magro?

Paciente: Magro.

Psicóloga: Tá. Ele não desenvolveu a obesidade?

Paciente: Não, a minha irmã mais velha também puxou a família da minha mãe ... ela puxou a minha mãe sim, meu pai, mas não é tão gorda.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ela é assim, ela não engorda muito.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Acho que não passa dos oitenta.

Psicóloga: A sua mãe também não tem sobrepeso, obesidade?

Paciente: Tinha, mas não muito. Mas você vê que é de comer também assim, mas não é muito.

Psicóloga: Hmm. Mas qual que é a diferença?

Paciente: Minha mãe pesa cem ... não é que os parentes do meu pai são cento e quarenta quilos ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... cento e sessenta, entendeu?

Psicóloga: Tá.

Paciente: São bem mesmo obeso.

Psicóloga: Mas quando você diz assim de que a sua mãe tem uma obesidade porque é de comer mesmo, como que é?

Paciente: Não, ela tem tireoide também, a minha mãe.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Então a dela sempre chega lá ... ela sempre pesou cem quilos, não é que nem nós que é cento e trinta, cento e quarenta. Que nem a família do meu pai, você vê que não tem ... pouco gordo, é muito mesmo ...

Psicóloga: Hmm, uhum.

Paciente: Eles são bem obesos mesmo que nem minha irmã e eu somos.

Psicóloga: E aí você tem alguma ideia do que para você, no seu caso né, fez com que desenvolvesse a obesidade?

Paciente: Não ... porque eu não tenho tireoide. Já fiz exame, tudo, já não deu.

Psicóloga: Hmm, uhum. Você consegue localizar outros fatores que foram influenciando ao longo da sua vida para que isso acontecesse?

Paciente: Não, porque ... foi isso mesmo, esse histórico, porque que nem minhas irmãs também ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... magra, quando chegava na adolescência dos catorze, quinze anos começava a engordar.

Psicóloga: Mas você acha que tem a haver só com uma questão da história da família?

Paciente: Acho que mais assim, porque pelo tanto que a turma come e eu como ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... em casa mesmo, o tanto que o meu marido come e o meu filho mais velho come ... a gorda sou eu comendo metade deles.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E eles são magros.

Psicóloga: Sei. E aí você percebe se teve situações as quais você viveu e que de alguma forma isso também tem influenciado para de alguma maneira né, aumentar e ter uma mudança em relação ao seu peso?

Paciente: A alimentação também, minha mãe também teve mania de fartura, de coisa gorda, assim sabe? Ajudou também.

Psicóloga: Como é que era?

Paciente: E a gente assim ... quem tem facilidade de engordar acaba engordando mais que as outras.

Psicóloga: Tá.

Paciente: A minha mãe sempre que tem comida assim tipo mineira que a turma fala?

Psicóloga: Ahan.

Paciente: Comida caseira.

Psicóloga: Ela cozinha ainda ou não mais?

Paciente: Agora não, agora ela ...

Psicóloga: Mas você morou com a sua mãe até que idade?

Paciente: Até uns vinte e um anos.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Vinte e dois anos ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: É. E ela cozinha, fazia doce, não fazia pouquinho, era tudo de tacho.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Tudo de panela grande porque a casa da minha mãe era como eu falei para você, bem frequentada ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... ajudava os outros, ai dividia com os vizinhos, isso, aquilo, então a comida dela era tudo de bastante.

Psicóloga: E aí ela conseguiu cuidar dos filhos porque o seu avô, o pai dela, ajudava?

Paciente: Não, ela trabalhou muito, trabalhou em dois, três serviços.

Psicóloga: Ah, ela sempre trabalhava?

Paciente: Sempre, muito, muito, muito.

Psicóloga: E vocês, os filhos, ficavam com quem?

Paciente: Trabalhava. Não, quando a gente era criança minha mãe teve muita ajuda.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Sempre teve uma pessoa para colocar para dentro de casa para trabalhar, para cuidar de nós ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... sempre teve uma mulher ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... que ela acabava ajudando e acabava cuidando de nós ...

Psicóloga: Entendi.

Paciente: ... sempre teve uma mulher que ela acabava ajudando e acabava cuidando de nós ...

Psicóloga: Entendi.

Paciente: ... ou era vizinha, sempre ajudando os outros então os outros cuidavam de nós para ela.

Psicóloga: Mas ela trabalhava bastante?

Paciente: A gente sempre vivia em creche, vivia na escola ... muito, ela trabalhava em dois ou três serviços.

Psicóloga: Tá. Fazia o que?

Paciente: Ela era empregada doméstica, babá ...

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Aí depois que ela conseguiu passar no concurso público, né ... na parte de auxiliar de serviços diversos.

Psicóloga: Sei.

Paciente: O ano que ela aposentou, mas até então ela trabalhava de faxineira, de cozinheira ...

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: ... sempre trabalhando assim. Chegava em casa dez horas da noite.

Psicóloga: Então grande parte do tempo em que você morou na casa da sua mãe o seu contato com ela era pouco?

Paciente: Era, porque a vida inteira um cuida do outro, por causa dessas histórias que a gente vê muito em vila ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... porque tem aqui em Rubião daquelas crianças carentes que irmão cria irmão enquanto a mãe trabalha.

Psicóloga: Tá, com você também foi assim?

Paciente: Foi, foi a mesma coisa. A gente ... quem nem um criou o outro. Que nem outro irmão meu esses dias estava lembrando: “nossa, você lembra como era longe ir para a escola?”, então era eu que ia na reunião, a minha irmã que foi na minha reunião.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: É o que acontece muito ...

Psicóloga: Não era a mãe?

Paciente: Não.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Quando dava ela ia, mas era difícil, ela trabalhava muito porque era sozinha.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E meu vô dava assistência assim, porque meu vô era muito bem aposentado, era da Ferroviária e ganhava muito bem.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Quando ele tava, né ... ele, minha mãe era xodó, então ele comprava carne, comprava material de escola, se avisava ele, ele corria lá comprar. Só que ele viajava muito também.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que ele era aposentado e ele gostava de viajar, então ele não parava.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que ele era viúvo.

Psicóloga: Ah, entendi. A sua vó tinha falecido?

Paciente: Faleceu nova. A minha mãe perdeu a mãe nova. Minha mãe perdeu a mãe com doze anos.

Psicóloga: Ah, tá. E aí o seu avô não se casou mais?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ele não casou.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Por causa da minha mãe também, porque ele era, né ... ele jurou em leito de morte que ia cuidar da minha mãe, da madrasta, então ele não deu.

Psicóloga: Da madrasta, como assim?

Paciente: Madrasta da minha mãe, acho que misturou com medo de judiar da minha mãe ...

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: ... minha mãe era criança, minhas tias eram bem mais velhas ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... e a minha mãe tinha só doze anos quando a minha vó faleceu.

Psicóloga: Ah, entendi.

Paciente: Então ele falou que cuidar da minha mãe.

Psicóloga: Então ...

Paciente: Ele não deu, só cuidava ... ter casa assim, de passear com as namoradinhas dele que ele arrumava depois que a minha mãe estava casada já.

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: Que ele foi, mas não morava junto.

Psicóloga: Ah, entendi. Aí então a sua mãe foi a filha mais nova, foi a última?

Paciente: É, bem mais nova das irmãs, ela é bem mais nova.

Psicóloga: Tá. E vocês na ... os filhos, você, em relação às irmãs, você está em que posição?

Paciente: Eu sou a segunda, mas considerada a mais velha.

Psicóloga: Por que?

Paciente: Porque a minha irmã mais velha sempre deu trabalho e

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... abandonou dois filhos para a minha mãe criar, nós que criamos, então não tinha muito juízo.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então eu criei, sou considerada a que comandava tudo, a que ia nas escolas, a que levava para a escola.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E tomava frente no lugar da minha mãe, né?

Psicóloga: Tá. Como foi para você ocupar esse lugar?

Paciente: Foi natural, não sei, acho que foi levando ... até hoje acho que por causa da minha personalidade também de querer comandar.

Psicóloga: Querer comandar? Como que isso funciona?

Paciente: Ah, eu sou assim na escola, eu não sou de ... eu gosto de tomar a frente.

Psicóloga: Hmm. Como que é isso?

Paciente: Ah, como que eu posso explicar? Se tem uma coisa, um trabalho de escola, se tem uma apresentação, eu gosto de tomar a frente, eu gosto de comandar, eu gosto de organizar.

Psicóloga: Como que as pessoas reagem a esse seu jeito?

Paciente: Ah, as pessoas gostam que tem pessoas que tem vergonha.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E eu não tenho que sou bem frente, eu gosto de conversar, gosto de falar, então ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... vou tomando frente.

Psicóloga: E isso de alguma forma te sobrecarrega?

Paciente: Não, eu gosto.

Psicóloga: Tá.

Paciente: O que está me sobrecarregando mesmo é ter que ficar em casa, da pandemia, mais dessas coisas, porque eu sou agitada.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então pra mim não tá ruim não.

Psicóloga: Aham, aham.

Paciente: E eu gosto mesmo na escola agora, no grupo da escola que tem que dividir as coisas.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Tinha que fazer um planejamento das atividades, eu que tomei frente, dividi os dias, dividi o que tinha que trabalhar.

Psicóloga: Tá.

Paciente: As pessoas acabam gostando.

Psicóloga: E aí você ocupa um cargo hoje no seu trabalho em que isso depende de você, esse direcionamento das atividades ou não, você que acaba fazendo isso mesmo tendo um superior que poderia fazer?

Paciente: Tem, não ... tem a coordenadora que ela orienta, só que ela manda a gente se virar

Psicóloga: Ah.

Paciente: E para fazer uma coisa bem organizadinha eu gosto de ser ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... eu sou muito organizada, eu gosto de fazer essas, esse planejamento certinho, de atividades, o tema, dividir entre o grupo que vai fazer ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... pra não sair uma coisa repetitiva ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e as pessoas gostam. E eu vou dando, não sei, as pessoas vão aceitando.

Psicóloga: Sei. Aham.

Paciente: Dividir o horário mesmo, agora tem uma moça no grupo que falou: “_____, quantas horas cada aula?”, até acostumou já.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu vejo, analiso e mando. E na minha casa é a mesma coisa. Tanto em festa também ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... que eles brincam que eu sou a sargenta, “a sargenta já organizou a festa?”.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Porque eu que organizo, o que cada um vai dar na festa, a vaquinha, o que vai ser ...

Psicóloga: Ah.

Paciente: ... já acostumaram.

Psicóloga: E aí você ... geralmente as coisas acabam acontecendo do jeito como você determina e comanda ou não, acaba saindo um pouco fora?

Paciente: A maioria.

Psicóloga: A maioria das vezes?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Quando sai fora daquilo que você previu ...

Paciente: Não, aí sossegado.

Psicóloga: Como que você lida?

Paciente: Não, normalmente.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Normal, eu sou aberta para isso, acho que tudo tem que ser ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... nada sai perfeito do jeito que o marido da gente quer, a gente só dá uma orientação ou dá uma ideia.

Psicóloga: Tá. E aí você acabou ocupando um pouco desse lugar de quem comanda então?

Paciente: É, eu acho que devido eu ajudar em casa, a cuidar dos meus irmãos, de levar para a escola, eu acabei meio que tomando essa ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Não sei se é personalidade, formando esse tipo ...

Psicóloga: Tá. Isso de você dizer que é bastante organizada, em que que você percebe essa organização ou o que você acaba ...

Paciente: Eu não consigo fazer sem me organizar, parece que eu não consigo, fico perdida, então eu tenho que parar, pensar e organizar ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... para tudo, até em casa.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Se eu vou acertar as contas, eu gosto de sentar, fazer planilha, separar, somar ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... porque se eu for fazer sem aquilo parece que eu não me acho, então gosto de fazer tudo certinho.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Mesma coisa na minha casa, nos guarda-roupas, nas minhas coisas.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Eu gosto de me organizar tudo.

Psicóloga: E aí geralmente é você quem faz todas essas coisas? Ou você ...

Paciente: Sempre tenho ajuda em casa do meu marido.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Ele é bem, porque isso que eu falei que ele é bem parceiro.

Psicóloga: Tá, sei.

Paciente: Só que assim, o negócio de médico, essas coisas, ele meio que deixou meio de lado, quando a gente toma a frente das coisas a pessoa meio que deixa de lado, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Que nem pra resolver médico, eu que tenho que ir, pra fazer as coisas do menino eu que vou ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... fazer matrícula, ele vai junto, mas eu que tenho que tomar a frente.

Psicóloga: Hmm. Essa é uma expressão que você usa bastante “tomar a frente”, né?

Paciente: É, eu tenho que ... porque eu tenho mania

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Impressão que se eu não for não vai ser não sei.

Psicóloga: Não vai ser o que?

Paciente: Não sei, parece que se eu não for fazer, parece que não vai fazer direito. E às vezes acontece isso, porque parece que ele não sabe, fica perdido, acho que de tanto eu tomar a frente ele meio que acabou acomodando ...

Psicóloga: Tá, aham.

Paciente: ... acho que é normal isso aí de quem toma a frente.

Psicóloga: Parece que acabou acontecendo um pouco, mas ficou, pelo que você está contando, tem uma certa desigualdade, fica um tanto para você e um tanto para ele porque você acha que ele se acomoda um pouco.

Paciente: Não sei se se acomoda

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... se não faz direito, às vezes eu falo: “vai”, às vezes eu falo “vai lá e resolve isso aqui”.

Psicóloga: Tá.

Paciente: “Você não quer ir comigo?” “Não Wilson, vai que eu estou ocupada”, ele vai, mas parece que volta tudo. “Você não fez isso aqui?”, “ai, esqueci”, pelo menos não sei direito se ele esqueceu alguma coisinha que ele é muito esquecido.

Psicóloga: Sei, aham.

Paciente: Ou faz, não sei. Tudo isso ... uma coisinha ele esquece.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Não sei porque, se é porque vai sem planejar, não sei. Acaba esquecendo, sempre tem alguma coisinha ou faz ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu gosto de eu fazer, por causa disso, para fazer certinho ... de fazer.

Psicóloga: E você percebe se esse ... se essa característica que você reconhece em você né, de tomar a frente, isso acontece mais em relação às situações que você se oferece para ajudar os outros ou você acha que isso também acontece com as suas coisas, com aquilo que é seu, que é para você?

Paciente: Com tudo. Em casa principalmente, eu que tomo frente.

Psicóloga: Em relação ao que é seu também?

Paciente: Também.

Psicóloga: Ou você acha que acaba se ocupando muito com aquilo que é do outro e falta um pouquinho ...

Paciente: Não, eu faço que é da minha natureza mesmo, de comandar, organizar.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: De pagar conta, “ah tá precisando não sei o que aqui em casa” ... esse mês não pode, tem bastante coisa, vamos organizar. “Ah, vai comprar só isso”, essas coisas.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Acho que sou muito observadora, acho que acabo pegando as coisas também.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Eu gosto de observar muito as coisas, então a gente acaba percebendo o que está precisando mais ou precisando menos.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Como meu marido é desligado, ele quer ... mas ele é desligado. Então às vezes que ele vai comprar: “Ah comprei desse”, “já tem, isso aí não precisa”.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Acaba indo para fazer as coisas tudo sem se organizar ou ver o que está precisando mesmo.

Psicóloga: Tá, uhum. Você acaba, como você disse, observando mais?

Paciente: É, tanto que quando a minha mãe foi operada ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... ela estava com uma dívida grande, porque ela ia só gastando, gastando. E eu com essa mania minha eu consegui organizar toda a conta dela, eu consegui pagar toda a conta dela, organizei tudo. Hoje ela está ...

Psicóloga: Você pagou com o seu dinheiro?

Paciente: Com o dela.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Organizando conta dela.

Psicóloga: Ah, entendi.

Paciente: Eu tomei frente e falei: “mãe dá o cartão para mim que eu vou resolvendo”.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Pagava um mês aqui, pagava isso aqui, quando fui ver organizei tudo. Até agora ela tem ... eu fiz, peguei caderneta na padaria que ela pegava tudo sem caderneta, ia só mandando marcar.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Pra ter controle, então eu consegui controlar todas essas contas, com essa mania de ficar controlando eu resolvi um monte de coisa para ela.

Psicóloga: Entendi ... mania de ficar controlando?

Paciente: Eu controlo tudo, pra ver certinho onde vai gastar para não ter ... gasto a mais. Então eu consegui organizar essas coisas para a minha mãe.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Em casa também eu faço isso. Meu marido tem medo de gastar, eu falo: “controla”, então é isso.

Psicóloga: Essa questão do controle tem a haver com o dinheiro, é isso?

Paciente: Com tudo, dinheiro, organização de casa, comprar alguma coisa.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Sou bem ... organizada.

Psicóloga: Uhum. E aí essa característica que você percebe em você, como é que você avalia essa característica, o que que você acha disso?

Paciente: Ah, não sei, acho que é porque é da minha natureza, não sei. Eu gosto.

Psicóloga: Uhum, uhum. É uma condição da qual você não se sente incomodada?

Paciente: Não.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Não sinto, tanto que na escola se precisar falar, fazer uma palestra ou um teatro a turma já chama.

Psicóloga: Aham, aham.

Paciente: Para dar ideia, para organizar. Diretora manda ...

Psicóloga: Uhum, uhum. O trabalho que você exerce hoje é uma atividade que você se sente satisfeita?

Paciente: Muito.

Psicóloga: Você está há quantos anos nessa atividade, é uma creche, é isso?

Paciente: Dezoito anos.

Psicóloga: No mesmo lugar, no mesmo trabalho?

Paciente: Mesmo trabalho.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu trabalhei dez anos com adolescente. Amava, tinha paixão.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Com adolescente. Aí eu passei em concurso no infantil aqui.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Falei: “meu deus do céu, será que eu vou conseguir?” que eu trabalhava com adolescente, era outra linguagem, outra maneira de agir, né.

Psicóloga: Sei.

Paciente: “Nossa, será que eu vou conseguir isso aqui”. Gente, tenho paixão, eu amo.

Psicóloga: Uhum, uhum. É uma atividade que você também aprendeu a gostar então?

Paciente: Muito, muito, muito.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu gosto. E faço com amor, dedicação mesmo, sabe? Não faço as coisas mal feitas, não.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Se tem uma deficiente eu tento procurar ajuda, pesquisar, eu gosto de entrar na internet, procurar recursos ... (parece muito identificada com a mãe: toma a frente, resolve...)

Psicóloga: Uhum, uhum. É, e aí você estava contando, então, que você começou a perceber a mudança em relação à condição do corpo a partir dos quinze anos, né?

Paciente: Quinze anos.

Psicóloga: Você se lembra com que idade que você teve a primeira menstruação?

Paciente: Ai, com doze ... onze anos. Em casa é tudo cedo, viu.

Psicóloga: Tudo cedo?

Paciente: Tudo é, menstruamos tudo cedo.

Psicóloga: Aham. E ... teve algum período da sua vida que você observou uma mudança importante né, você inclusive estava dizendo que você é muito observadora, uma mudança importante do peso? De que em pouco tempo houve um aumento bem significativo?

Paciente: Catorze, quinze anos assim ... eu, antes, para você ter uma ideia, quando eu era criança, tinha uns sete, oito anos, eu lembro que, eu lembro da professora levando na fila da merenda, obrigando a comer, eu era carne e osso.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu era tão magra, tão magra, que no dia da vacina e não queriam dar a vacina em mim porque ficavam com medo.

Psicóloga: Tá.

Paciente: De tão magrinha que eu era, era muito magra.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí eu lembro que eu comecei a engordar, mas pouquinho.

Psicóloga: O fato de você ser bastante magra na primeira infância né, você acha que tinha algum motivo?

Paciente: Eu era doente a minha mãe fala.

Psicóloga: Ah, é?

Paciente: Eu tive nefrite, tive um monte de coisa.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu vivia internada.

Psicóloga: Vivia internada?

Paciente: Vivia internada.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu fiquei internada na Unesp, tudo, quando eu era criança, a minha mãe conta que eu fiquei três meses internada por causa da nefrite, tive uma nefrite na infância.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Aí eu ... ah, eu era muito magra.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Eu lembro que na escola o professor pegava no braço e fazia eu comer porque eu não queria, de tão magra que eu era.

Psicóloga: Não queria comer?

Paciente: Não, era muito magra.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Ai, aí apelidaram eu até de coco, meu tio me chamava de coco porque diz que eu era magra porque acho que eu tive que tomar soro e raspou a cabeça.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Era careca e magra, ele falou que e só tinha cabeça e apelidou de coco quando era criança.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí quando uns treze, catorze anos, comecei a engordar, mas com quinze anos que eu vi que comecei ir além do peso mesmo.

Psicóloga: Como que estava a sua vida aos quinze anos?

Paciente: Vida corrida que eu estudava, trabalhava, falei para você trabalhei em casa, aprendemos a trabalhar cedo para ajudar a minha mãe.

Psicóloga: Tá, trabalhava fazendo o que?

Paciente: Limpava na casa dos outros ... tinha que limpar a casa dos outros.

Psicóloga: De empregada. E o que que você achava desse trabalho?

Paciente: Ah, era difícil. Até conto para os meus meninos: “vocês têm tudo de mão beijada, a gente tinha que trabalhar na casa dos outros”. Tinha no frio a mão chegava a ficar rachada.

Psicóloga: Hmm, o que que acontecia?

Paciente: Porque antigamente os produtos de limpeza era tudo soda.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Sabão de pedra caseiro, tinha que limpar, lavar banheiro.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Às vezes a mão ficava em carne viva.

Psicóloga: Uhum. Você ficou quanto tempo trabalhando nessa atividade?

Paciente: Ah, acho que uns três, quatro anos.

Psicóloga: Tá, dos quinze até mais ou menos os dezoito?

Paciente: Não, trabalhava antes.

Psicóloga: Trabalhava antes?

Paciente: Antes. Foi com quinze, dezesseis anos que eu ... que aí eu comecei a fazer o magistério ...

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: ... com dezessete anos que eu fui fazer estágio e comecei a trabalhar. Aí eu passei no primeiro concurso.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Passei no meu primeiro concurso não tinha nem dezoito anos.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí eu fui trabalhar de ... fui trabalhar com adolescente que eu falei para você, trabalhei dez anos com adolescente.

Psicóloga: Você gostava de estudar?

Paciente: Muito, gosto de leitura, gosto até hoje.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Leitura, estudo.

Psicóloga: Uhum. Em relação aos outros irmãos você foi a pessoa da família que estudou até ter uma pós-graduação?

Paciente: Eu e a mais velha não, a mais velha porque antigamente não tinha nada de conselho, essas coisas, e não era obrigatório, meio que né ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então não tinha essa opção em casa. Minha mãe falava assim ... “ah, não quero ir para a escola mesmo” e minha mãe não ligava, entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Vai para a escola que era importante, mas ela não tinha aquilo igual é hoje em dia né, aquela obrigação com a mãe se não for. Então a minha irmã é muito inteligente a minha irmã, ela é a mais velha, só que ela estudou até a quarta série, abandonou.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas você vê que é uma pessoa, sabe ... que gosta de leitura, ler livros, mesmo com quarta série ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... bem fluente.

Psicóloga: E aí mesmo você, além desse período que você percebeu dos catorze pros quinze anos em que teve essa mudança né, teve outros momentos em que você observou isso?

Paciente: Depois da gravidez.

Psicóloga: De aumentar bastante ... você acha que depois da gravidez ou durante?

Paciente: Foi ... assim, antes eu já comecei a engordar. Quando eu fiquei grávida eu pesava cento e quinze quilos, já não era pouco.

Psicóloga: Na primeira gestação?

Paciente: É, já não era pouco.

Psicóloga: Tá. E aí ao final dessa primeira gestação?

Paciente: Tava com cento e vinte.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Depois disso aí não consegui emagrecer mais e foi só aumentando, só aumentando.

Psicóloga: Tá. O que que você acha que foi acontecendo que foi só aumentando?

Paciente: Não sei.

Psicóloga: Se a alimentação influenciou ...

Paciente: Porque a alimentação era a mesma, entendeu.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí cheguei a pesar até cento e quarenta quilos. Porque quando vim com a enfermeira na primeira vez acho que eu estava com cento e quarenta quilos.

Psicóloga: E aí qual foi a situação em que você tem uma indicação para fazer a cirurgia ou você escolhe por esse tratamento, como é que foi isso, a sua chegada no Ambulatório?

Paciente: Eu que vim atrás.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Eu vim falar com a enfermeira, que a minha irmã fez cirurgia bariátrica.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí quando ela tinha o retorno e vim com ela, conversei com a enfermeira.

Psicóloga: Tá. Então você não teve encaminhamento médico para fazer?

Paciente: Não, porque eu vi assim que eu tinha diabetes ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... eu tava com diabetes, tudo, aí vendo as pessoas comentarem sobre ... que a bariátrica ajuda na diabetes, essas coisas, porque a família é de diabético também.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí eu vim conversar com a enfermeira. Primeiro procurei pelo particular.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Eu procurei o particular só que eu não gostei, porque assim, não passei na psicóloga, não passei direito ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... porque se não teve todo aquele acompanhamento, fiquei com medo.

Psicóloga: Tá. Medo de que?

Paciente: Ah, medo porque assim, tem que se preparar, eu acho.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Tem que ter uma preparação psicológica, a sua mente.

Psicóloga: Ahn, porque?

Paciente: Ah, eu acho que tem que preparar a mente da gente para poder ... pela mudança, mudança da alimentação, mudando do hábito. E lá no particular não, eles nem fizeram nada e já ia marcando a cirurgia.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí eu falei: “ah, não”.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Porque eu vi caso de quem, de uma parente minha que fez no particular sem acompanhamento ...

Psicóloga: Então teve várias pessoas da sua família que fizeram?

Paciente: Minha cunhada fez.

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: Só que não era muito gorda, viu. Ela era, mas não era tanto assim.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Ela fez por causa da coluna, mas não era tão gorda.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E ela fez pelo particular, aí eu vi o que ela sofreu ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E vi pela minha irmã que fez pela Unesp com todo acompanhamento.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Certinho.

Psicóloga: Qual foi a percepção que você teve sobre a diferença entre essas duas situações?

Paciente: Ah, minha cunhada porque assim ... ela sofreu porque não tinha se preparado psicologicamente, ela não ... começou a ter problema na hora de comida que ela não aceitava, ela queria tomar refrigerante e não podia, não teve aquela preparação, eu achei.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então sofreu porque não queria aceitar o alimento que precisava ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... não queria tomar água de coco e comer gelatina, não sei o que. Quando começou a dar problema de anemia, um monte de coisa.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E a minha irmã não. Minha irmã fez tudo certinho porque ela fez todo acompanhamento na Unesp ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... então ela está bem.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: A par da situação que tinha que ser feito porque era importante fazer todo aquele processo.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Então por isso, falei: “ah não, eu vou na Unesp.”

Psicóloga: E hoje, como elas estão?

Paciente: Minha irmã está ótima. A minha cunhada eu vejo ainda comendo ainda as coisas que não deve. Outro dia postou comendo doce, bolo. A minha irmã já não.

Psicóloga: Hmm. Elas fizeram a cirurgia em tempos parecidos? No mesmo período?

Paciente: É.

Psicóloga: Quantos anos assim mais ou menos?

Paciente: A minha irmã foi quando eu comecei a vir aqui, acho que uns três anos atrás.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Foi quando ela fez que ela esteve no retorno que eu vim falar com a enfermeira.

Psicóloga: Tá, uhum. E na época o que que motivou você a procurar por este tratamento?

Paciente: Porque eu fiz mesmo, para ter controle por causa da diabetes ...

Psicóloga: da diabetes.

Paciente: ... por causa de saúde mais. Nunca liguei de ser gorda assim por causa de aparência.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Lógico que a gente vai procurar uma roupa assim mais, né ... achar uma roupa que serve no corpo da gente é uma coisa, né?

Psicóloga: Sei.

Paciente: Mas nunca liguei assim: “deixei de viver porque aí eu sou gorda”.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que nem a minha irmã ... a minha irmã não gostava de dançar porque os outros iam ver que ela era gorda e gordo fica feio dançando.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Não gostava nem de ir para a praia porque “aí gordo fica feio de biquíni”.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu não, eu sempre fui para a frente, sempre aproveitei a minha vida. Tanto que na escola a turma fala: “nossa _____, você põe um som com as crianças e se diverte com as crianças, não tá nem aí”.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Eu nunca fui assim uma parte negativa para mim. A parte de estética assim ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: “Aí, não vou dançar porque sou gorda”. Não.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Sempre fui para frente.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Participava de dança, participava de sequeia, participava de desfile, não estava nem aí.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Desfile de rua, se tinha dança que fazia junto que eu falei para você.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Depois deu a trombose aí não pode mais por causa de perda hepática, né ...

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: ... aí tive que parar.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Mas eu participava da dança na rua, não estava nem aí por causa de gordura, não.

Psicóloga: Uhum. E aí você estava dizendo que ao longo do tempo você foi aumentando gradativamente os quilos?

Paciente: Foi, foi.

Psicóloga: Não teve um período específico que houve um ganho muito acentuado?

Paciente: Não, foi aumentando quando eu fui perceber que já não ...

Psicóloga: Uhum. E aí além da nefrite né, você está tratamento então ... a nefrite você teve na infância e nunca mais?

Paciente: Na infância e nunca mais nada.

Psicóloga: Tá, entendi. E aí você acha que o que influencia mais, pelo que você disse, foi a hereditariedade do pai?

Paciente: Ah, eu acho sim.

Psicóloga: É?

Paciente: Porque assim, logicamente que a comida que a gente come também, né? Porque acaba ajudando. Mas assim além ... porque a gente come, tomar o refrigerante que nem eu comentei aqui, foi duro de estar ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... eliminando o refrigerante. Tinha muita comida de final de semana que ficava controlando.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Mas assim, eu acho que pela hereditariedade ajudou mais.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Porque assim ... era a mesma alimentação do meu marido e dos meus filhos e só eu que engordava. Às vezes eu como menos que eles.

Psicóloga: Tá, uhum. Em algum momento você fez um tratamento para a obesidade?

Paciente: Não.

Psicóloga: Nunca procurou?

Paciente: Não. Nunca fui de tomar esses remédios caseiros, essas coisas que a turma anda tomando, essas coisas de dia e de noite, essas coisas assim.

Psicóloga: Mesmo remédio indicado pelo médico?

Paciente: Não, não, que eu tinha medo de negócio de remédio.

Psicóloga: Tá. Medo do que?

Paciente: Ai, medo de dar algum problema de saúde.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Tem gente que tomava remédio e ficava dopado. Essas coisas eu não queria não.

Psicóloga: E você usa medicação pro diabetes?

Paciente: Uso.

Psicóloga: É? Você descobriu diabetes na segunda gestação, foi isso?

Paciente: Foi.

Psicóloga: E desde então você manteve a doença, você não resolveu depois ...

Paciente: Não, ela desapareceu e depois ela apareceu de novo.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Foi gestacional, depois ela sumiu.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí depois eu comecei a passar mal sabe, minha vista ficava turva.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Sentindo uma sensação diferente. Aí eu fui exame e minha diabetes estava alta.

Psicóloga: Tá. Você descobriu depois então que estava novamente?

Paciente: É. Porque depois ela tinha desaparecido.

Psicóloga: Uhum. É ...

Paciente: Aí na primeira gravidez eu fiz o controle de sangue também, só que ia fazer aquele exame, sabe, de medir?

Psicóloga: Hmm, o controle de sangue ...

Paciente: E tomava AAS.

Psicóloga: Hmm, tá. Já era uma alteração vascular então que você tinha...

Paciente: É.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas só na gravidez, depois não deu mais nada também, depois nunca mais me deu mais nada.

Psicóloga: E você usa atualmente o AAS de novo?

Paciente: Não, não posso.

Psicóloga: Tá, uhum. Então ...

Paciente: Mas só porque o exame tinha dado um pouquinho ... eles falavam borderline, lá eles usavam esse termo na época, eu lembro até hoje.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Borderline que não era nem alto e nem baixo, tava na ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... no nível lá.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Então tinha que tomar AAS só para dar uma refinadinha.

Psicóloga: Tá. E hoje você acha que a obesidade ela afeta mais o que na sua vida, _____?

Paciente: Ai, caminhada, minhas pernas, cansaço. (curiosamente a mesma região do corpo em que a mãe foi afetada com as complicações do diabetes e que teve de amputar os membros inferiores)

Psicóloga: Uhum. Você acha que tem a ver com a locomoção?

Paciente: É, porque eu queria fazer dança, essas coisas, então tá tudo dependendo, entendeu?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Do emagrecimento, para poder resolver o negócio da trombose que eu falei pra você, para poder fazer cirurgia.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Da trombose né, que tem que fazer.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Tem que perder peso pra poder fazer.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Depois que eu fizer da trombose vou poder parar de tomar remédio para mexer com os meus dentes. Esses dias eu falei que deu uma dor aqui em mim.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Nevralgia que fala, ne?

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aqui ... do nervo aqui que eu não estava aguentando de dor, não podia nem ir no médico, se fosse fazer uma cirurgia, alguma coisa que for fazer canal ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Não posso tomar o ... nada injetável.

Psicóloga: Entendi. E aí pro diabetes o que você está usando, de medicação?

Paciente: Insulina.

Psicóloga: Tá. Ahn.

Paciente: Metaformina e diamicron.

Psicóloga: Como?

Paciente: Diamicron.

Psicóloga: Tá. E aí para alteração vascular você está usando o que?

Paciente: Xarelto.

Psicóloga: Tá. Uhum. Mais algum?

Paciente: Diosmina com ... ah, é uma mistura. É que acho que não conta pro prontuário.

Psicóloga: Você está fazendo acompanhamento aqui mesmo, né?

Paciente: Aqui.

Psicóloga: Só não tem no prontuário as medicações.

Paciente: É

Psicóloga: Tá, então você acha que principalmente a locomoção e o cansaço são os que você

Paciente: É, problema de saúde por causa da vascular, da trombose, do sangue.

Psicóloga: É ... o diabetes você acha que tem alguma relação com o sobrepeso?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Ah, é? Como o que?

Paciente: O meu é o tipo dois.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ele falou que é o sobrepeso.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Sedentarismo também, né?

Psicóloga: Você se considera sedentária?

Paciente: Sim.

Psicóloga: É? Não tem feito atividade física?

Paciente: Eu não posso mais, fazia zumba.

Psicóloga: Nem caminhada você pode fazer?

Paciente: Bem leve, ando muito pouco, não posso ir muito longe, eu não aguento.

Psicóloga: Uhum. É ... e aí o que fez com que você escolhesse esse tratamento né, você nunca fez nenhum tratamento para obesidade, o que fez com que você decidisse por esse tratamento cirúrgico?

Paciente: Ah, porque para resolver assim, eu não fiz aqueles tratamentos de louco de tomar remédio, sabe assim?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Mas tentar fazer regime de comer pouco, essas coisas, eu tentei.

Psicóloga: Por conta própria?

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum, tá.

Paciente: Agora ... a gente emagrecia e depois engordava de novo, tipo efeito sanfona. Que nem eu fiz agora, eu faço né, agora na pandemia que a gente acabou meio que relaxando um pouco.

Psicóloga: Hmm. O que que você acha que relaxou?

Paciente: Ah, acho que é porque a gente acaba acordando um pouco mais tarde, acaba comendo porcariada ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Porcariada não de coisa de doce que eu não compro em casa para não ter que comer.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Como fora de horário.

Psicóloga: Aham. Isso é ...

Paciente: Saio da rotina. É, aí os moleques vão em casa e faz lanche com pão, presunto e queijo e eu cato e como um pedaço ...

Psicóloga: Tá. Você percebe se essa alteração na sua alimentação, isso também interfere no seu diabetes?

Paciente: Ah, altera. Tanto que eu dou uma controlada ... quando eu vejo que está assim ... eu dou uma controlada.

Psicóloga: Uhum. E aí a escolha ...

Paciente: Apesar de muito remédio que eu tomo.

Psicóloga: Tá. Apesar de mesmo tomando bastante remédio ... não controla?

Paciente: Está controlada, mas às vezes eu percebo assim que dá ... a boca fica seca, por causa da diabetes tá querendo meio que ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... porque doutora, eu não sei porque, eu mesma me aplico insulina em mim, mas não consigo fazer aquele teste?

Psicóloga: Como assim?

Paciente: O teste do dedo, de sangrar. Eu não consigo fazer que dá aflição, eu não consigo furar o meu dedo.

Psicóloga: Então geralmente você não sabe ...

Paciente: Eu não consigo, eu sou tão para a frente, mas aquilo lá eu não consigo, me dá uma tremedeira, eu não consigo me furar com aquilo, não sei se é porque eu vejo sair sangue.

Psicóloga: Hmm. Você tem alguma questão com sangue?

Paciente: Eu não sei. Esse exame eu não consigo fazer.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Eu vou furar o meu dedo e me dá aflição, eu não consigo furar.

Psicóloga: Geralmente você tem ajuda de alguém para fazer isso?

Paciente: Não. Não consigo, só de saber que vai picar e vai sair sangue, não sei ... me dá aflição.

Psicóloga: Hmm. O que que você acha que é?

Paciente: Eu não sei, eu faço insulina, eu aplico em mim insulina sozinha, essas coisas, mas na hora de picar o dedo eu não consigo ver a diabetes, medir.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Me dá um bloqueio, me dá um desespero.

Psicóloga: Tem outras situações em que você sente isso também?

Paciente: Não, só nisso aí. E dirigir em estrada.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Dirijo na cidade inteira, dirigir na estrada não é a mesma coisa ...

Psicóloga: Mas o que que muda?

Paciente: Não sei. Não sei o que passa na cabeça. Eu não consigo, me trava.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Até na escola a turma brinca: “é, você é tão para a frente, não sei que você tem medo de dirigir em estrada”. Eu bloqueio.

Psicóloga: E isso aconteceu, começou a acontecer a partir de alguma situação específica?

Paciente: Não.

Psicóloga: Algum acidente?

Paciente: Nada. Do nada. Eu não consigo pegar, não sei.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Tenho medo que não vou dar conta, não sei o que passa na minha cabeça.

Psicóloga: Não vai dar conta de que?

Paciente: De dirigir na estrada, que eu vou fazer alguma coisa errada, o carro vai bate em mim, o carro vai parar sozinho na estrada, que eu não vou conseguir ... sei lá eu, a mesma coisa do dedo, não consigo, me dá aflição.

Psicóloga: Aham, aham. São duas situações que você se sente bloqueada?

Paciente: Bloqueada. Eu não consigo, já tentei e não consigo.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu até falei para a moça do posto: “nem precisa me dar, está tudo em casa, eu não consigo fazer exame em mim”.

Psicóloga: E aí em que ocasiões que você consegue fazer essa aferição, quem que faz para você?

Paciente: Às vezes assim quando eu vou no posto.

Psicóloga: Só no posto?

Paciente: Que a moça tira e me dá desespero. Fecho até o olho.

Psicóloga: Mesmo alguém fazendo para você ...

Paciente: Dá, é.

Psicóloga: ... é uma coisa que te incomoda, traz um certo desconforto, é isso?

Paciente: Isso, não se é porque a gente sabe que vai picar e vai sair sangue, eu sei que é rápido, mas não sei.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu não consigo.

Psicóloga: Situações de fazer doação de sangue ou que você vai colher exames?

Paciente: Não, normal, tomar insulina, tomar injeção.

Psicóloga: Tá. Isso não acontece?

Paciente: Não.

Psicóloga: E aí voltando para essa questão né, _____, o que que você acha que fez você escolher a cirurgia bariátrica, por que?

Paciente: Para poder resolver o meu emagrecimento, para poder controlar a diabetes.

Psicóloga: Tá. Você acha que vai resolver o que?

Paciente: Eu acho que vai adiantar porque assim, quando eu ...

Psicóloga: Adiantar?

Paciente: Eu acho que vai ajudar.

Psicóloga: O que que vai ajudar?

Paciente: No controle da diabetes, no controle da minha, do meu problema da trombose, para poder operar a perna.

Psicóloga: Uhum, uhum. É ... e aí em relação ao tratamento psicológico você já fez alguma vez?

Paciente: Não só aqui conversando assim.

Psicóloga: É? Acha que precisa?

Paciente: Eu acho que não.

Psicóloga: Tratamento psiquiátrico, alguma vez?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não também?

Paciente: Não.

Psicóloga: Uhum. É, então hoje você está usando as medicações pro diabetes né.

Paciente: Isso.

Psicóloga: E as medicações da parte da vascular. Não está usando mais anticoncepcional?

Paciente: Não, Deus que me livre. Eu sou operada.

Psicóloga: Uhum. Você já fez laqueadura?

Paciente: Já, a laqueadura. Eu já tinha laqueadura, né.

Psicóloga: E atualmente como que está o seu fluxo, você começou dizendo que ele é intenso, né?

Paciente: Muito, muito. E a hora que acaba assim a menstruação eu me sinto cansada, sabe?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Bem fraca.

Psicóloga: Uhum. Dura muitos dias?

Paciente: Dura três dias, mas três dias bem intenso mesmo, parece o fígado, parece que tá saindo o fígado.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Aí eu fico bem acabada mesmo, aí começa a sair pus aqui na bolinha do olho ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... começa a me dar aqui, aí começa a dar dor em outro lugar.

Psicóloga: O que que você acha ...

Paciente: Acho que abaixa a resistência e começa a aparecer coisa.

Psicóloga: Ah, você acha que abaixa a resistência?

Paciente: Eu acho que abaixa.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Parece que sempre aparece alguma coisa.

Psicóloga: Uhum, e isso geralmente após o período do ciclo?

Paciente: É, sempre.

Psicóloga: Aham, tá. E você tem feito o consumo de alcoólico com que frequência, _____?

Paciente: Eu não bebo.

Psicóloga: Não?

Paciente: Não.

Psicóloga: E também não fuma?

Paciente: Não.

Psicóloga: E não usa nenhum outro tipo de droga?

Paciente: Não.

Psicóloga: Você segue alguma religião?

Paciente: Sim, católica.

Psicóloga: Você consegue frequentar a religião?

Paciente: Não. Eu sou católica e gosto de escutar assim no celular, sabe?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Vídeo, oração, mas não de frequentar igreja.

Psicóloga: Tá, e aí então assim, na próxima semana você acha que conseguiria vir em um horário bem mais cedo então?

Paciente: Segunda eu dou um jeito.

Psicóloga: Tá. Ou na terça, é uma opção para você?

Paciente: Terça é meu dia de ir na mãe.

Psicóloga: Terça-feira é o dia que você vai na sua mãe?

Paciente: É.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Tem que arrumar alguém para ficar no meu lugar senão eu saio daqui e fico cansada, né.

Psicóloga: Tá. Se a gente fizer o atendimento às nove, é uma opção para você?

Paciente: É melhor.

Psicóloga: É?

Paciente: Eu fico aqui mesmo já. O meu medo é de perder o ônibus na saída só.

Psicóloga: Deixa eu só ... não, com certeza vai ser antes. Eu fiz uma declaração porque eu não sabia se você ia precisar ou não no seu trabalho.

Paciente: Não, sossegado.

Psicóloga: Tá. Deixa só eu marcar a data do retorno então.

Paciente: Trouxe meu notebook e adiantei tudo ali na frente. Fiquei lá sentada e arrumei tudo as planilhas já que tinha que fazer para entregar. Documento chega né, toda hora.

Psicóloga: Entendi. E essa consulta você já pode deixar agendada, tá?

Paciente: Tá bom.

Psicóloga: Essa aqui também.

Paciente: A consulta da vascular que eu perdi, será que eles marcam de novo? Que até agora eles não ligaram.

Psicóloga: Acho que você pode confirmar no agendamento se eles já estão agendando, porque cada especialidade tem uma rotina né, de atendimento.

Paciente: Ah, tá.

Psicóloga: Não sei te dizer como que está. Se você estiver com o papel do agendamento, aí você pode confirmar se já está disponível para agendar.

Paciente: Ah, tá. Com a enfermeira não vai marcar, será?

Psicóloga: Então, não sei. Você tem alguma consulta agendada?

Paciente: Não, porque ...

Psicóloga: Não tem mais ...

Paciente: ... falaram que não, nem com a enfermeira.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque os exames acho que estão tudo vencido já.

Psicóloga: Precisaria checar, né?

Paciente: É.

Psicóloga: Posso dizer para ela que você perguntou. Deixa eu pegar aqui o papel, só um minutinho.

Descrição da história do DFH-H

Paciente: Fiz relacionado a minha mãe. O desejo dela de poder andar, ficar de pé de novo. Poder andar, passear na rua. Fora de casa, pq ela virou cadeirante, né?

Psicóloga: E é o desejo dela? Ela diz isso?

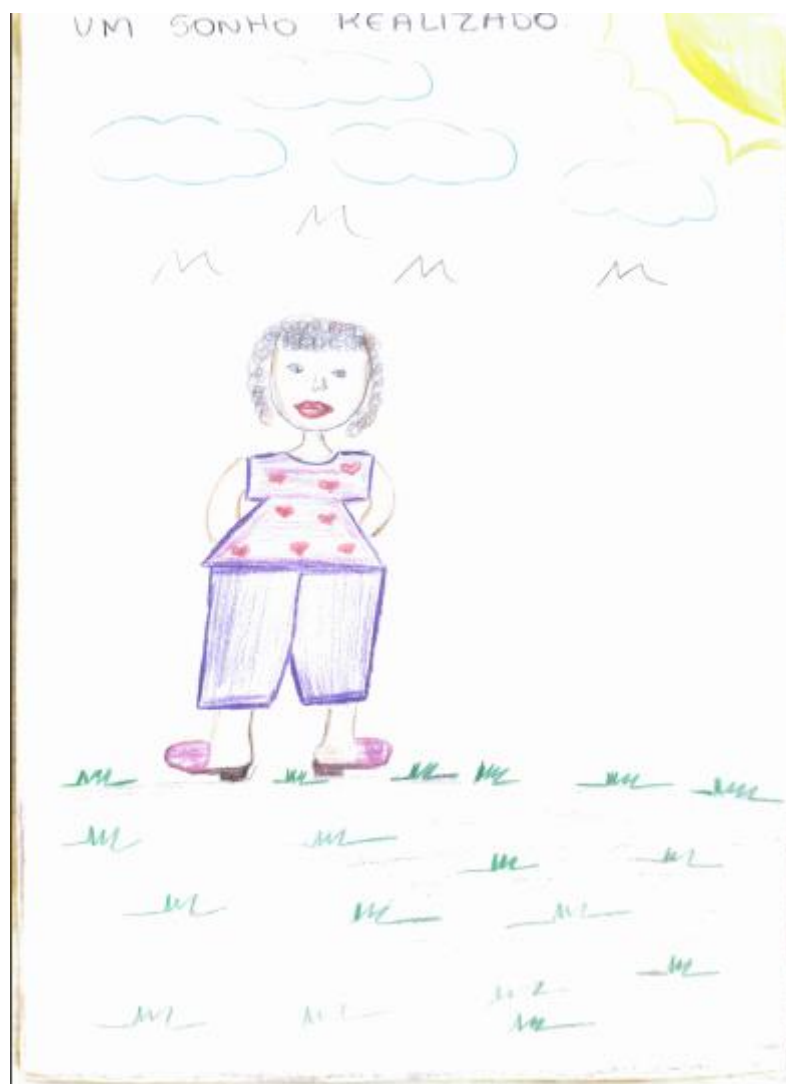
Paciente: E é o desejo nosso tb, pq ela era tão ativa. Então é isso que eu pensei na hora.

Psicóloga: E qual é a história que você contaria sobre este desenho?

Paciente: Essa é a história de uma mulher que conseguiu realizar o sonho de colocar uma prótese e voltou a passear na rua, ver o sol, andar na natureza, depois de um tempo de ficar de cadeira de rodas em casa. Dela tá de pé, podendo andar e no ar livre, sabe? Ela gostava tanto de andar, passear, era totalmente independente, sabe, pra frente?

Psicóloga: E as mãos?

Paciente: Estão pra trás, não sou boa de desenho. Ela não se aceita, de ter ficado de cadeira de rodas, não gosta de sair pra fora da casa, e ela gostava de andar, pagar as contas dela.



ANEXO G

Atendimento Participante 2

Psicóloga: Que a gente fez o atendimento, a ideia é de que a gente pudesse também atualizar um pouco desse histórico.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Né? Acho que até por conta de tudo isso que você estava me contando antes em relação a essa surpresa aí né, de você ter sido, de você ter adoecido, o que que você acha que aconteceu, por que que você acha que você pegou covid ...

Paciente: Que eu peguei covid?

Psicóloga: ... como é que isso aconteceu?

Paciente: O patrão do meu marido, ele foi numa festa ali em Angra dos Reis e voltou ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... não sabia que estava com covid, aí ele contaminou todo mundo do escritório.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí eu peguei do meu marido em casa.

Psicóloga: O seu marido também foi contaminado?

Paciente: Também pegou, também pegou, foi contaminado. Só que ele assim, ele perdeu o paladar ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... não sentia cheiro, sentia algumas dores, mas nada demais. Aí eu passei assim ... uns dez dias com covid com dores como se fosse uma gripe ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... e um pouco de dor de garganta. Aí fui pro Pronto Socorro, o dia que eu fiz o teste já me deram o antibiótico.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí no finzinho mesmo dos catorze dias, eu estava bem já. Acho que engasguei, porque começou a fazer muita secreção na minha garganta, faz até hoje, não parou, não sarou isso também.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: E não subia, não descia, aquilo começou a me dar um desespero, comecei a ficar sufocada, né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu fui no Pronto Socorro de noite, em um domingo à noite. Aí eles me fizeram um raio-x, falaram que eu estava com pneumonia e me internaram, mas eu não tive febre, eu não tive tosse, não tive nada.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Só engasguei, por isso que eu fui para o hospital, senão não tinha ido. Aí cheguei lá e estava muito ruim, estava muito feio meu pulmão.

Psicóloga: Uhum, entendi.

Paciente: Aí fiquei nove dias internada. Acho que no segundo ou no terceiro dia a médica veio ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... até pensou que a minha cabeça estava ruim também.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Ela veio e falou assim para mim: “a gente vai te levar para a UTI”. Primeiro ela mandou colocar, um dia antes ela mandou colocar oxigênio porque minha oximetria não estava boa.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí depois no outro dia ela veio e falou para mim que meu raio-x tinha voltado muito ruim e que ela ia me levar para a UTI. Mas eu não tinha feito o raio-x, tinha feito raio-x quando eu cheguei.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Aí eu falei assim para ela: “mas eu não fiz raio-x como que eu piorei, né?”, “Ah, não fez? Então você vai fazer agora”. Aí mandou eu descer, fiz raio-x. “Ah, realmente você piorou”. E me mandou para a UTI.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí eu fiquei acho que quatro dias na UTI. Era o casal né, o marido e a esposa que são os responsáveis lá pela UTI de _____...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... e tinha o plantonista, né? Ela vinha e falava que eu não melhorava, o marido dela vinha e falava que eu tinha melhorado. Aí o plantonista falava assim, falou para mim no sábado, acho, já fazia uma semana que eu estava internada.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Que já ia começar a pensar em alta no final de semana.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí ela estava de folga. Aí ela veio e falou que eu estava ruim. Aí na segunda-feira o marido dela veio, escutou o meu pulmão e falou que estava limpo. Não, no domingo ele escutou meu pulmão e falou que estava limpo, ela na segunda falou que tinha chiado. Aí na terça-feira de manhã a enfermeira veio e me deu alta.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Então, sabe fiquei com a cabeça ruim porque não me examinou, falou que eu estava ruim e depois me mandou embora, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Aí passou uma semana e começou a me dar uns negócios em casa, eu não conseguia dormir, eu ficava, eu conseguia dormir sentada, deitada eu não conseguia.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Dava um desespero, parecia que eu ia sufocar. Aí eu peguei e voltei no Pronto Socorro porque lá tinha um serviço de covid que fica separado né, acho que só atende sintomas de gripe.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Aí expliquei para ele o caso e ele falou: “acho que é mais ansiedade, mas vamos fazer um raio-x” porque eu não tinha feito outro raio-x para sair do hospital, né?

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí tirou o raio-x e falou que meu pulmão estava limpinho e que era para mim ficar tranquila que achava que era mais ansiedade. Aí mandou voltar a tomar os xaropes que eu estava tomando.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu tomei duas semanas, dois litros de xarope e continuei a mesma coisa, a secreção na garganta. Aí parei de tomar e agora estou achando que é a minha cabeça mesmo e que eu estou melhor, mas sabe eu fiquei na cabeça que eu estava ruim, porque eu achei que eu ia morrer pelo que ela falava: “ai, com todo o seu peso, não sei o que”, eu sabia já que era um fator de risco ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... por causa disso.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Mas ela ficava insistindo muito nisso, sabe?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Aí eu fiquei com a cabeça ...

Psicóloga: E como foi para você isso, né?

Paciente: Foi revoltante. Quando eu descobri que era meu aniversário, eu fiquei ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... sabe? Eu fiquei revoltada, eu fiquei revoltada, acho que eu tinha raiva porque alguém tinha que punir ele porque ... tudo bem né, não era para ele ter ido na festa, mas foi e ele pegou, ele podia ter avisado todo mundo ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... lá do serviço, né? “Ai, estou com covid”. Sabe, quando ele descobriu, ele sumiu.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: A mãe dele pegou as coisas dele, a empresa é na Prata, mas ele mora em Botucatu.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Começou a pegar as coisas dele e falou assim: “Ai ele vai trabalhar de casa agora”.

Psicóloga: E não avisou os funcionários ...

Paciente: Não avisou ninguém, não avisou ninguém.

Psicóloga: Ah, tá. O motivo.

Paciente: Não, não avisou ninguém. Aí a conta ... porque meu marido é assistente fiscal e ele trabalhava com a contadora. A contadora começou a sentir muita dor nas pernas, muita dor nas pernas e o marido dela trabalha no financeiro. Aí como eles já tinham trabalhado em, em Lençóis ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... eles foram para Lençóis e fizeram o teste de covid, porque ela foi no médico e ele falou assim: “olha, faz o teste porque pode ser covid”.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí ela foi para Lençóis, aí no outro dia veio o teste positivo. Aí meu marido já estava meio com sintomas de gripe, eu também já estava, ele foi fazer o teste ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Positivo. Aí começou todo mundo a fazer teste, acho que pegaram, umas dez pessoas pegou. Aí ele passou para mim, teve um outro que passou para a mulher dele, eu ainda não foi mais grave porque teve uma que ficou intubada, a esposa de um.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Ficou aqui na, não ficou na Unimed.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E ... aí começou a aparecer sabe, um monte de gente ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí voltou, porque ele voltou primeiro que todo mundo né, voltou todo ampliado sabe, tipo assim: “nossa que lugar vazio”.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Não pediu desculpas para ninguém, não se explicou para ninguém, eu fiquei revoltada, fiquei revoltada, eu queria que ... porque, se ele faz uma coisa dessa acho que pelo menos a vigilância sanitária deveria ter ido na empresa, né?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Porque o que ele fez não se faz, não avisar ninguém?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Ai eu fiquei muito revoltada no começo. Aí depois quando eu comecei a melhorar, aí eu fiquei doente com a pneumonia. Aí agora eu não sei, acho que agora a minha cabeça melhorou um pouco porque eu coloquei na cabeça que é coisa minha mesmo que é eu que estou ...

Psicóloga: E aí o que que passa geralmente na cabeça, o que você acha que é que tem te trazido todo esse ... quais são as questões que ...

Paciente: Eu acho que é minha ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... porque eu fiquei muito apavorada, né?

Psicóloga: Apavorada?

Paciente: É, acho que eu fiquei com muito medo, estou com medo ainda, tenho medo de pegar de novo, sabe?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque se pegar de novo ... se eu fiquei ruim da primeira, quem garante que eu vou aguentar a segunda, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E agora já vem com mutação, né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E, porque eu peguei e quem garante que eu não vou pegar de novo?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Então eu fico com medo, agora o meu marido usa máscara o dia inteiro no trabalho, né?

Psicóloga: Antes eles não estavam usando, os funcionários?

Paciente: Como ele trabalhava direto com a ... só ele e a contadora e ela também estava fazendo, ficando em casa, não estava saindo, então não havia necessidade, que nem assim, o único lugar que eu vou é na casa da minha mãe.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então a gente tem só esse núcleo, sabe? Então como ele convive com ela e ela não estava saindo ...

Psicóloga: Certo.

Paciente: ... achou que não teria problema e nessa o chefe acabou indo lá na sala ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... e contaminou os dois, né.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí foi ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... contaminamos todo mundo. Mas eu fiquei, no começo eu fiquei muito revoltada, com muita raiva, queria poder xingar ele, sabe?

Psicóloga: Hmm, você diria o que assim?

Paciente: Ah, queria, queria que ele se responsabilizasse entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Porque parece que ele não está nem aí, tipo assim ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... dane-se se eu fiz alguma coisa para alguém, sabe?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Não se importou com as outras pessoas, com a saúde das outras pessoas.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Não culpo ele de ter pegado, tudo bem que não era para ter ido em uma festa, mas você pegou pelo menos né ... nem perguntou se a gente tinha melhorado, não perguntou se alguém morreu ...

Psicóloga: E ele soube que todos os funcionários ficaram afastados por conta de terem adoecido?

Paciente: Por conta de covid.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque teve funcionário ... meu marido só voltou depois que venceu o atestado, ele ainda ficou mais três dias em casa porque eu estava internada e ele não ... eu ainda depois dos catorze dias ainda fiquei mais, acho que mais uma semana.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: É, passando por causa da doença, era para ser catorze dias e foi vinte e um para mim.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Então eu fiquei muito revoltada e agora eu tenho medo, sabe? Parece que eu sinto ainda alguma coisa, mas se o pulmão está limpo eu não tenho nada, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas eu não sei, acho que é coisa da minha cabeça.

Psicóloga: Geralmente você sente o que?

Paciente: Aqui? Eu sinto um ... como se tivesse um balão, uma coisa inflada aqui dentro, meio aqui assim?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Era o que eu sentia no hospital. Não é dor.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu sinto um ... mas não é sempre, agora diminuiu bastante, agora, agora eu não estou sentindo, mas acho que é porque eu andei também.

Psicóloga: Tá, mas aí você faz essa relação se tem a ver com momentos em que de alguma maneira você faz um esforço físico ...

Paciente: Agora sim, agora sim.

Psicóloga: Você ...

Paciente: Agora, agora assim ... já faz um mês, umas duas ou três semanas para cá é assim, se eu, que nem ... porque eu não me, não me exercito muito, eu não ando, não faço muita coisa, então se eu andar daqui ali na esquina eu já ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Fico ofegante.

Psicóloga: Uhum, sim.

Paciente: Então agora além de ofegante eu sinto esse, esse inflado aqui no peito. Quando eu saí do hospital eu fui ... sentindo isso ainda ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... mas depois passou, então quer dizer assim, daqui a pouco eu fico calminha, daqui a pouco passa, entendeu?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Então eu acho que ainda é ... uma sequela, né? Mas acho que ainda, porque diz que não sara assim, né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Você fica, tem gente que fica meses com ... sentindo alguma coisa ainda.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Eu acho que ainda estou sentindo alguma coisa do covid, mas eu acho que é mais ... minha cabeça.

Psicóloga: Tá. E aí você percebe se essa manifestação que você tem nessa região do corpo né, que você está apontando no peito ...

Paciente: Hmm.

Psicóloga: ... é, se isso também, é ... se manifesta em outras situações quando você ficar nervosa, quando você recebe alguma notícia ...

Paciente: Não.

Psicóloga: ... quando alguém fala alguma coisa, se isso tem a ver com um histórico de em outros momentos você ter tido essa sensação nessa região do corpo?

Paciente: Eu nunca tive essa sensação ...

Psicóloga: Não?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá, é uma novidade isso a partir ...

Paciente: É uma novidade.

Psicóloga: ... desse momento que você adoeceu.

Paciente: É, a partir do momento que eu, a partir do momento que eu fiquei ruim, que eu passei mal e que eu fui para o hospital. A partir desse momento que eu comecei a sentir, antes eu não estava sentindo nada.

Psicóloga: Tá. E você ficou internada por quanto tempo?

Paciente: Nove dias.

Psicóloga: Uhum. Foi em _____, é isso?

Paciente: Foi na ... de _____ para _____.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Acho que no dia _____ eu não lembro direito.

Psicóloga: Uhum, uhum. Que você disse que foi pelos meados do seu aniversário que é dia _____, né?

Paciente: É, dia _____ eu fiz o exame, foi no dia _____ confirmou o covid do meu marido. No dia _____, no dia _____ ele ... foi no dia _____ ou dia _____ que confirmou.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Foi no dia _____ ele fez o exame e confirmou, no dia _____, a partir do dia _____ ele ficou em casa. Aí eu fiz o exame no dia _____, mas eu já tinha pego porque eu já estava com ... os sintomas.

Psicóloga: Tá. E ele não ficou internado então, o seu marido?

Paciente: Ele não, não ... ele que cuidou.

Psicóloga: Uhum, uhum. E vocês continuam morando só os dois juntos?

Paciente: Só nós dois.

Psicóloga: Somente ele trabalhando, né?

Paciente: Somente ele trabalha.

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí você disse que tem tido mais contato com a sua mãe, você tinha me contado que ela tem um quadro depressivo já há algum tempo.

Paciente: É isso, minha mãe tem.

Psicóloga: Ela está com quantos anos agora, _____?

Paciente: Ela é de _____ ... ela tem _____? _____, _____.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ela vai fazer _____ agora em _____.

Psicóloga: Uhum, uhum. E como é que ela está?

Paciente: Ah, ela está bem, às vezes assim, ela tem umas angústias dela que ela fala que sente angústia, nas ela está bem. Ela ficou ... quando eu fiquei internada ela ficou ruim né, porque ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... ela é muito sensível sabe? Tudo atinge ela, tudo acaba ela, e ela nossa, ela fazia um ... tanto é que eu fiquei internada de noite e só avisei no outro dia de manhã.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E ela chegou trabalhando gritando, ela trabalha na padaria da minha tia, né?

Psicóloga: Ela ainda está trabalhando?

Paciente: Ela ainda trabalha, vixe.

Psicóloga: Sei, aham.

Paciente: Ela ainda trabalha, tem uma disposição que eu fico admirada, a gente ainda fala ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... que a gente puxou o meu pai porque ninguém puxou ela.

Psicóloga: Puxou o seu pai em que sentido?

Paciente: É, não tem vontade de fazer nada, sabe ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ...porque ela tem uma disposição que ninguém tem igual.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ela chega de trabalhar, ela vai fazer bolo, vai fazer torta, ela faz crochê sabe, ela não para um minuto, se ela parar ... ela não sabe, ela não para, não para. Ela tem esporão no pé, ela vai mancando mas ela vai sabe, ela não para.

Psicóloga: Por que você acha que ela é assim?

Paciente: Não sei, acho que é de família, porque a minha tia também é assim, não para, a minha tia da padaria, ela podia estar sossegada porque ela está muito bem de vida ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... mas ela não para de fazer bolo, ela poderia fechar a ... o marido dela quer vender a padaria, ele nem vai trabalhar, mas não, ela levanta cedo e fica o dia inteiro, tem dia que é dez horas da noite ela está fazendo bolo ainda.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: É, acho que é meio que de família, as duas são assim.

Psicóloga: Tá. Ela é da família da sua mãe, então?

Paciente: Da minha mãe.

Psicóloga: É ... e a sua mãe mora atualmente com quem?

Paciente: Olha, a minha mãe, a minha irmã ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e o meu sobrinho ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... e meu pai mora, só que ele mora no fundo, só que só fica dentro da casa também.

Psicóloga: Tá. E seu pai está com que idade agora?

Paciente: Meu pai ... _____.

Psicóloga: Uhum. E ele mora no fundo, por que? Eles são separados?

Paciente: Muitos anos, viu. Mas ele assim, ele já saiu de casa e depois voltou.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: É, eles nunca se deram muito bem não. Meu pai é muito ruim.

Psicóloga: Como assim?

Paciente: Machista, sabe? Machista, ignorante, egoísta ... ele é bem ruim. Agora está bem ruim de saúde também.

Psicóloga: O que que ele tem?

Paciente: Ele tem ... ele amputou metade dos dois pés já, tem diabetes ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... ele tem problema no coração, ele ficou internado semana passada porque o rim dele não estava funcionando ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Ele, ele caiu e não quis ir no médico, a minha irmã que fica correndo atrás dos dois, a minha não trabalha, ela ... corre atrás dos dois.

Psicóloga: Qual que é a idade dela?

Paciente: Ela tem 36.

Psicóloga: Ela é um pouco mais nova que você.

Paciente: É.

Psicóloga: O seu sobrinho está com quantos anos?

Paciente: 17.

Psicóloga: E a sua irmã é separada?

Paciente: É separada.

Psicóloga: Tá. Ou ela foi mãe solteira e não se casou?

Paciente: Não, ela casou, casou assim, morou junto né, depois separou, separou quando o menino era pequenininho.

Psicóloga: E ela só tem esse sobrinho?

Paciente: Só.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Filho só esse.

Psicóloga: Tá. Esse filho, desculpe.

Paciente: Só.

Psicóloga: Você tem esse sobrinho ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... você tem mais irmãos?

Paciente: Tenho mais duas irmãs.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Tenho mais duas irmãs e mais dois sobrinhos.

Psicóloga: E as irmãs também moram em _____?

Paciente: Moram.

Psicóloga: Qual que é a idade delas?

Paciente: Ah, uma tem _____.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E outra tem _____.

Psicóloga: E todas as mulheres filhas do mesmo casal?

Paciente: Tudo, isso.

Psicóloga: Tá. Seus pais foram casados uma única vez, seu pai não teve outros relacionamentos ...

Paciente: Ah, tinha as mulheres que ele andava ...

Psicóloga: É?

Paciente: É, ele tinha fama de sem-vergonha.

Psicóloga: E o que você acha que houve que apesar de né, pela sua percepção, a sua visão de que eles nunca se deram muito bem ou de que seu pai tenha essas características, o que fez com que eles ficassem próximos a vida toda ou grande parte aí dos anos, né?

Paciente: Porque a minha mãe é daqui e meu pai era de Carapicuíba, ela foi para lá, ela conheceu ele lá com 18 anos, acho ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... e acabou casando com ele, ele sempre foi ruim e minha mãe sempre foi bobinha sabe, ela sempre aceitou, ela sempre foi passiva.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Ela sempre aceitou tudo o que ele fazia, ele brigava, ele arrumava confusão ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... sabe? E ... e ela sempre ficou quieta, ele ... aí viemos para cá, para _____, já faz ... desde 95.

Psicóloga: Eles se conheceram e ficaram então morando lá em Carapicuíba?

Paciente: Morando lá. Isso.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí depois ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... ele queria trazer para o interior.

Psicóloga: Certo. Aham.

Paciente: Aí viemos morar para cá e ele continuou trabalhando lá, porque ele trabalhava na prefeitura de São Paulo.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Até ele aposentar. E ela veio para cá e ela começou a trabalhar na padaria com a irmã dela. Aí ela já começou a independência dela, já tinha coisa que ela já não aceitava mais dele ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... aí separaram assim, ela parou de dormir na cama com ele né, saiu do quarto. E como ele vinha de final de semana às vezes ela dormia de semana no quarto e final de semana ela vinha para o meu. Aí depois chegou uma época que ela nem voltava mais para o quarto dela, ela começou a ficar no meu quarto comigo até quando eu saí de casa aí ela ficou com o quarto para ela.

Psicóloga: E você se casou em que momento?

Paciente: Ah, faz ...

Psicóloga: A sua saída de casa foi quando você se casou, foi esse o motivo ou não?

Paciente: É, eu não sou casada, mas saída de casa porque fui morar com ele.

Psicóloga: Tá, o seu parceiro.

Paciente: Na verdade eu não sou casada. Isso.

Psicóloga: Uhum. E isso faz quanto tempo?

Paciente: Fazem, perai deixa eu lembrar quando foi ... foi 2008, 12 anos já.

Psicóloga: Uhum. E aí ...

Paciente: Já faz uns 15, para mais que ela ... desde que eu morava lá ela já não dormia com o pai, já faz uns 16, 17 anos, vai fazer 20.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: Aí ele dormia, aí ainda ficava dentro de casa. Aí essa minha irmã que mora lá se separou do marido e ficou morando no fundo, acho que na edícula.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí um dia ele trocou com ela, colocou ela para dentro e ele foi para fora. Aí ela ficou com o menino dentro de casa e ele ficou para fora, ficou só ele, ficou só o meu sobrinho de homem lá dentro.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí agora meu pai continua no fundo e ela está no quarto que era do meu pai e da minha mãe, a minha mãe continua no quarto que era meu.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: E o outro quarto é do meu sobrinho porque a minha irmã mais nova na época morava lá ainda com o filho dela ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí ela foi morar junto com o namorado e levou o filho, aí ficou um quarto para cada dentro.

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí você, essas duas irmãs, elas moram em outras casas agora então?

Paciente: Sim, cada um tem a sua casa, só essa daí que mora com a minha mãe.

Psicóloga: Uhum, uhum. E as suas irmãs tiveram filho, você não teve filhos, _____?

Paciente: Não tive.

Psicóloga: Chegou a engravidar alguma vez?

Paciente: Nunca, nunca engravidei né? Nunca assim, quando eu namorava eu me cuidava, mas depois que eu fui morar com ele não, mas não engravidei.

Psicóloga: Quando você namorava o que que acontecia?

Paciente: Eu me cuidava, tomava remédio ...

Psicóloga: Ah, tá. Tá.

Paciente: Mas depois não e não engravidei.

Psicóloga: Não era um projeto em algum momento da vida ser mãe? Em algum momento foi, como que é essa questão?

Paciente: Ah, eu não penso muito nisso, sabe? Se vier vem, se não vir está bom, eu não sou o tipo de mulher que fica colocando na cabeça que não engravidou sabe, que fica atrás de médico, se tiver que vir veio, se não tiver paciência e ...

Psicóloga: Hmm, você chegou a tentar?

Paciente: Não penso nisso de ter filho.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu já tenho três sobrinhos.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: É que o governo fica difícil também, eu não ... mas também não evito, não evito.

Psicóloga: Sei, você disse que por um tempo você usava medicação anticoncepcional, é isso?

Paciente: É, quando eu não era, quando eu não era casada ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... quando eu namorava só, isso sim.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Tomava anticoncepcional.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Mas depois parei.

Psicóloga: Uhum. E aí então desde 2008 que você está casada com o seu parceiro atual, como que é o nome dele?

Paciente: _____.

Psicóloga: _____. E o _____ também não tem filhos?

Paciente: Não ... a irmã dele também não tem, agora não sei se é comigo ou se é com ele.

Psicóloga: Como assim?

Paciente: Porque ... não ter filhos, você não evita e se não ter filhos, alguém tem problema, né? Sei lá.

Psicóloga: Vocês chegaram a investigar em algum momento?

Paciente: Não.

Psicóloga: De fazer alguns exames?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: A irmã dele também não conseguiu engravidar.

Psicóloga: Mas ela tenta engravidar?

Paciente: Ela não toma nada para evitar que nem eu também não tomo nada para evitar a gravidez.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Só que ela, ela já fica com isso na cabeça de ter filho, eu não ... eu não coloco isso na cabeça não.

Psicóloga: Em algum momento isso te ocorreu como uma vontade, um desejo?

Paciente: Ah, se eu tiver ... eu não sei sabe, eu não fico pensando nessas coisas, mas se eu tiver filho vou ficar muito contente, mas se eu não tiver também ...

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: ... paciência. Hmm.

Psicóloga: Mas quando você fala isso de que talvez haja algum problema, te ocorre alguma hipótese?

Paciente: Eu tenho ovários micro policísticos, né? Eu fazia acho que ... uns oito anos que eu não menstruava, eu menstruei mês passado.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E acho, não sei, eu comecei a perder peso acho que ... até assustei quando eu vi né, falei: “nossa, quanto tempo”.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que pode ser por isso também, né? Minha irmã também teve micro ovário policístico mas com ela é o contrário, desce bastante e ela tem um filho.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Eu não sei se esse pode ser o ... tudo no caso que eu descobri que eu tinha, eu perguntei para o médico: “eu não posso ter filho” e ele falou: “não, isso não interfere em nada porque se você quer ter filho a gente começa” ... a gente, você pode começar a tomar um ... acho que é um regulador, acho que ele ... eu fiz assim que não, que eu não queria porque na época eu não era casada.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí depois nunca mais perguntei, nunca mais fui atrás de, de ... saber se eu tinha alguma coisa ou não.

Psicóloga: E aí você chega a fazer um acompanhamento ginecológico com uma certa regularidade ou não?

Paciente: Não, faz tempo que eu não vou.

Psicóloga: Você lembra a última vez que você foi?

Paciente: Nossa, faz tempo, não lembro.

Psicóloga: Faz muitos anos.

Paciente: Faz.

Psicóloga: Porque você disse há ... por oito anos ficou sem menstruar e em algum momento desses oito anos você chegou a ir ao médico?

Paciente: Não, mas quando eu já parei, acho que ... no começo, quando eu estava começando a parar, eu falei com ele, aí eu tomava o ... um anticoncepcional que fazia vir todo mês né, um pouquinho.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas aí depois quando eu parei, parou também, parei com o anticoncepcional, parou também.

Psicóloga: Ah, então faz bastante tempo que você disse que interrompeu o uso da medicação anticoncepcional quando você se casou, né?

Paciente: É, acho que foi mais ou menos isso, uns oito anos.

Psicóloga: Tá. Por que foi desde 2008 que você se casou? Então já tem 12 anos?

Paciente: É, mas foi depois do, do ... isso aí que eu parei de tomar, eu lembro que trabalhava em um mercado ainda ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... depois que eu menstruei.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: É muita data, difícil lembrar.

Psicóloga: Sei. E aí desde então, desse período em que é interrompido o seu fluxo, você não foi mais ao médico?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não fez mais nenhum acompanhamento?

Paciente: Não, não fiz.

Psicóloga: Você não sabe como estão essas questões ginecológicas?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá, uhum. E tem algum sintoma, _____? Alguma coisa que te preocupa?

Paciente: Ah, quando eu estava no hospital minha glicemia estava muito alta, estava subindo muito, então preciso ir no médico para ver se não estou, devo estar com diabetes.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Foi que eu comecei a medir em casa na semana seguinte estava sempre mais de cem, cento e pouco, cento e cinquenta.

Psicóloga: Tá. E isso é uma novidade ou isso vem acontecendo já há ...

Paciente: Novidade.

Psicóloga: ... bastante tempo?

Paciente: Novidade porque ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... no começo do ano eu fiz bastante exame aqui, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: E a doutora falou que eu não tinha diabetes, que eu não tinha ... que estava todos bons os meus exames que era só para eu tomar cuidado porque não sei que taxa que era que podia parar, deixar cair a insulina ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... para eu tomar cuidado era isso, mas diabetes eu não tinha, colesterol ...colesterol bom estava baixo.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: O ruim também estava baixo, então era só ... quer dizer, eu estava bem né, se for analisar. Aí eu fiquei internada, minha glicemia estava alta, mas minha pressão estava sempre boa.

Psicóloga: Uhum, uhum. E você disse que ... recentemente quando você teve né, o fluxo menstrual, você fez uma associação com o fato de que você estava emagrecendo ...

Paciente: É ...

Psicóloga: Como é que está essa questão para você?

Paciente: Então, como eu falei, na minha cabeça ... esse negócio de pandemia deixa a gente estressado né, mas eu estava fazendo muito bem a dieta quando eu, quando começou lá no começo do ano quando eu fiz aqueles grupos, tudo.

Psicóloga: Tá.

Paciente: .Aí depois eu ...

Psicóloga: Como foi para você participar do grupo, inclusive?

Paciente: Ah, eu gostei.

Psicóloga: É?

Paciente: Eu gostei, achei bastante interessante, porque a gente fica conversando assim só, tem coisa assim que conversando do lado de fora que você não pensou nisso, né ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... bastante coisa assim que você não sabe o que acontece, porque sozinha, com você ...

Psicóloga: Você quer um guardanapo, tem aqui ó.

Paciente: Não, é por casa do vapor ...

Psicóloga: Uhum. Sim.

Paciente: ... do ar. É ... e tem coisa assim que você nem imagina que acontece, de repente a outra pessoa do lado está passando com a outra pessoa, então acho que é válido ...

Psicóloga: Que tipo de coisa assim você acha que te pegou nesse sentido?

Paciente: Ah ...

Psicóloga: Naquela época ...

Paciente: ... não vem nada na cabeça agora, mas eu gostei muito da conversa.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Acaba contando as experiências ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: É ... tinha uma senhora que tinha muito problema de saúde que a filha dela já tinha feito.

Psicóloga: Sei.

Paciente: É ... tinha uma outra que já tinha perdido 17 quilos já. Aí você vê né, que ... que, como é que funciona para cada um.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Entendeu? Até aquela que tinha perdido 17 quilos, se fosse ela eu nem fazia a cirurgia porque ... sei lá, eu achei que ela estava normal assim, não estava muito acima do peso.

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... mas ela tinha problema no joelho, né? Acho que para ela era uma questão.

Psicóloga: E você já tinha feito algum tratamento antes, _____, para obesidade?

Paciente: Não, nunca.

Psicóloga: Em nenhuma ocasião?

Paciente: Nunca, não fiz regime, não fiz nada.

Psicóloga: E aí em que momento que essa questão né, do corpo, de você olhar para o seu corpo que isso se tornou uma questão, o que você acha que te trouxe para um Ambulatório, para uma busca para uma cirurgia?

Paciente: Porque assim, eu sempre fui gorda assim, mas eu sempre consegui fazer as minhas coisas, eu praticava esporte, eu andava bastante. E agora eu não consigo ir daqui ali na esquina, sabe?

Psicóloga: Em que momento você praticava esporte?

Paciente: Ah, quando eu era adolescente, até meus vinte anos mais ou menos eu ainda conseguia, eu trabalhava, mas ainda conseguia ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... até meus vinte anos fui para Regionais, tudo.

Psicóloga: Você fazia qual esporte?

Paciente: Jogava handebol.

Psicóloga: E gostava?

Paciente: Adorava.

Psicóloga: Você chegou a fazer competições até então?

Paciente: Joguei, joguei Regionais, joguei jogos abertos, joguei Estadual, joguei bastante coisa, joguei bastante, joguei ... acho que uns sete anos?

Psicóloga: Uhum. E o que que fez interromper essa atividade?

Paciente: Ah, trabalhar, né?

Psicóloga: Por causa do trabalho?

Paciente: É.

Psicóloga: Na época o trabalho no mercado?

Paciente: Não, eu trabalhava em uma padaria.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí trabalhava de domingo também, aí já não dava mais para ir para jogo, ir para treino.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Ainda na padaria eu tirava férias durante os Regionais e conseguia ir.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas aí depois já não dava mais.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Aí também muda a mentalidade você já não né, eu era muito adolescente né, você já está com mais de vinte anos você já não ...

Psicóloga: O que que mudou para você em termos de mentalidade, o que que foi?

Paciente: Ah não é, é que é muita criança, né ... querendo sair de noite, fazendo arruaça, você já não ... já não era para mim essas coisas, sabe?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque teve muita bagunça, teve muita gente junto, né.

Psicóloga: Sei.

Paciente: E ... já, gritando ... já não gosto de barulho, aí já me incomodava, já não era para mim porque já não tinha mais ninguém da minha idade para ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: É sempre, é sempre menor de idade né, quando você chega nos dezoito anos você já, geralmente quem continua é homem, as meninas geralmente já param né, porque começar a trabalhar e já casa, cuidar da casa ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Né, aí já fica mais difícil.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu parei.

Psicóloga: E você nesse época em que você praticava esporte né, com essa regularidade, você já estava com sobrepeso?

Paciente: Eu sempre tive sobrepeso, só que ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... não era tanto né, acho que eu pesava uns, acho que metade do que eu peso.

Psicóloga: Você lembra em algum tempo da sua vida que você teve o mesmo peso por muitos meses, por bastante tempo?

Paciente: Quando eu trabalhava acho, quando eu trabalhava na fiação. Eu pesava cem quilos, cento e cinco, sabe?

Psicóloga: Por quanto tempo mais ou menos, por quantos anos, né?

Paciente: Uns três, quatro anos.

Psicóloga: Tá. E isso você estava com que idade?

Paciente: Hmm ... uns 25, 26 anos.

Psicóloga: E aí você se recorda desse ter sido o menor peso na vida adulta?

Paciente: É, porque logo que eu entrei na fiação eu perdi acho que quinze quilos.

Psicóloga: E o que que foi essa atividade que você entrou na fiação, que que é isso?

Paciente: Fiação.

Psicóloga: Fiação, o que que é?

Paciente: Faz fio, linha.

Psicóloga: Tá. Era uma fábrica?

Paciente: Ah, porque era bem corrido ... isso, uma fábrica. É muito corrido ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... não parava o dia inteiro e ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí nisso aí eu perdi quinze quilos e aí eu mantive esse peso, não perdi mais depois, mas também não ganhei.

Psicóloga: E aí quando você teve esse período que você eliminou quinze quilos foi quando você ficou estável nesses cento e cinco, é isso?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Ah, tá. Uhum.

Paciente: Eu baixei, eu entrei no cento e cinco, acho que eu entrei com cento e cinco na fiação.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí depois acho que depois eu fui para noventa quilos, acho que foi isso.

Psicóloga: Tá, aí ficou com noventa quilos por mais ou menos uns quatro anos?

Paciente: É, acho que foi mais ou menos isso.

Psicóloga: Uhum. Então o menor peso foi noventa quilos. E quando você fala que sempre foi obesa, você está falando desde que momento da sua vida?

Paciente: Desde criança, desde pequenininha.

Psicóloga: É?

Paciente: É.

Psicóloga: Além de você outras pessoas da sua família também tem sobrepeso?

Paciente: Essa minha irmã que mora com os meus pais, minha família do meu pai inteira é

Psicóloga: Tá, a família do pai então?

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum. Da mãe não?

Paciente: Da mãe não.

Psicóloga: E seu pai, inclusive, está obeso?

Paciente: Ah, ele emagreceu bastante, mas ele ainda tem uma barriga, que bebia muito, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ele tem uma barriga, mas ele perdeu muito peso.

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí você estava dizendo então que o fato de você ter sobrepeso isso não te implicava nenhum tipo de restrição por conta de você conseguir fazer todas as coisas que queria.

Paciente: Fazia tudo o que queria.

Psicóloga: Em que momento isso mudou, _____?

Paciente: Acho que quando eu casei.

Psicóloga: É?

Paciente: Acho que comecei a ficar em casa e aí eu já não saía mais, porque assim, eu não sou de ficar saindo, entendeu? E aí já, eu já não ia trabalhar, ainda depois que eu fui morar com ele eu ainda trabalhei no mercado.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Mas, mas depois disso eu não trabalhei mais, acho que fui ficando em casa ... fui ficando né, sem fazer nada, sem fazer nada, sem fazer nada.

Psicóloga: Como que é isso de não fazer nada?

Paciente: Ah, porque não era de sair, eu só ficava dentro de casa, então não andava, não fazia exercício, não fazia mais nada ...

Psicóloga: Tá. E aí o fato de você ter deixado de trabalhar, me recordo de você dizer que foi em 2014 que você interrompeu essa atividade de trabalho que era no mercado, era isso? Acho que foi o último ...

Paciente: Acho que é mais ou menos isso, eu não lembro os anos direito.

Psicóloga: Tá, foi o último ano em que você trabalhou.

Paciente: Foi.

Psicóloga: E aí esse, o fato de você ter uma condição né, assim mais livre de horários, você não considerou voltar a fazer atividade física?

Paciente: Não.

Psicóloga: Que você praticava esporte que você praticava?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não mais?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá. Você se recorda de ter algum período da sua vida em que teve um momento né, de quilos por pouco tempo que você associa a alguma situação que você viveu?

Paciente: Hmm. Assim ...

Psicóloga: Que você percebeu que teve uma mudança significativa né, porque você conta que ao entrar nesse trabalho na fiação você eliminou quinze quilos porque era bastante corrido ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... e fazia bastante coisa, então teve um ... alguma justificativa ali, situações que foram acontecendo que promoveram essa mudança. O contrário também aconteceu em algum momento? De você aumentar muito os quilos por conta de alguma situação, alguma condição de vida?

Paciente: Não ... só de eu parar de fazer exercício e ficar muito sedentária, sabe?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque aí ... eu não gosto de sair no sol, me incomoda muito sair no sol.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então já evito andar no sol porque o sol me incomoda muito.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então já não saio de casa, já não saio de casa para evitar o sol.

Psicóloga: Entendi.

Paciente: Aí ... aí fica com preguiça, aí já não ... porque assim, eu engordei bastante mas eu não percebi, entendeu? Quando eu percebia já não conseguia fazer mais nada, entendeu? Eu já não conseguia andar ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... já não conseguia ... é ... colocar meu próprio tênis, sabe? Quando eu percebi aí eu fui atrás, eu fiquei uns cinco anos esperando para ser chamada. Já faz um tempão que eu estou, que eu fui no médico e falei que estava incomodada tudo, aí eles me deram, fizeram encaminhamento para cá ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí depois de ... acho que uns três anos eu fui de novo ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí eu conversei com o médico, aí que me chamaram, acho que depois de um ano.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Isso foi o ano passado.

Psicóloga: Qual foi o momento que você ficou incomodada, como foi? Você lembra assim do dia ou da situação que você começou a perceber que havia ali um incômodo relacionado ao corpo?

Paciente: Quando eu fui acho que ... colocar a minha roupa e eu não conseguia abaixar, para colocar sabe, colocar a minha roupa, abaixava e não conseguia chegar no pé, sabe?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Aí quando eu comecei a perceber isso, comecei a ficar incomodada, que aí eu ... que nem assim, calça cumprida assim ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... eu coloco, mas uma vida, uma vida, demoro um tempão para conseguir enfiar meu pé então ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... que nem hoje meu marido estava em casa e ele que me ajudou a colocar, entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Então isso me incomoda demais, me incomoda demais. Aí quando eu via que estava precisando de ajuda para mim fazer coisa que qualquer criança faz aí começou a me incomodar.

Psicóloga: E isso de você dizer que foi engordando ao longo do tempo e não percebeu. O que que você acha que aconteceu?

Paciente: Eu não sei, acho que ... eu fiquei muito acomodada sabe, com a vida e ... não tenho o hábito de sair, nós somos muito tranquilos, a gente não tem o hábito de ficar saindo, a gente gosta de ficar em casa sossegado sabe?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Eu acho que por causa disso não ... porque antes quando eu era solteira, quando eu namorava eu vivia saindo, entendeu?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Então acho que eu prestava atenção em mim. Aí depois que eu comecei a ficar em casa acho que eu comentei tanto que não prestei mais atenção.

Psicóloga: Depois que você ficou em casa, você o que?

Paciente: Parei de prestar atenção porque eu não saía, não tinha, não me arrumava ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Né? Então assim, a gente para de prestar, para de olhar no espelho, né? E ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... acho que, eu não vi, não vi acontecer, na hora quando eu percebi ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu já estava com ... dependente, entendeu?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Então ... aí começou a me incomodar.

Psicóloga: Uhum, uhum. Você acha que foi uma questão de ter se visto, então?

Paciente: É.

Psicóloga: Não ter olhado para si.

Paciente: Isso. Acho que eu estava muito acomodada.

Psicóloga: Acomodada com o que?

Paciente: Ah, acomodada, não precisar fazer nada sabe, sair assim, sabe? A vida acomodada, você ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Meu filho, ele levanta vai trabalhar e eu não preciso levantar porque não tenho filho, eu tenho cachorro e gato, então ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... eu, eu não tenho hora para levantar, eu não preciso ficar limpando a casa toda hora porque é só nós dois. Eu não tenho uma rotina, não tenho uma rotina de obrigação, entendeu?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então acomodei demais acho. Antes que nem assim, eu trabalhava, mesmo trabalhando na fiação eu tinha que levantar quando eu morava, eu levantava, fazia almoço para todo mundo, tinha que deixar porque minha mãe sempre trabalhou ...

Psicóloga: Tá

Paciente: ... eu tinha que deixar comida pronta para todo mundo, cada um tinha sua obrigação ...

Psicóloga: Sei

Paciente: ... uma lavava louça, outro varria a sala e limpava a casa e a minha obrigação era fazer comida. Então eu tinha que acordar cedo, tinha que fazer a comida, eu tinha que tomar, tinha que tomar banho e tinha que trabalhar. Então eu chegava em casa, eu saía dez horas da noite, eu chegava em casa quase onze horas. Então quer dizer, eu tinha uma

rotina, eu tinha uma, agora eu não tenho porque assim, ele levanta cedo, ele faz o café dele para trabalhar ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... eu não preciso levantar cedo.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí ele vai dormir cedo porque tem que levantar cedo, mas eu não preciso dormir cedo, entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu não preciso limpar a casa todo dia é só nós dois, eu não tenho que ... que deixar a pia limpa para os outros que nem assim, deixar a casa bonita, minha mãe chegar e não ter nada para ela fazer, agora eu não tenho essa obrigação.

Psicóloga: Sei.

Paciente: É só nós dois, eu não esquento a cabeça, ele também é acomodado que nem eu. Então acho que, que me acostumei muito mal depois. Acho que ...

Psicóloga: Se acostumou muito mal?

Paciente: Uhum. Acho que eu não tenho uma rotina acho que acabou pensando também.

Psicóloga: O que que foi pesando?

Paciente: Pesando para mim ficar nessa situação né, não tenho uma rotina, acho que contribuiu bastante.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Né? E aí você, que nem assim, eu levanto, tomo banho, aí você se troca, você coloca qualquer roupa, você não precisa ficar preocupada com nada, então você não precisa ficar se olhando no espelho né, se arrumando, coisa que eu fazia quando eu trabalhava, todo final de semana a gente saía.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Né? Saía com os meus amigos, depois ainda, não sei se é coisa que ele nunca foi muito de sair, então ... aí acho que eu comecei a parar de sair um pouquinho, sabe.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Gostava mais de ficar ou na minha casa ou na casa dele, na casa da minha mãe no caso, né.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E eu acho que isso já começou a ajudar desde aí já.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E aí fica com a vida mais parada, já não sai mais. De dia eu não gosto de sair, mas de noite eu gostava.

Psicóloga: E como é que foi isso de você ir deixando de fazer coisas que você fazia, né?

Parece que você trabalhava bastante, estava sempre envolvida com várias obrigações como você falou, né?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Gostava de sair, como que foi isso de ir deixando de fazer coisas que gostava?

Paciente: Ah, não sei, acho que foi ... não sei, eu também gostava de não fazer nada, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu gostava, eu gostava de ... mas também tinha hora que eu gostava de ficar quieta.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Aí já ... a coisa já começou a ficar equilibrada, a gente começa a ir ficando mais em casa, já faz mais coisa sentada, aí já não sai mais para a balada só sai para comer ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Então acho que ...

Psicóloga: E aí quando você fala que as coisas ficaram mais equilibradas o que que é?

Paciente: Como?

Psicóloga: O que que foi ficando mais equilibrado?

Paciente: Não assim, quando você ... assim, né? Quando você é solteira, você sai com os seus amigos você vai para a balada, né? Então você ... agora você começa a namorar, você já sai para comer você não sai mais para a balada ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... você não sai mais para ficar ... né?

Psicóloga: E como é essa questão da comida para vocês, da alimentação, você diz que percebe que não tem rotina, de alguma maneira você acha que essa, isso que você está me contando né, desse ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... dessa vida que é um pouco mais livre sem tantas obrigações, isso acaba refletindo de alguma forma na sua alimentação?

Paciente: Sim, porque mesmo em casa comida eu não faço, aí a gente come ... porcariada, né? Mas assim, no começo quando eu comecei assim no grupo ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu conseguia fazer o que a nutricionista falou que era tomar café, minha fruta eu não conseguia no meio da manhã, mas aí eu almoçava e comia uma fruta de tarde.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Comecei a jantar mais cedo porque jantava tarde, ela falou que era até sete horas para jantar, então eu consegui.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Só que eu não consigo comer o tanto que ela quer que come assim porque né, é ... eu comia bastante no café, bastante no almoço e bastante na janta, eu consegui diminuir o tanto que eu como.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Para menos da metade. Mas eu não consigo ficar comendo nos intervalos assim porque eu acho que é muito.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Sabe, não ... não tenho vontade de comer.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Fruta assim, essas coisas, mas que nem agora com a glicemia alta eu não comi mais doce ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu tenho consciência assim das coisas, assim.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Eu consigo parar.

Psicóloga: Mas você acha que a glicemia, ela está ligada só ao doce? Deixa eu fechar aqui que está fazendo barulho.

Paciente: É, porque ...

Psicóloga: O que você acha que sobe a glicemia?

Paciente: Ah, sei lá, acho que por ser ... o médico falou que eu devia estar diabética, a enfermeira falou que eu devia estar pré-diabética ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu acho que, eu associo ao doce né ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... porque eu não como porcariada assim, eu só como assim tipo, se eu não vou almoçar eu como um salgado, eu pego na padaria, eu pego um salgado. Lanche é muito difícil de comer, parei com isso daí ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... desde do começo do ano pro ... não vou falar que eu não comi mais, comi mas, falar assim que come um por mês, não como.

Psicóloga: Aham.

Paciente: É ... mas, a glicemia associa ao doce né, diabetes.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Não tomo refrigerante desde o começo do ano, se eu tomei um pouco assim ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... um copo ou outro. É ... refrigerante não tomo mais, é ... só tomo água, também nem suco de saquinho ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... nem de fruta assim também evito, a única coisa assim que ela mandou tomar leite desnatado, eu tomo leite desnatado. Mas a única coisa que eu não parei foi com o nescau que ela falou que era para ser chocolate em pó, né? Parei com tanta coisa, né? Ela falou que não era para parar com tudo que era para diminuir.

Psicóloga: Aham, aham.

Paciente: ... Então assim, teve muita coisa que eu eliminei, muita coisa que eu eliminei, é ... só que tem coisa assim que tem que ter um caixa, entendeu? Porque fala assim: “ah, você come por ansiedade?”. Comia bastante, que nem ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... esses dias eu estava bastante ansiosa mas eu não comi nada porque quando você está ansiosa você procura doce, você procura porcaria, eu ...

Psicóloga: Mas geralmente para você o que que dispara a ansiedade, o que que é? Você consegue perceber o que que te deixa ansiosa?

Paciente: Ah ... sei lá, ó. Acho que coisa do dia a dia, se chega alguma conta para pagar, porque assim eu tenho uma casa alugada né, só que ela não é alugada pela imobiliária, ela é alugada por boca, né?

Psicóloga: Sei.

Paciente: E o inquilino nunca atrasou, já pediu para pagar em duas vezes o pagamento, mas ele nunca atrasou, mas mesmo assim chega no dia vinte eu fico nervosa, sabe ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... esperando e se ele não me pagar o aluguel, sabe?

Psicóloga: E aí, o que que aconteceria se ele não pagar o aluguel?

Paciente: Ah, tem que se virar né, tem que deixar a conta para pagar no outro mês até quando ele pagar ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... mas isso me deixa ansiosa, mas mesmo assim ... mas tipo assim, que já aconteceu assim de outro inquilino fora, porque esse aí já faz uns dois, três anos que está lá ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... mas já teve outros inquilinos, nossa, teve inquilino que me deixou contas assim para ... estragou toda a casa e tive que reformar a casa inteira, deixou conta de água e eu tive que parcelar sabe, para pagar. Eu fico assim, mas depois eu corro atrás e eu resolvo, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Mas primeiro eu fico ansiosa.

Psicóloga: Mas a questão da ansiedade, isso que você está falando né, você acha que isso tem a ver com questões financeiras?

Paciente: Não.

Psicóloga: Isso geralmente aparece nessas ocasiões relacionadas a receber ou não receber algum, algum valor em dinheiro?

Paciente: Ah, acho que não é só isso, acho que ...

Psicóloga: O que mais?

Paciente: ... eu gosto de, eu gosto de saber das coisas, eu gosto de ter certeza, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Que nem quando eu falo da médica, de ficar nervosa lá no hospital ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... eu quero saber o que está acontecendo, sabe? Aí ela vinha, entrava e ia embora, às vezes nem examinava, só chegava na porta bem, mas não parava para conversar. Nos últimos dias que eu comecei a chamar: “mas e aí o que está acontecendo, sabe?”

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu gosto de saber o que está acontecendo, eu gosto de, eu fico especulando sabe, especulando o que está acontecendo?

Psicóloga: Você gosta de saber o que está acontecendo com o que?

Paciente: É, com tudo, com tudo, tudo o que acontece do meu lado eu quero saber o que está acontecendo, tanto é que na minha casa a única conta ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: A única, as únicas duas contas que meu marido paga que é ele que paga que ele debita é o cartão ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e o celular dele. As únicas duas, o resto é tudo eu. As únicas coisas, mesmo deixar na mão dele esse mês que é o que ele paga e ele não pagou. Entenderam?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Então assim, eu que gerencio tudo, tudo, aí as únicas ... ele, ele é muito desligado.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí ontem olhei para ele e falei: “você pagou o cartão?”, “não, está em débito automático”. Eu falei: “não, _____, você paga o cartão todo mês” e ele: “eu não paguei”.

Psicóloga: Agora interessante isso que você está colocando assim me chama a atenção quando você fala: “eu gosto de saber, eu gosto de ter certeza”.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: É ... porque em relação a você, você estava contando um pouquinho aí agora há pouco de que em relação a você, você ficou sem saber ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... você ficou sem perceber.

Paciente: Não percebi.

Psicóloga: O que será que foi isso?

Paciente: Não sei, será que é desleixo? Eu não sei.

Psicóloga: Porque parece que você traz um pouco dessa ... do quanto você parece ficar atenta para algumas questões, parece que você fica atenta para algumas coisas ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... são situações aí, pelo que você está contando, que elas não passam despercebidas, você está atenta ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... você fica sinalizada, está ali atenta com o que está acontecendo, agora o que será que em relação a você houve uma diferença dessa característica que você tem, mas que parece que em relação aí a algumas outras coisas isso não se aplicou?

Paciente: É, eu sempre fico olhando os outros e esqueço essas coisas como de olhar até mim, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: É, porque olha, a minha mãe teve ... primeiro as minhas irmãs, primeiro a minha que teve esse filho aí que mora com a minha mãe ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... ela fugiu primeiro.

Psicóloga: Fugiu?

Paciente: Ela fugiu de casa. Primeiro ela engravidou com 15, 14 anos de um cara com 30.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí ... tá, perdeu a criança. Ficou em casa e nossa, era muita briga. Esse cara ficava, nossa ... aí depois com 18 anos ela foi embora, pegou as coisas dela e foi embora. Essas coisas me revoltam demais, sabe?

Psicóloga: Te revolta?

Paciente: Me revolta porque ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Sabe ... tudo, mesmo todas as coisas que me ensinaram, que falaram para mim desde que eu sou criança, que falaram para mim as outras três irmãs ... faz e se vira, sabe? Porque eu fui a única que não engravidei antes de casar, eu sou uma mulher, sabe? Eu sempre tentei fazer tudo, as coisas certinhas ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... para não dar preocupação para os meus pais, sabe? Então assim, tudo, tudo o que acontece assim, vamos dizer ... não que eu seja a força, mas eu sou a que segura, sabe?

Psicóloga: Segura o que?

Paciente: A barra de todo mundo, porque que nem essa minha irmã que ficou grávida, meu pai morava em Carapicuíba e trabalhava em São Paulo ainda ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e eu com a minha mãe pegamos um ônibus, fomos lá em Carapicuíba contar para ele o que tinha acontecido para ele, para não contar na frente da minha irmã porque ele não fazia nada com a minha irmã.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Entendeu? Aí a minha outra irmã mais nova quando ela ficou grávida, ele foi para bater nela e eu que entrei na frente e falei: “não, não vai bater”. Aí mandou ela embora, ela juntou as coisinhas dela, minha vó morava na rua de cima ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... aí de semana ela ficava em casa e de final de semana ela ia embora.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí minha mãe ficou, minha mãe tinha um cisto no ... no útero.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí ela veio, ficou aqui internada na Unesp, já tinha tirado um tumor já. Aí ela tirou o útero, só que aí deu problema na cicatrização. Abria sabe, saía muita água.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E eu que tinha que ficar espremendo a barriga dela e eu tinha que ficar limpando, aí quando, no dia que ela voltou ... aí internaram ela de novo para fazer uma raspagem do ponto de novo. No dia que ela tinha que voltar que tinha retorno, de madrugada eu fui levar uma irmã para ganhar nenê no hospital, aí chegou no hospital em _____: “aí volta para casa, depois você traz”. Aí nove horas da manhã eu vim para cá com a minha mãe e a minha outra irmã foi leva minha outra, minha outra irmã foi levar minha outra irmã para ter nenê ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí três horas da tarde fui, fui no hospital de novo para ver a minha irmã que, que tinha ganhado nenê. E eu, mesmo tirando ponto ainda fica um burquinho. Tinha que ficar espremendo a barriga dela, né? Que ...

Psicóloga: Como que era para você fazer isso né, por exemplo?

Paciente: Ahn?

Psicóloga: Como era para você se ocupar dessas questões de família?

Paciente: Não ligo, não, não ligo.

Psicóloga: Da mãe. Ahn.

Paciente: Não ligo. Se tem que fazer, eu faço. Minha irmã saiu do hospital que ela tinha feito cesárea também, eu que lavava os pontos dela.

Psicóloga: Mas você chega a se perguntar em algum momento assim, se são coisas as quais você ... como é para você fazer isso né, que você se dispôs, você acha que há uma vontade, uma disponibilidade de fazer ou você se impõe como uma obrigação, não eu tenho que fazer?

Paciente: Não, eu me imponho assim, não que seja uma obrigação, mas é meu dever, é minha irmã, mas eu faço de coração, faço de bom grado.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E, e ... aí depois, aí teve uma vez que eu tinha descido no centro da cidade. Fui numa loja comprar alguma coisa para a minha mãe e de caminhada assim acho que dava uns vinte, trinta minutos e meu pai ligou para mim e disse que a mãe não estava boa. Nossa, eu tinha acabado de sair de lá e tava na loja

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que eu larguei tudo o que eu estava comprando lá, era para a minha mãe, mas eu não lembro o que que era. Acho que era saia porque ela não podia ficar de calcinha, tinha que deixar ventilar.

Psicóloga: Uhum..

Paciente: Eu não levei dez minutos para chegar de tanto que eu corri para chegar lá e minha mãe falar que não era nada, acho que estava vazando e ele me fez eu voltar correndo para casa sabe, só porque viu que eu saí. Mas eu tive isso para a minha mãe.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E ele de carro, ele com o carro lá, podia ter me levado e não me levou.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Não me buscou e me fez subir correndo. Nossa, cheguei em casa ... não, começou a vazar. Aí fui lá, mas ela podia ter esperado, só tinha vazado.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Coisa que fazia o dia inteiro quando ela colocava um pano aqui assim, tipo uma fralda, não fralda, do centro cirúrgico, sabe?

Psicóloga: Tá.

Paciente: E já dava aqui ainda para ela e ela colocava assim para deixar, para segurar para não vazar e ele fez eu subir correndo.

Psicóloga: E aí você estava dizendo que muitas vezes você acaba se ocupando muito das coisas dos outros ...

Paciente: Sim.

Psicóloga: ... e aí como que é para você?

Paciente: É, eu não ligo porque ... eu não sei, eu tenho mania de fazer isso, que nem agora minha sogra estava internada, ela ficou cinco meses internada aqui. E meu sogro ele não, pensa numa pessoa ... ele é estranho. Nossa, não sei nem explicar como que ele é sabe, de tão estranho que ele é?

Psicóloga: O que que ele desperta em você, que sentimentos?

Paciente: Ah, às vezes ele me irrita, às vezes ele me dá raiva, mas às vezes eu tenho dó.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Porque ele é muito estranho.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí para ele não ficar sozinho, quer dizer, o filho dele, meu marido, não convidou mas eu falei: “vamos lá em casa”, eu, ele ficou sete meses na minha casa. Uma pessoa, sabe? Ignorante, mal agradecido, o que me irrita muito nele é ser mal agradecido, porque

...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... eu não tinha obrigação nenhuma com ele, eu não tenho obrigação nenhuma com ele.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Mas mesmo assim eu tenho a minha casa para ele ficar ...

Psicóloga: Por que você fez isso?

Paciente: Ah, porque ele ia ficar lá sozinho, quem que ia fazer comida para ele?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Entendeu, eu fico pensando nessas coisas, eu fico pensando. Ah, me incomodava muito ele na minha casa porque a paz que eu tinha eu já não tinha mais e ele é muito espaçoso, teve um dia ...

Psicóloga: E como é que é isso de você fazer isso né, de você tirar a sua paz, né? Por que você acha que isso acontece?

Paciente: É, não sei ... o vô do meu marido mesmo. A gente tem a nossa casa né, que está alugada. A gente morava lá, aí os filhos colocaram ele em um abrigo. Tinha ido lá, a guarda tinha ido lá com uma assistente social que eles, teve denúncia de maus tratos. Ai, enfim ...

Psicóloga: O avô do seu marido?

Paciente: É, eu fiquei indignada, falei: “como que vai por no abrigo se ele tem família?” Aí larguei minha casa e fui morar com ele, sabe? Fiquei mais de três anos lá. Tudo nas nossas costas, tudo, tudo. Meu marido corria com ele pro hospital porque no último ano ele ficou muito ruim, sabe? Sempre tava com pneumonia, já não saía mais da cama, deu artrose e ele não mexia as pernas, tinha que ficar virando, tinha que ficar limpando.

Psicóloga: O que será que é isso que acontece, né? Você acaba se colocando em situações

...

Paciente: Eu me coloco em situações.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: É, isso mesmo.

Psicóloga: Essas situações que você está contando inclusive, parece que tem a ver com família ... outras pessoas da família do seu marido, né ...

Paciente: É.

Psicóloga: Geralmente ele tem assim essa ... ele analisa um pouco possibilidades que ele possa tomar decisões porque é a família dele, como que é?

Paciente: Então, ele é assim né, ele não quer impor para mim fazer as coisa, né ... só que antes de pedir eu vejo que ele quer sabe. Eu vejo que ele está incomodado, aí eu vou ajudar, ajudo o vô, ajudo o vô dele, fiquei com dó do pai dele ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... só que agora o pai dele eu fico com raiva porque a esposa dele faleceu, né? Ele é muito ligado a dinheiro, ele é ... sabe? Nossa, me incomoda demais, ele, ele guarda ... ele fazia ela viver assim de uma maneira, tanto é que a gente acha que a morte dela foi um livramento para ela porque esse homem ... ele fazia ela gastar menos da metade do que ele ganhava porque ele quer guardar, quer guardar, sabe? Tipo ...

Psicóloga: Mas aí será que ela tinha algum motivo para ficar com ele durante tanto tempo mesmo nessas condições?

Paciente: Porque ela foi criada, ela falava, a gente falava: “larga dele, larga dele, larga dele”.

Psicóloga: Sei.

Paciente: A gente viu ... várias vezes dele, ela tinha problema na visão por causa da diabetes e ela não enxergava direito, ele ficava assim: “ô ceguinha, ô ceguinha, olha a poeira nessa casa, sua porca”, sabe? Botava ela, ela contava para a gente, só que a gente não fazia nada.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Assim, mas a gente sabia que ele era muito ruim.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Ele destratava, destratava muito ela.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Muito e ... nossa, até perdi o fio da meada porque estava falando isso. Perdi o fio da meada. O que você tinha perguntado mesmo?

Psicóloga: A gente tinha dito né, sobre o que será que ela faz com ele por tanto tempo ...

Paciente: Ah sim, porque ela dizia que a mãe dela criou ela para ... sabe? Na saúde e na doença, até que a morte nos separe, para ela nunca largar ele.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí então, ela, a gente falava para largar, ela: “eu não posso, não posso largar”. Aí nos últimos dias, nos últimos dias que ela estava aqui, ela não quis nem ver mais ele porque ele não vinha ver ela. Ele não vinha ver ela e ficava brigando ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... porque o meu marido vinha. Ele ficava: “agora você fica gastando dinheiro, fica gastando dinheiro à toa, gastando dinheiro”, só pensa em dinheiro, não deixava o ... meu marido, ele queria vir todo dia, mas todo dia não dava porque tinha que trabalhar. Ele trancou a faculdade, trancou a faculdade para poder vir ver a mãe dele e vinha pelo menos dia sim e dia não, dia sim dia não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí ele entrava mais cedo, fazia meia hora de almoço para compensar as horas dele que ficava para trás.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E ele não admitiu o pai dele: “é, só gasta dinheiro à toa, porque não sei o que”, nem veio ver a mulher dele. Essas coisa me revoltam, porque ô, vai tomar banho, né ...

Psicóloga: E ele ficou na sua casa durante esse período de sete meses e agora?

Paciente: Agora, depois de, depois de ... acho que um mês que ela tinha falecido ele falou que ia embora. Mas ele ficava falando que ia embora, eu falava: “Não vai, não vai ... ó, o senhor faz o quiser, se quiser ir embora o senhor vai, se o senhor quiser ficar, o senhor fica”. Eu não falo mais nada. Aí ele pegou as coisas dele e foi embora.

Psicóloga: Então assim, agora pelo que você está dizendo, ele, ele efetivamente está sozinho?

Paciente: Agora ele está sozinho lá. E meu marido fala que não tem vontade de ir ver ele. Eu não vou falar mais nada, se você quiser ir ver o seu pai você vai, se não quiser você não vai. Eu não vou. Aí ele chega lá ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Fui lá uma vez com o meu marido e não voltei mais. A gente chega lá, ele fala assim: “ah, o portão está trancado”, ele não abre o portão para a gente entrar. Ele é muito ruim, ele é muito estranho sabe, ele é estranho demais.

Psicóloga: É curioso porque você estava contando assim, que quando isso aconteceu de que ele ficaria sozinho você ficou pensando inclusive quem cozinhar para ele ...

Paciente: É.

Psicóloga: Agora, de alguma forma, ele está se virando.

Paciente: Ele está se virando. Ele está se virando.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ele está cozinhando aí ele falou assim que assim que acabar a comida que ele comprou ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... ele vai começar a comprar marmita.

Psicóloga: Porque eu acho que é isso assim, né _____, como é olhar para as situações, em relação às pessoas, qual é a possibilidade que elas vão criando, né?

Paciente: É.

Psicóloga: Para resolverem as próprias situações, para resolverem as próprias questões porque eu fico pensando um pouco no que você estava colocando antes que o momento em que parece que você começou a olhar para você ou perceber, né?

Paciente: Aham.

Psicóloga: Se perceber teve a ver com a questão de se tornar dependente, de que isso foi se colocando para você, de você se ver “bom, estou dependendo do outro” ...

Paciente: Aham.

Psicóloga: ... “estou dependendo”, alguma coisa aí relacionada a essa questão né, a essa questão de estar mais dependente né. E como é que é isso de você olhar para as situações de outras pessoas que estão próximas a você que parece em que você se coloca na dependência delas, né? De que de alguma forma você acaba se movendo, se mobilizando muito em direção ao outro, né.

Paciente: Ai eu não sei, eu não sei o que acontece. Eu, porque assim, eu, eu não me dava bem com a mãe dele. A mãe dele ajudava a gente bastante, mas ela era intrometida. Tanto é que nem eu falei para a minha irmã, eu ... eu me sinto tão mal, tão mal porque ela morreu e eu não senti nada. Sabe? Não senti tristeza. Eu fiquei triste por causa do meu marido, mas assim, porque eu estou perdendo uma pessoa eu não fiquei, tanto é que eu me sentia mal de não ter me sentido mal.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Eu me sentia mal de não, de olhar para ele e não chorar, entendeu? E eu choro por tudo, se você começar a falar alguma coisa assim para mim, eu começo a chorar. E eu chorei no velório dela pelo meu marido, não por ela, entendeu?

Psicóloga: Sei.

Paciente: Então isso me incomoda bastante, me incomodou bastante [tosse, espirro].

Psicóloga: Você quer que eu pegue uma água para você?

Paciente: Ai, eu quero, acho que ...

Psicóloga: Deixa eu pegar um copinho, espera aí.

Paciente: [tosse]. Obrigada.

Psicóloga: Imagina. Você estava dizendo algumas coisas.

Paciente: Acho que eu ... nem lembro porque, porque eu fazia, né? Porque que eu chamei ele para morar em casa, acho que foi isso, não foi? Por que que eu fazia essas coisas, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Então, assim, mesmo eu não me dando bem com ela porque tinha coisas assim que ela fazia que eu achava errado, ela era uma pessoa prestativa, uma pessoa que ajudava e ela se preocupava muito com ele, sabe? Mesmo ele fazendo todas as coisas, ela falava: “ai meu _____, meu _____”, sabe? Tipo ... ela gostava muito dele e eu ficava, ela estava internada e era uma preocupação a mais para ela, né? Ele em casa, sozinho, porque

ele não ficava sozinho de jeito nenhum. E eu fiquei com dó porque ele não sabe fazer nada, ele não colocava comida no prato para você ter ideia, eu que colocava comida no prato dele lá em casa. Aí eu falei: putz, né?” Aí nós chegamos aqui da, da Unesp, nós tínhamos vindo, foi um dia depois dela ter ficado internada. Nós tínhamos vindo na visita e ele, ele tinha ficado com a irmã de uma filha e ela é muito ruim também e eles começaram a discutir dentro do carro, sabe? Eu e meu marido deixamos ela na casa dela e quando deixamos ele na casa dele, eu virei para ele e falei: “quer ir em casa, vamos lá em casa”. Aí ele pegou e foi. Aí foi e ficou.

Psicóloga: E aí quando é, como é para você inclusive essa questão né, de que você faz para o outro em relação ao que ele quer né, isso de você dizer: “você quer ir em casa?”. Como é para você se perguntar: “será que eu quero que ele venha?”

Paciente: Eu nunca me perguntei, eu fico olhando e fico com dó, eu fico com dó, tanto é ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... que a minha avó ficou internada aqui ... quase três meses. Antes de ir para a UTI ela ficou uns dois meses no quarto, eu fiquei dois meses aqui, eu fiquei durante o dia e minha mãe durante a noite. Quando internaram ela que ela tinha quebrado a perna, a gente achou que em alguns dias ela ia sair, né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí, aí ela operou, ela chegou aqui e já operou durante a tarde.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Aí nós viemos correndo de lá para cá para ver, viemos ... aí, ele falou: “e aí, quem vai ficar com a mãe de noite?”, “eu fico”. “E de dia quem vai ficar?”. “Eu fico”, porque ninguém mais falou nada, ia deixar o negócio sozinho, que nem eu fico. Aí eu vinha todo dia e ficava o dia inteiro com ela.

Psicóloga: Parece que você fala de, de diferentes situações e diferentes pessoas em que você ocupa esse lugar de estar no cuidado, né?

Paciente: É.

Psicóloga: Como é que é isso?

Paciente: Aí ela ... aí ela, eu não sei, é de mim isso, aí ela queria, ela ia sair do hospital. Ela achava que ia sair do hospital e ela falava: “ai e agora, como é que vou sair”, porque ela era viúva, era viúva, né? E ... mas a minha tia morava no fundo, então ela veio no portão sabe, ela dormia na casa da minha tia durante a noite e de dia ficava na casa dela.

Psicóloga: Sei.

Paciente: E ela: “ai quem vai cuidar de mim?” Porque estava com a perna quebrada e precisava de cuidados, ela pediu para eu ir morar com ela e eu ia morar com ela. Só que como ela saiu do hospital aí falei... “não, eu não sou o _____”. Eu fico numa salinha que ela tinha do lado da cozinha que ela tinha uma caminha ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... porque como ela tinha varizes na perna, ela fazia o servicinho dela e ficava na caminha, ela não ia para o quarto né, porque aí ficava todo mundo ali quando chegava ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... na casa dela. Eu fico na caminha e você fica no quarto com o _____, não sei o quê. E eu ia morar com ela, eu ia deixar a minha casa e ia morar com ela, aí no fim ela acabou falecendo aqui no hospital.

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... ela não chegou a ir embora.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Mas eu ia porque ... se precisa, se as pessoas precisam a gente tem que fazer, sabe?

Psicóloga: Tem que fazer?

Paciente: Ah, tem que ajudar porque como que ... se você ver uma pessoa pela sua família precisando de ajuda e você não vai ajudar? E tem que ajudar e fazer de boa vontade, não pode fazer de má vontade. Eu ia fazer de boa vontade, não ... eu ia de boa vontade, de coração mesmo. Quando eu vejo já estou fazendo, eu nem penso.

Psicóloga: É, talvez seja esse um ponto interessante e curioso, né? Isso de você não pensar.

Paciente: Não penso, eu faço. E também não fico pensando depois “ai, não devia ter feito”. Eu estou fazendo de fazer sim, a gente tem que fazer as coisas, tem que ajudar os outros, né? Eu, me incomoda muito essas coisas, essa ... esse egoísmo, essa coisa ... sabe? De um ficar prejudicando os outros, isso me incomoda bastante.

Psicóloga: Como assim?

Paciente: Ah, que nem a gente vê na televisão uma pessoa prejudicando a outra, né? Acho que todo mundo tem que se ajudar, se todo mundo se ajudar a gente vive tão melhor, a gente vive tão bem.

Psicóloga: Mas isso acontece com você, você acha que você recebe ajuda quando você precisa?

Paciente: Não e aliás eu fico triste. Às vezes assim, quando acontece alguma coisa de, mas também eu não peço, né? Mas, assim ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas eu fico pensando assim, eu percebo tanto quando os outros estão, está precisando porque ninguém precisa me pedir, eu vou lá e faço e quando eu estou precisando parece que ninguém tá vendo, sabe? Às vezes eu fico chateada com essas coisas.

Psicóloga: É então, porque é muito curioso né, _____, qual que, como que é essa compreensão que você vai se colocando um pouco, quase como que se você não tivesse escolha, como se você não pudesse avaliar a possibilidade para você em termos assim, né? De que sem que o outro peça você se antecipa e ajuda porque você imagina que você vai poder contribuir, de que vai ser importante pro outro, né? Tudo isso que você está contando, mas o que me chama a atenção é: será que há uma ocupação tão grande, né? Tem ... o outro acaba tendo um espaço tão grande para você a ponto de você se mobilizar tanto para o outro, como é para você se mobilizar por aquilo que é importante para você? Porque é quase como se não ... o fato de estar tão às voltas né, ou ter um espaço tão grande em você para cuidar do outro que parece que fica sem espaço nenhum para você olhar para o que é seu e aí até de você perceber isso em relação ao outro. Bom, talvez o outro pudesse perceber, mas que ... Né? O que tem a ver comigo ou que eu poderia precisar de ajuda. Porque é isso né, talvez será que a pessoa percebe e ela toma uma decisão de não se implicar porque às vezes ela está tão implicada com as próprias questões, né? Porque é uma escolha.

Paciente: É.

Psicóloga: Né? Se colocar nessa, digamos assim, um pouco na disposição do outro, um pouco na intenção do que o outro quer e precisa, né?

Paciente: Ah, mas você tem que ver ... o outro é família né, se a gente não fizer para a família da gente, né? A gente tem que se ajudar. E ... assim, ah eu não sei, eu nunca parei para pensar nessas coisas, eu não ... eu não me incomodo de estar fazendo as coisas, que nem assim, falar assim que ninguém da minha família, nossa, a minha mãe se ... a minha mãe o que ela pode fazer para as filhas dela, o que ela pode fazer ela faz também.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Né? Minhas irmãs, como eu falei, que nem hoje o meu, o _____, que vinha na minha irmã, eu estou tirando ela ... porque a cabeça dela também está cheia, ela está cuidando do meu pai, essas correrias dela, tem o filho dela, mas ela. ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... mas ela ia me trazer também, ela ia ficar aqui comigo.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Todas as outras vezes quem me trouxe foi ela.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Entendeu?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Eu acho que a gente faz isso um pelo outro. Minha avó, que nem a minha avó quando ficou internada, minha avó sempre fez de tudo que nem eu falei que meu pai tinha mandado minha irmã embora, quem acolheu foi ela, né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Ela ... ela sempre, a gente sempre acolheu um ao outro, acho que é mais ou menos da minha família isso.

Psicóloga: Você acha que sempre ... uma acolheu a outra? Você sempre ...

Paciente: Ah, sim.

Psicóloga: ... se sentiu acolhida?

Paciente: Sempre, da minha ... sim. Assim, tem coisa que nem assim, eu não sou de ficar reclamando, eu não sou de ficar falando as coisas, né? Então ... às vezes é até culpa minha porque eu quero que as pessoas percebam ...

Psicóloga: Pois é.

Paciente: ... e como que as pessoas vão perceber se eu não falei nada, entendeu?

Psicóloga: Parece que isso tem a ver com você?

Paciente: Isso é comigo.

Psicóloga: Você se antecipa em relação ao outro?

Paciente: É. Não, assim, em relação a mim, entendeu?

Psicóloga: Sim, mas eu digo que você se dá, como é que é isso de você, de alguma maneira, parece um pouco pelo que você está contando e pelo que eu estou entendendo, já que isso acontece de você ficar muito antenada com o que está acontecendo em relação ao outro e você acabar se dispondo, né? Você, digamos assim, percebe e se antecipa em ajudar e se colocar ajuda, é quase como se você ... tivesse uma expectativa de que o outro vai ser como você. De que o outro também vai fazer igual.

Paciente: É, às vezes a gente espera ...

Psicóloga: É ...

Paciente: ... às vezes a gente fica esperando e não vem.

Psicóloga: E aí eu acho que é o momento em que você acaba tendo que olhar para uma situação de que o outro né, ele não é uma extensão sua ...

Paciente: Não.

Psicóloga: ... ele acaba sendo uma outra pessoa e aí pode ter jeitos diferentes de lidar, né?

Paciente: Então, então mas aí ficou assim, né? Cada um pensa de uma forma, cada um faz de uma forma, eu vejo desse jeito e continuo fazendo desse jeito, o que a gente pode fazer, eu ... que nem assim ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: É, quem nem ... eu faço, eu abraço mas assim, cada um tem a sua personalidade, cada um tem ... tipos diferentes e assim, como que eu vou falar? É, um tipo de pensar, um tipo de agir assim ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e uma disposição para fazer as coisas. Eu, eu já me disponho mais para fazer essas coisas, que nem assim todo mundo se ajuda, mas cada um ajuda de um jeito, eu acho que eu ainda ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... sei lá, acho que eu pego para mim, eu pego para mim, mas cada um ajuda um pouquinho de um jeito, né? Na minha família.

Psicóloga: Uhum, sei.

Paciente: A família dele já é mais ... tipo assim, você foi lá e foi ajudar, eles largam lá para você e você que se vire.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas a minha assim, cada um ajuda um pouquinho de um jeito. Que nem assim, essa minha tia que tem a padaria, né? Quando que a minha vó estava internada. Eu e minha mãe, quer dizer, minha mãe ficou de noite, então quer dizer, minha mãe também faz que nem eu, ela abraçou para ela, eu ficava de dia e ela ficava de noite e minha tia acaba sinceramente. Então quer dizer, ela falava assim para a gente: “eu não tenho a coragem que vocês têm de ficar dentro do hospital, então eu faço o que eu posso.” Então o que ela fazia: de manhã ela vinha me trazer e levava minha mãe embora. De tarde vinha um filho dela trazer minha mãe e me levava embora. Então quer dizer, ela ficava com todo o gasto financeiro. Então quer dizer assim, cada um abraça da maneira que pode.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu tento abraçar da maneira que eu posso. Que nem, eu tinha que fazer curativo na minha mãe e na minha irmã ... deixa eu ver na época e tal, na época essa daí não morava lá ainda.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Aí tinha outra irmã, a outra irmã não tinha coragem de ver.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: De fazer, entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Então eu ia lá e fazia, então assim ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Cada uma faz de um jeito, essa minha irmã mais velha ... ela, ela não tem o dom de ir lá limpar uma ferida, mas ela vai lá, limpa toda a casa, entendeu? Então cada um, cada um faz um pouquinho. Assim, entre nós cinco, meu pai assim ... mas depois assim ele ... é difícil explicar a personalidade de uma pessoa, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Assim, mas assim, entre nós cinco assim, cada um abraça de uma forma, entendeu? Meu pai mesmo, se você chegar lá e falar assim, que nem hoje em dia não que eu não estou saindo de casa mais, mas se chegar lá e falar: “aí, fulano está passando mal”. Ele ia catar o carro e ia socorrer, sabe? Assim ... mas assim, de fazer as coisas, de pegar no pesado, de se doar ... acho que nós cinco somos iguais.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Sabe? Cada um faz a parte que, que pode, sabe?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Ah, sei lá, a minha acho que é levar os outros para casa e deixar a minha casa e cuidar dos outros.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Mas quando, quando assim, as minhas irmãs teve bebê, sabe? Foi tudo para a casa da minha mãe.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Minha mãe sabe, você vê ... quando eu tinha uns vinte e poucos anos operei a vesícula, sabe? Eu não podia abaixar, a minha irmã vinha e botava a minha meia sabe, todo mundo cuida um pouco uma da outra.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Né? Agora assim, cada uma tem, um tem a sua casa tudo, mas se precisa ...

Psicóloga: E aí como é para você cuidar de você?

Paciente: Ah, mas eu não preciso de um cuidado porque daí, em que sentido?

Psicóloga: Você acha que não precisa de cuidados?

Paciente: Não, eu não tenho nada, não estou precisando de nada, não estou doente. Quando eu estava doente que eu estava internada ninguém podia me ver, eu fiquei isolada nove dias. Mas todas as minhas irmãs me ligaram, eu não queria conversar com ninguém e elas ficavam mandando mensagem, sabe? Porque eu fiquei assim muito abalada.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E ... eu só respondia eles, eu não contei para ninguém, as únicas pessoas que sabiam que eu estava doente era a minha família assim, a minha mãe, o meu pai, as minhas irmãs e o meu marido. Eu não contei para ninguém, ninguém, ninguém. E ... sem eles, elas estavam sempre preocupadas, tanto é que no dia, no dia que eu tive alta, minha irmã tinha mandado o carro arrumar, a outra irmã tinha um horário marcado e meu marido estava trabalhando, mas mesmo assim essa minha irmã mais nova, ela atrasou que ela tinha salão, eu nem sei o que ela tinha que fazer, ela atrasou, foi lá, me pegou, me levou na casa da minha mãe porque a minha chave estava no carro da minha irmã que estava na oficina, eu fiquei lá o dia inteiro e voltei para casa só de tarde, sabe.

Psicóloga: É porque você está em um Ambulatório por uma assim, por uma busca por algum tratamento, né?

Paciente: É.

Psicóloga: Então como é para você pensar nisso, de que cuidados você precisa?

Paciente: Ah, eu queria ... eu queria perder peso, não porque sempre me incomodou ser gorda, não me incomodava. O que está me incomodando fisicamente sabe, eu ter limitações, eu não tive limitações antes, entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que nem agora, se a glicemia tá subindo, se a glicemia está subindo é por causa do meu peso que está afetando, então vai começar a ficar ... que nem essa covid. De repente se e não tivesse esse excesso de peso, eu não teria passado por todo o sufoco que eu passei, né? Esses nove dias internada, ter passado por tanto medo entendeu, acho que ...

Psicóloga: E aí nesse sentido, você acha que isso tem a ver com o cuidar de você?

Paciente: Sim.

Psicóloga: De que forma?

Paciente: Saúde, né? Em nome da minha saúde.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Sabe, eu quero melhorar nesse sentido. Agora assim, que nem as outras coisas que acontece ali fora eu não acho que está ... sei lá, que eu tive algum problema com isso, alguma coisa assim de cuidado assim. Eu não acho que eu me deixo de lado, eu acho que eu só ... não vi. Entendeu? Porque se eu fico doente eu vou no médico, assim eu não estou indo agora porque realmente eu trocava horário para sair de casa, eu fiquei ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... igual da glicemia de ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... ia para o Posto para tomar os meus remédios.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E de ficar, tanto é que eu vim para cá e eu fiquei sem geral, fui sentar eu espirrei álcool ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: Ninguém precisa saber, se está todo mundo achando que eu sou louca. Isso é o que eu passei, sabe?

Psicóloga: Sei.

Paciente: E ... eu estou tomando muito cuidado com isso.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Então ... mas eu acho que cuido de mim. Acho que eu só não percebi, que sei lá, a gente acho que acomoda, acho que ... eu não sei explicar, mas eu não acho que eu esqueci de mim ou que fiquei depressiva ou que eu sabe, eu não acho. Eu só acho que sei lá, o tempo foi passando e eu não fui percebendo, eu fui deixando de fazer umas coisas e sei lá, não sei. Vaidosa eu nunca fui assim, eu me arrumava assim, mas vaidosa assim nunca fui. Ei fiquei sei lá ... eu não acho que tem alguma coisa errada, eu não acho que, que nem a minha mãe tem depressão, tenho sobrinho que está com, com problema psicológico, a minha outra irmã que em síndrome do pânico, mas ... antes de ver essas coisas eu achava que aquilo era frescura porque eu falava assim: “nossa, gente, né? Como que fica pensando essas coisa?”. Agora você vê dentro da sua família, você entende que

...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... é uma coisa séria. Mas assim, eu acho que eu tenho a cabeça boa porque assim, às vezes eu fico triste, fico triste. Às vezes alguma coisa eu fico com raiva, fico com raiva, mas, sabe? Passou, daqui a pouco eu penso: “não, não é assim que funciona né, não sei o que”. Eu mesma me acalmo, entendeu?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que nem eu fiquei com raiva do, daquele homem, do patrão do meu marido, fiquei com raiva ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... durou uns dois ou três dias, mas depois passou.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Agora eu não tenho mais raiva dele, eu não acho que ele tem que ser punido, sabe? Eu acho que ele tem que ter consciência das coisas que ele fez, né?

Psicóloga: Sim. É ... e aí assim _____ nome, a gente conseguiu avançar um pouco em relação ao que seria a proposta do estudo, mas eu precisaria que a gente pudesse marcar outros momentos.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Como que é para você, você acha que vir semanal é ruim pelo fato de que você depende de alguém que te traga ou você consegue e é possível que a gente marcasse em um outro horário na próxima semana ...

Paciente: Ah, acho que se eu tiver que vir, eu venho. Eu dou um jeito.

Psicóloga: Você conseguiria vir, por exemplo, se a gente marcar na próxima terça neste mesmo horário ou um pouquinho mais cedo?

Paciente: Ah, eu posso vir sim.

Psicóloga: É?

Paciente: Eu venho sim.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Se minha irmã não vir e estiver ocupada, o _____ vem.

Psicóloga: Então eu vou marcar no dia 17 que é na terça-feira. Você acha que às oito você conseguiria chegar?

Paciente: Consigo.

Psicóloga: Tá, vou marcar às oito. E aí esse aqui você pode deixar agendado já, tá?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: E vai ficar registrado como se fosse no segundo andar, aí você abre a ficha no segundo andar e eu faço como foi hoje e a gente vem aqui.

Paciente: Tá.

Psicóloga: Está bom? Então é só para você agendar.

Paciente: Pegar a sacola aqui.

Psicóloga: Sim.

História do desenho da Figura Humana

“É o esposo e ele está esperando, ele não liga é bonzinho. Ele tá bem, tá feliz. Veio de boa vontade”.

Título: Altruísta, companheiro, fazendo companhia.



ANEXO H

Atendimento Participante 3

Psicóloga: E aí a ideia, assim, a gente fez um primeiro atendimento individual lá no comecinho do tratamento quando você veio que foi um atendimento antes de você fazer parte do grupo.

Paciente: Foi.

Psicóloga: E depois eu acho que você conseguiu participar de pelo menos dois grupos ou um pouco mais?

Paciente: Eu acho que foi que eu comecei ... acho que foi três grupos.

Psicóloga: Três grupos que você conseguiu participar, né?

Paciente: Acho que foi três.

Psicóloga: E até a situação de você ter vindo nos atendimentos em grupo, como foi para você, o que você achou?

Paciente: Ah, foi bem interessante porque a gente vê experiências diferentes, vê histórias diferentes da gente, né? A gente pensa que é só a gente que tem problema, gente que ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... tem dificuldade, só que a gente vê que tem pessoas que tem mais dificuldade ainda de lidar com a obesidade, né?

Psicóloga: E aí no tempo que você participou, desse período em que você tem estado mais atenta para essa questão né, do corpo, da questão da de que maneira que você consegue olhar para você, o que você acha que, para você, são dificuldades relacionadas à obesidade, o que você percebe?

Paciente: As dificuldade?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: A dificuldade é mais para caminhar mesmo, né? Porque tem aquele cansaço que você ... você caminha tem aquele cansaço excessivo, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Chega às vezes até a dar uma tontura por causa do cansaço ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... dá falta de ar né, quando caminha.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E agora não, agora com um pouco menos de peso já não é assim, já melhorou.

Psicóloga: Você percebe diferença?

Paciente: Isso, percebo diferença.

Psicóloga: Tá. E aí além dessa questão da locomoção que você está falando né, para caminhar, você acha que teve efeitos né, e mudanças, melhoras em outros aspectos também pelo fato de estar tentando emagrecer?

Paciente: Como assim?

Psicóloga: Além de ajudar no fato de estar caminhando melhor.

Paciente: Ah sim, a disposição também é maior.

Psicóloga: Sei.

Paciente: A disposição para fazer algumas atividades também já é maior.

Psicóloga: Em que situações, assim, que você percebe que está mais disposta?

Paciente: Que nem, por exemplo, na atividade de casa né, porque eu fico mais em casa ... tem as atividades de casa que nem lavar roupa ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... limpar a casa, cuidar das crianças.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: A disposição é maior.

Psicóloga: Uhum. Está mais disposta agora.

Paciente: Isso.

Psicóloga: Uhum. E você está morando com quem?

Paciente: Eu moro no sítio com meu marido, né.

Psicóloga: Tá. Faz bastante tempo que você está casada?

Paciente: Bom, junto com ele já faz oito anos, só que casada no civil mesmo vai fazer cinco anos.

Psicóloga: Ah, entendi. Ao todos vocês estão juntos ...

Paciente: Ao todo oito anos.

Psicóloga: E ele é o primeiro relacionamento estável, como um casamento mesmo de morar junto ...

Paciente: Ah, sim.

Psicóloga: Antes dele não teve nenhum outro parceiro?

Paciente: Não, não teve não, antes dele não. Teve assim namoro assim, mas relação estável mesmo como casamento foi só ele.

Psicóloga: Tá. Como que ele chama?

Paciente: _____.

Psicóloga: Qual que é a idade dele agora?

Paciente: Ele está com _____ anos.

Psicóloga: Uhum. E você está com 37, é isso?

Paciente: 36.

Psicóloga: 36. E vocês tem quantos filhos, _____?

Paciente: Dois.

Psicóloga: Como chamam os filhos?

Paciente: _____.

Psicóloga: Ele está com quantos anos?

Paciente: Ele está com _____.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E _____.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Com _____ anos.

Psicóloga: E aí as duas crianças agora nesse período da pandemia estão em casa?

Paciente: Estão.

Psicóloga: Eles não frequentam escola?

Paciente: Não, estão em casa, tanto é que uma só, um só que estava matriculado né ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... a outra vai começar agora no ano que vem.

Psicóloga: Ah, entendi. E atualmente a renda da família ela vem de que fonte?

Paciente: Do meu marido que trabalha.

Psicóloga: Tá. Ele faz o que?

Paciente: Ele é _____. _____.

Psicóloga: Uhum. A área que vocês moram é área rural?

Paciente: É área rural.

Psicóloga: E aí vocês estão em um sítio que é de vocês ou vocês estão como funcionários?

Paciente: É, como funcionários.

Psicóloga: Como funcionários. Tá. E aí então o seu esposo, ele é _____ para esse espaço onde vocês moram?

Paciente: Isso, isso.

Psicóloga: Você sabe quantos salários ele recebe?

Paciente: Bom, no registro da carteira está R\$1.222,00.

Psicóloga: Tá. Uhum. E tem sido suficiente para vocês quatro, _____?

Paciente: Sim, porque ele tem as horas extras que ele faz né, porque na carteira é R\$1.222,00 ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... só que na verdade ao todo ele recebe R\$1.500,00 né, mais as horas extras chega a uns R\$2.200,00.

Psicóloga: Tá, uhum. Entendi.

Paciente: Está dando para levar.

Psicóloga: Entendi. Você está sem atividade remunerada, sem trabalho atualmente?

Paciente: Estou, estou sim.

Psicóloga: Faz quanto tempo que você não tem trabalhado fora de casa?

Paciente: 8 anos que foi o período ...

Psicóloga: Desde que você casou?

Paciente: Desde que eu me casei com ele.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Desde que a gente se casou a gente só morou no sítio, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: A maioria das vezes só tem serviço para ele.

Psicóloga: Entendi. Você não faz nenhuma atividade, por exemplo, quando tem outras situações ali dentro do sítio ou outras demandas?

Paciente: Não, não. Ainda não né, eu pretendo ver se consigo ano que vem com a minha pequeninha indo para a escola.

Psicóloga: Ah, entendi.

Paciente: Mas por enquanto não.

Psicóloga: E aí você gostaria de fazer o que?

Paciente: Ah, que nem lá, eles trabalham no ... é cultivo de laranja, é no caso ali serviço rural né, serviços gerais.

Psicóloga: Tá, uhum. Antes disso né, de você se casar e de você ficar mais responsável pelas questões de casa e dos filhos você fazia outras atividades fora de casa?

Paciente: Eu trabalhava, eu trabalhava também ... como colher, colheita de laranja, eu trabalhei como empregada ...

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Babá. Eu fazia outras atividades.

Psicóloga: E como era para você esse período que você estava ativa, trabalhando, o que que você achava?

Paciente: Era bom porque tinha né ... você mexia com outras pessoas, não ficava somente no ... não tinha uma vida sedentária, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Tinha ... se movimentava mais, saía mais, né?

Psicóloga: E na época você morava com quem?

Paciente: Com meus pais.

Psicóloga: Com seus pais?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Antes de você se casar então você ficou com seus pais

Paciente: Isso.

Psicóloga: ... foi criada por eles?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Na infância e na adolescência?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Tá. Chegou a estudar algum período da vida?

Paciente: Eu fiz até o ensino médio completo.

Psicóloga: Uhum. E eu sei que você tem uma outra irmã que está em tratamento com a gente que é a _____, né?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: E vocês tem, vocês são em quantos filhos ao todo?

Paciente: Somos em cinco.

Psicóloga: Tá.

Paciente: De pai e mãe, né.

Psicóloga: Tá. E vocês tem irmãos por parte de pai e por parte de mãe?

Paciente: Tem, meu pai tem um por parte de pai.

Psicóloga: Tá. E o seu pai teve filho antes ou depois de casar com a sua mãe?

Paciente: Hmm, depois (risos).

Psicóloga: Depois? Tá. Eles estão separados ou eles estão casados?

Paciente: Não, não, estão casados.

Psicóloga: Tá. São casados e moram juntos até hoje?

Paciente: Isso. São casados e moram juntos até hoje.

Psicóloga: Eles também moram em _____?

Paciente: Moram.

Psicóloga: Sua família é de lá?

Paciente: É, toda de lá.

Psicóloga: Tá. E aí você está em que posição desses filhos, _____? Você é a mais nova ou a mais velha?

Paciente: Hmm, deixa eu ver, tem um ... bom, na verdade foram sete, só que morreram dois.

Psicóloga: Ah, entendi. Tá.

Paciente: Só que vivos são cinco. Eu sou a ... quarta filha.

Psicóloga: Tá. E aí depois de você então tem?

Paciente: Depois de mim tem um mais novo, um menino, um rapaz mais novo.

Psicóloga: Esses irmãos que faleceram, você teve contato com eles?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Você soube o que aconteceu?

Paciente: Bom, a primeira menina acho que morreu com três meses com problema respiratório, acho que foi pneumonia.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E um que morreu logo depois que nasceu com problema cardíaco.

Psicóloga: Tá. E aí foram então, seriam então irmãos mais velhos?

Paciente: Seriam mais velhos.

Psicóloga: E depois que você nasceu então a sua mãe só teve mais uma gestação que foi a desse irmão?

Paciente: Hmm, depois que eu nasci foi só mais essa, foi só mais uma gestação.

Psicóloga: E como que é a relação em casa, com os irmãos, com os pais?

Paciente: É boa. É só com o mais novo que a relação está meio ... distante.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: É, porque teve uns probleminhas lá entre a gente, ainda não estamos lá ... aquela coisa ainda.

Psicóloga: Uhum. Mas foi alguma situação recente?

Paciente: Não, já tem três anos.

Psicóloga: Tá, e ele ...

Paciente: Quer dizer, mais de três anos né, que eu tava grávida da minha menina ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... quando aconteceu.

Psicóloga: O que que houve?

Paciente: Ah, é problema entre, no caso aí, ele, eu chamei ... eu tive problema com o meu marido né, que ele, no começo, há três anos atrás, ele tinha parado de beber, aí ele teve um dia de deslize, né, trabalhando ... aí eu chamei meu pai para levar o carro ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... embora. Esse irmão, meu pai levou ele junto e ele começou a discutir com o meu marido. Aí depois da discussão, tudo, durante a semana, ele tentou ... ele, meu marido estava vindo do serviço de _____ pro sítio ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... com meu menino dentro do carro ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... e esse meu irmão, quando ele estava vindo na direção contrária ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... e jogou o caminhão em cima do carro quase pegando o carro que estava meu marido e meu menino.

Psicóloga: Isso depois da situação que tinha acontecido da discussão entre eles?

Paciente: Isso, depois da discussão entre eles.

Psicóloga: Ah, tá. Uhum.

Paciente: E a relação ainda está ... não converso com ele ainda.

Psicóloga: Tá. Nesse episódio né, assim pelo que você está contando, você acha que ele fez uma tentativa ali de bater o carro, alguma coisa assim, foi isso?

Paciente: Isso, eu acho que foi sim porque meu marido ele chegou a tirar o carro para o acostamento ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... para desviar.

Psicóloga: Tá. E a situação da discussão foi porque motivo, porque que ele discutiu com o seu marido?

Paciente: Por causa dos meninos dele né, porque os meninos dele tem aquela mania assim de ... falaram para ele que meu marido batia neles quando eles iam na minha casa. Inventaram uma intriga, eles fizeram a intriga e ele acreditou e ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e acho que ele aproveitou a oportunidade e jogou tudo para fora, né.

Psicóloga: Tá, uhum. E aí você, essa situação né, assim, ela aconteceu, mas você tinha uma boa relação com o seu irmão ou não, você acha que já tinha uma relação ...

Paciente: Não, não, a gente tinha uma boa relação.

Psicóloga: Ah, é?

Paciente: Tinha sim.

Psicóloga: Vocês eram ...

Paciente: Foi só depois desse episódio mesmo, isolado, que ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... que estremeceu um pouco.

Psicóloga: E como que está isso para você?

Paciente: Eu levo normal, é complicado para eu conversar com ele porque eu ainda não me sinto à vontade para falar com ele.

Psicóloga: Hmm, tem coisas que você gostaria de dizer?

Paciente: Por enquanto não, né? Eu acho que eu não consigo perdoar ele ainda.

Psicóloga: Perdoar do que?

Paciente: Pelo que ele fez, né.

Psicóloga: Hmm. Você está se referindo a que situações exatamente?

Paciente: Do carro.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Do carro.

Psicóloga: Quando você lembra disso, o que que isso desperta, assim, de emoções em você? Estou vendo que você ficou emocionada.

Paciente: (choro). É complicado porque é meu marido.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E meu irmão.

Psicóloga: Sim, sim.

Paciente: (choro).

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: A gente fica em dúvida né, fica dividida, né.

Psicóloga: Dividida. Uhum.

Paciente: É. (choro). E triste ao mesmo tempo né, magoada ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... pelo que ele fez.

Psicóloga: Sei. E aí em nenhum momento você conseguiu falar com ele inclusive sobre isso, sobre o porquê que ele teve essa atitude?

Paciente: Eu não consigo fala com ele.

Psicóloga: Não consegue. Uhum.

Paciente: A mágoa ainda é muito grande.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: (choro).

Psicóloga: Porque pelo que você está contando, faz um tempo também, né?

Paciente: Faz, faz três anos.

Psicóloga: Sei, uhum. E aí como tem sido, assim, os dias nesses três anos quando você se depara com essa situação? De estar dividida, né?

Paciente: É, é complicado, né? É aquela visão, ele é meu irmão e ele é meu marido.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E meu filho estava junto.

Psicóloga: Sei, uhum.

Paciente: Aí eu penso se ele, se meu marido não tivesse conseguido desviar ...

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: (choro). Isso que eu penso na hora.

Psicóloga: Sei, uhum, uhum.

Paciente: Se ele tivesse conseguido fazer o que ele tinha a intenção aquele dia (choro).

Psicóloga: E acho que até assim ... que motivos ele tinha para fazer isso, né?

Paciente: Então, foi sem motivo nenhum.

Psicóloga: Aham, você acha que ele não tinha motivos para agir desse jeito?

Paciente: Não, porque ... foi por causa de uma, do que o menino dele falou.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E ele acreditou nos meninos dele.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E foi isso.

Psicóloga: E aí o fato né, dos filhos dele, seus sobrinhos, terem criado essa situação com essa história de falar da agressão, isso tem algum motivo, tem algum fundamento?

Paciente: Não tem, não tem. O meu marido, ele não é capaz de erguer a mão para ninguém.

Psicóloga: Sei, sei.

Paciente: Para ninguém.

Psicóloga: Em nenhuma situação eles viram isso acontecendo, mesmo não sendo com vocês, mas dele ficar bravo com alguém ...

Paciente: Não, nunca.

Psicóloga: Dele ter sido mais ríspido com outra pessoa?

Paciente: Nunca.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Nunca.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu até brinco com meu marido: “que você é ... outro que nem você não existe”.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Ele é de uma calma, de uma paciência.

Psicóloga: Sei, uhum.

Paciente: Que não tem fundamento o que aconteceu, porque o motivo que ele achou que aconteceu aquela vez.

Psicóloga: E acho que ... parece que fica essa pergunta no ar, né?

Paciente: Então.

Psicóloga: O que que houve afinal, né?

Paciente: Qual foi na verdade o real motivo daquela vez?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Esse que é o problema.

Psicóloga: Aham, aham, aham.

Paciente: Que começou uma discussão entre ele e o vô.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Né? Uma situação para justificar, para tirar satisfação do que os filhos dele disseram para ele.

Psicóloga: Sei. Aham, uhum.

Paciente: Né? Esse que, esse que é o problema, essa que é a dificuldade de entender.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí depois de tudo ele ainda vai e fez o que fez.

Psicóloga: Uhum. E o seu marido viu que era ele ...

Paciente: Viu.

Psicóloga: ... que estava em direção oposta.

Paciente: Viu.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Viu.

Psicóloga: E aí quando você decide então né, até por não conseguir mesmo conversar com o seu irmão que tem a ver com esse motivo, ele sabe disso, então? Ele sabe que seu marido sabe que foi ele que estava dirigindo?

Paciente: Sabe, sabe.

Psicóloga: Ele sabe?

Paciente: Sabe.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Sabe.

Psicóloga: Isso foi dito então? De que então o motivo de vocês não conversarem tem a haver com essa cena que aconteceu, então?

Paciente: Então ... isso é algo que eu estou falando para você, eu não cheguei a conversar com ninguém, eu converso só com meu marido.

Psicóloga: Tá. Ninguém da família soube disso?

Paciente: Não, não, ninguém da família sabe.

Psicóloga: Por que?

Paciente: Meu pai, meu pai soube, porque na hora eu liguei para tirar a dúvida, né.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E meu irmão que trabalhava com ele disse que ele estava, ele tinha feito entrega, tinha ido fazer entrega para aquela região.

Psicóloga: Ah, entendi.

Paciente: Por isso que não tenho dúvida que foi ele. Meu marido viu, meu pai sabia que ele estava lá, meu irmão que trabalhava com ele na hora viu a nota e a direção que ele ia

...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... o lugar onde ele ia.

Psicóloga: Ah, entendi. Tá. Você acabou fazendo essa checagem ...

Paciente: Isso.

Psicóloga: ... meio que por fora, assim ...

Paciente: Foi.

Psicóloga: ... não diretamente com ele.

Paciente: Não diretamente com ele.

Psicóloga: Tá, uhum. E entre um episódio e outro você disse que passou uma semana, foi isso? Foram poucos dias?

Paciente: Foi na mesma semana.

Psicóloga: Foi na mesma semana.

Paciente: Foi na mesma semana.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: O ocorrido da discussão foi no sábado e quando foi no meio da outra semana aconteceu isso.

Psicóloga: Tá, uhum. Na situação onde teve a discussão você estava presente?

Paciente: Estava, estava.

Psicóloga: E aí? Como que você ficou quando estava acontecendo?

Paciente: Ah, fica meio nervosa, né? E eu estava grávida.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Né, eu fiquei bastante nervosa.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Por que aí era um querendo bater no outro, um segura ... eu seguro meu marido e os outros segurando meu irmão e ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... foi aquela discussão.

Psicóloga: Isso trouxe alguma repercussão para você na sua gestação, na época?

Paciente: Não, não. Foi até ... minhas gestações todas elas foram tranquilas, só mesmo esse episódio mesmo que foi mais difícil né, que foi um episódio isolado, né?

Psicóloga: Uhum, uhum. Você não teve outras experiências estressantes durante as suas gestações, então?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Mesmo de você ter tido complicações durante a gestação?

Paciente: Não, não, não tive não, foi só na primeira que no último mês de gravidez eu tive pré-eclâmpsia, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas fora isso, foi bem tranquilo as duas gravidezes.

Psicóloga: Tá, mesmo tendo pré-eclâmpsia você teve o parto tranquilo, não teve ...

Paciente: Foi cesariana né, que eu tive ele aqui.

Psicóloga: Tá, entendi.

Paciente: Tentaram induzir o parto normal só que eu não tenho dilatação.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí foi feita a cesariana.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Dos dois.

Psicóloga: E aí, assim como você está contando dessa situação que parece que ela mobiliza bastante né, apesar do tempo parece que ela mexe com você como se ela fosse atual ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... como se ela fosse presente, né? Como se isso tivesse acontecendo agora né, então parece que isso está muito vivo em você e aí talvez até pelo fato de que parece que não se resolveu, né?

Paciente: Uhum, é.

Psicóloga: Te ocorre assim, em algumas situações, possibilidades de como é que seria uma tentativa de resolução desse conflito, quando você pensa sobre isso ou quando você fala disso?

Paciente: Eu ainda não vejo nenhuma possibilidade ainda.

Psicóloga: É? E o seu irmão também ele não faz nenhuma ...

Paciente: Ele já até tentou ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... mas

Psicóloga: Ele tentou o que?

Paciente: Conversar comigo, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: A gente teve uma reunião, no dia, acho que foi no dia das mães ... no aniversário da minha mãe ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... ele até tentou puxar conversa envolvendo meu pai, meu irmão, meu outro irmão ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... só que eu não consegui.

Psicóloga: Uhum. Ele chegou a puxar conversa com você?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Tá. O que que ele disse que você lembra?

Paciente: Não, foi só uma coisa rápida, foi chamando ali para ir conversar com eles, para resolver alguma coisa que eles estavam se envolvendo, em uma conversa que eles estavam.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Os três juntos.

Psicóloga: Aham. E aí como que é carregar essa informação né, _____, porque parece que é uma questão também de que houve essa cena, essa situação toda e aí, isso de não dizer para ninguém, de não compartilhar com ninguém, como que você está com isso aí?

Paciente: Não, só com meu marido mesmo que eu converso.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Não, os outros da família sabem.

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: Sabem do ocorrido.

Psicóloga: Ah, entendi.

Paciente: Eles sabem, só que não souberam por mim, né, souberam pelos outros, né.

Psicóloga: Ah, tá. Uhum, uhum.

Paciente: Mas eles sabem o que aconteceu.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E eles sabem que eu ainda não converso com ele, tanto é que eles não forçam um proximidade entre eu e ele.

Psicóloga: Tá, uhum. E até então você tem algum dos irmãos a quem você é mais próxima?

Paciente: Tenho a _____.

Psicóloga: A _____ que você é ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... tem mais contato com ela no fim.

Paciente: É, a _____.

Psicóloga: Tá. Ela é mais velha ou mais nova que você?

Paciente: Ela é mais velha do que eu.

Psicóloga: Tá, uhum. Então dos irmãos ela que é a pessoa que está mais próxima?

Paciente: Isso, que eu converso mais vezes.

Psicóloga: Uhum. E com seus pais, algum deles você tem mais afinidade, que é mais próxima?

Paciente: Eu converso mais bem mesmo com o meu pai, porque ... principalmente por causa das crianças né, ele gosta bastante dos meus meninos, das minhas crianças.

Psicóloga: Tá.

Paciente: É mais com ele mesmo.

Psicóloga: Mais próxima do seu pai?

Paciente: Com a minha mãe também só que conversar, conversar mesmo é mais com o meu pai, né.

Psicóloga: Tá. Como que é a sua relação com a sua mãe?

Paciente: É boa, é uma relação boa, bem próxima.

Psicóloga: Mas você acha que tem diferenças da maneira como você consegue se relacionar com o seu pai?

Paciente: Ah, sim.

Psicóloga: O que que muda?

Paciente: Porque minha mãe ela é mais fechada, né.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Não sei se é por causa da epilepsia que ela tem, mas ela ...

Psicóloga: Por causa do que?

Paciente: Ela tem epilepsia.

Psicóloga: Ah, tá. Sei.

Paciente: Né, ela muda de humor de uma hora para outra.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Né, não sei, ela é mais reservada, ela não é muito de conversar também.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Agora meu pai não, meu pai já conversa mais, já é mais extrovertido.

Psicóloga: Tá. E a associação que você faz da epilepsia com a mudança do humor da sua mãe é por que, assim?

Paciente: Não, é que o problema dela, o médico já disse para o meu pai, né ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... que teria mudança de humor de uma hora para outra por causa da epilepsia, né.

Psicóloga: Ela faz algum tratamento?

Paciente: Faz, faz, ela toma remédio. Ela até faz aqui que ela veio em consulta mês passado só que acabaram cancelando a consulta e acabou não passando na neurologia.

Psicóloga: Tá, entendi. E faz bastante tempo que ela tem esse funcionamento?

Paciente: Ah, faz.

Psicóloga: Assim, bastante tempo que ela sabe que tem epilepsia, por exemplo?

Paciente: Faz, faz tempo.

Psicóloga: Tá, desde quando você ainda morava com ela?

Paciente: Ixi, bem antes.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Bem antes que ela já tem _____.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ela tem 65 anos, eu era criança e ela já sabia que tinha o problema.

Psicóloga: E seu pai? Qual que é a idade dele?

Paciente: Meu pai ele tem _____.

Psicóloga: E você disse que ele tem um outro filho?

Paciente: Tem, tem um fora do casamento.

Psicóloga: E aí, como é que foi isso para vocês quando vocês souberam ou foi ele que contou, como foi?

Paciente: Não, ele contou ... eu não lembro muito porque eu era criança, né?

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: Mas a relação com ele é normal, é boa a relação com ele.

Psicóloga: A sua mãe em nenhum momento quis se separar por conta dessa questão de que ele tinha ...

Paciente: ... quando ela descobriu que ele tinha outra mulher ela até ficou um período separada dele, só que aí acabou voltando.

Psicóloga: Uhum. E aí ele não teve, ele manteve o casamento, não teve relação com essa ... com a família com que ele teve esse filho?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Tá. Esse ...

Paciente: Teve, acho que algum período ... muito pouco acho que quando ele era criança.

Psicóloga: Tá, uhum. Atualmente ele é adulto então?

Paciente: É, adulto, já tem mais de _____.

Psicóloga: Vocês têm convivência com ele?

Paciente: Convivência, convivência não. O que eu vejo ele de vez em quando né, quando dá certo.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Dá, tem a oportunidade de ver, a gente se vê, mas ele convive mais com o meu pai, né.

Psicóloga: Ah, entendi. Tá.

Paciente: Meu pai, os meus irmãos que moram lá na cidade.

Psicóloga: Aham, uhum. É um filho homem então?

Paciente: É, é. É homem.

Psicóloga: Tá, entendi. E aí assim, _____, você acha que essa questão da família né, enfim, você percebe se, estou perguntando até pelo fato de você ter uma irmã que também está em tratamento, né?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Como que é essa questão da obesidade, como é que isso de alguma maneira você acha que isso está presente em outras pessoas da família também?

Paciente: É que dizem que é ... a obesidade, a tendência a engordar passa de geração em geração, isso já não sei se é verdade.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Mas meu pai, ele também é acima do peso, a minha mãe também, em torno de 100 quilos ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... entre 90 e 100 quilos. Tem um outro irmão também que também o peso, é acima do peso.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então a maioria dos meus da família é acima do peso.

Psicóloga: Tá, tem outras pessoas da família ...

Paciente: Tem, tem. É só um irmão mais velho mesmo que ele é magro.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas é só ele, os outros é tudo um pouco acima do peso.

Psicóloga: E aí alguns além de você e da _____ né, que estão aí à procura de tratamento, outros irmãos também estão de alguma maneira ...

Paciente: Não, não, não. Ele, tem um que faz o tratamento só que é para diabetes ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... que ele descobriu recentemente que tem diabetes.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E toma remédio para isso. Mas é só esse.

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí em relação a você é desde quando que você se percebe com sobrepeso? Em que momento que isso se tornou uma questão para você?

Paciente: Ah, desde pequena, né? Eu sempre fui, desde pequeninha eu sempre fui meio cheinha, né.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Desde pequeninha.

Psicóloga: Você lembra com quantos anos?

Paciente: Ah, criança mesmo. Só que o período de mais gorda mesmo foi mais na adolescência, né.

Psicóloga: Aham.

Paciente: A partir dos 12, 13 anos, eu acho.

Psicóloga: Por que, você faz a relação com alguma situação?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Alguma mudança importante que você tenha vivido nessa etapa do desenvolvimento né, 12, 13 anos?

Paciente: Que tipo de mudança?

Psicóloga: Situações que você tenha vivido, questões da família ou da vida, de escola ...

Paciente: Ah, não, não, sempre fui normal.

Psicóloga: Hmm. O que que você acha que foi normal?

Paciente: Não, a ... a vida né, a minha convivência em família, a escola, sempre fui normal.

Psicóloga: Tá. Você não teve nenhum ano que repetiu de série, por exemplo?

Paciente: Ah, eu repeti no terceiro ano do ensino, do primário, né.

Psicóloga: Hmm. O que que houve?

Paciente: Ah, eu acho que ... agora para lembrar agora é meio difícil, né?

Psicóloga: Você lembra que repetiu, é isso?

Paciente: Sim, isso eu sei que eu repeti o ano.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas foi um ano só.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Foi um ano só, eu lembro que eu repeti, agora o motivo ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... aí já não vem na cabeça.

Psicóloga: E você gostava de estudar?

Paciente: Eu gostava de estudar.

Psicóloga: É?

Paciente: Gostava de estudar.

Psicóloga: A escola você acabou concluindo porque você fez sequência um ano após o outro?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Você chegou a interromper a escola em algum período?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá, você concluiu o ensino médio porque ...

Paciente: Conclui.

Psicóloga: ... você foi fazendo até ...

Paciente: Isso, desde a creche né, desde pequeninha, nenezinha na creche, o pré, o primário e tudo até o ensino médio.

Psicóloga: E aí você sabe então que você ficou na creche durante um período?

Paciente: Sei, sei, eu fiquei na creche até os 6 anos de idade.

Psicóloga: Tá. E aí a questão de você estar frequentando a creche, qual que era?

Paciente: Minha mãe trabalhando né, meus pais trabalhavam e aí eu frequentava ... e ela me colocou na creche.

Psicóloga: Tá. Outros irmãos também frequentavam?

Paciente: Outros também frequentavam só que completar mesmo o pré, a pré-escola na creche foi só eu.

Psicóloga: Por que?

Paciente: Acho que porque os outros, ele não tinham ... acho que não tinha uma boa relação, eles choravam bastante, não gostavam de ir.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: E acho que aí a minha mãe acabou tirando.

Psicóloga: Tá. E aí com quem ficava os outros filhos?

Paciente: Com meu irmão mais velho.

Psicóloga: Ele é muito mais velho que você?

Paciente: Ah, ele já tem uns ... acho que 45 ou 46 anos.

Psicóloga: Tá. Então ele tem mais ou menos uns 10, 11 anos ...

Paciente: Mais ou menos.

Psicóloga: ... de diferença de você.

Paciente: Uhum, mais ou menos.

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí então você percebe que na adolescência teve ali uma mudança importante em relação ao sobrepeso?

Paciente: É, porque começou a sobrepeso mesmo começou mais depois que eu menstruei, né?

Psicóloga: Ah, você acha que tem um pouco a ver com isso?

Paciente: Isso, eu menstruei eu comecei ... aí começou o sobrepeso.

Psicóloga: O que você acha que aconteceu?

Paciente: Não sei porque eu menstruei com 15 anos.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí eu já não sei o que foi que aconteceu.

Psicóloga: Tá, mas você percebeu que foi a partir daí que teve alguma mudança?

Paciente: Isso, eu comecei a ter mais peso.

Psicóloga: Hmm. Como foi para você menstruar?

Paciente: Ah, foi estranho né, porque ... do nada né, que eu não conversava com a minha mãe.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí eu mesma, eu vi que veio né, que eu menstruei, eu mesma providenciei absorvente, essas coisas.

Psicóloga: Não conversava com ela sobre isso?

Paciente: Não.

Psicóloga: Sobre questões de sexualidade, por exemplo?

Paciente: Também não.

Psicóloga: Não? Conversava com alguém?

Paciente: Hmm, não. Sobre sexualidade com a minha irmã.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Né, que a minha primeira relação ... na minha primeira relação eu tive com acho que 21 anos.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu conversei com uma estranha e não com a família né, que eu tinha mais amizade.

Psicóloga: Ahn, mas você conversou com a sua irmã e com uma pessoa estranha, foi isso?

Paciente: Isso, foi minha, uma amiga que eu tinha da igreja.

Psicóloga: Tá, uhum, uhum.

Paciente: Mas era só com elas mesmo.

Psicóloga: Tá. E aí essa questão então da menstruação, dessa mudança do corpo, como foi para você ir vivendo essas mudanças todas?

Paciente: Ah, depois que veio a menstruação já foi mais normal, né?

Psicóloga: Hmm, você sabia o que estava acontecendo?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Você sabia o que que era menstruação, por exemplo?

Paciente: Sabia, sabia.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Só foi um susto porque foi de repente né, que até os 15 anos eu não tinha, não tinha vindo ainda, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Até os 15 não tinha vindo nada ainda.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E geralmente dizem que é em torno de 11, 13 anos, mas a minha veio com 15.

Psicóloga: E você tem mais uma irmã ou mais duas?

Paciente: Tenho mais uma que é a _____.

Psicóloga: Só a _____ que é mulher, os outros são homens? E aí com a _____, pelo fato dela ser um pouco mais velha que você, você conversava com ela sobre isso, por exemplo?

Paciente: Não, não. Não.

Psicóloga: Tá, de como que era ...

Paciente: Por que aí ela já tinha ... ela já estava casada, né?

Psicóloga: Tá, então só você que estava morando na sua casa com os pais ainda?

Paciente: Isso, eu e os meus irmãos, o mais novo e tinha um outro mais velho que eu.

Psicóloga: Uhum. Mas é interessante que parece que você faz alguma relação aí com o fato de você ter tido a menarca né, a primeira menstruação, e a mudança do corpo.

Paciente: Hmm.

Psicóloga: O que será que houve, por que que você faz uma relação entre essas duas coisas?

Paciente: Ai, isso eu já não sei explicar.

Psicóloga: Como é que você ficou com essa questão que estava acontecendo com o seu corpo, né?

Paciente: Ai eu já não sei explicar para você.

Psicóloga: Uhum, uhum. Mas você percebe que estava mudando?

Paciente: Estava, isso eu percebi que estava mudando.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Agora eu já não sei explicar para você como ...

Psicóloga: Você tem alguma hipótese, alguma ideia?

Paciente: Oi?

Psicóloga: Tem alguma ideia ...

Paciente: Não. Eu já não sei explicar.

Psicóloga: É, e você disse que logo que você percebeu que estava menstruando, você que providenciou as coisas, né?

Paciente: Isso.

Psicóloga: E aí, como é que foi isso para você?

Paciente: Ah, a gente fala que é normal, né? Mas ... é complicado, porque não tem a ... você não tem coragem né, você até sente um pouco de vergonha de falar com a mãe, tanto é que a minha mãe ela era mais ... ela já não tinha, também não tinha mais essa, não tinha como ... liberdade para falar também, né? Não tinha liberdade para conversar.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ela não era, nunca foi de falar essas coisas com a gente.

Psicóloga: Tá, uhum.

Paciente: Tá, não sei porque também que ela nunca tinha liberdade.

Psicóloga: Sim, aham.

Paciente: Mas ... eu providenciei eu mesma me virei porque ... veio minha irmã, minha irmã já tinha vivido, já tinha feito, ela mesma providenciava para ela, tudo.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E é isso.

Psicóloga: E a sua mãe ...

Paciente: Não sei explicar ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... exatamente como.

Psicóloga: Tá. E aí o fato de vocês não conversarem, você percebia que a sua mãe não tinha muita liberdade, mas ela soube, você chegou a contar para ela?

Paciente: Soube, soube, eu cheguei a contar.

Psicóloga: Tá, e aí? Como foi a reação dela, você lembra de alguma coisa?

Paciente: Ah, a reação dela foi normal, ela ... ela perguntou né, ela falou que tinha que mudar, tinha no caso aí que sempre né, manter a higiene né, enfim quando vier sempre carregar absorvente dentro da bolsa quando ia para a escola, né.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Quando ainda estudava. E foi isso, esse tipo de orientação.

Psicóloga: Uhum, uhum. Foi a maneira como ela reagiu ...

Paciente: Isso.

Psicóloga: ... mas sem muitas ...

Paciente: Isso.

Psicóloga: ... sem muitas explicações também.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Tá. E aí nessa época como você disse que a partir dos 15 anos você percebe uma certa mudança no corpo, você acha que mudou quanto assim? Ou de que, qual foi a proporção de aumento de peso que você foi percebendo?

Paciente: Ah, não foi aquela explosão, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Foi indo aos poucos.

Psicóloga: Tá. E aí além da questão de estar ligado à justificativa que você contou um pouco ...

Paciente: Só que na ... desculpa.

Psicóloga: Imagina. Diga.

Paciente: Só que na verdade o estouro, a explosão do sobrepeso veio mesmo na minha primeira gravidez que eu me casei eu tinha 115 quilos.

Psicóloga: Aham, uhum.

Paciente: Né? Na minha primeira gravidez eu engordei uns 40 quilos.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Na minha primeira gravidez.

Psicóloga: E o que você acha que houve?

Paciente: Eu acho que o fato de não trabalhar né, de sempre ... porque eu engravidei antes de me casar, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu fui morar com o meu marido grávida.

Psicóloga: Sei. E foi uma escolha ir morar com ele?

Paciente: Foi, foi uma escolha.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Não foi só por causa da gravidez.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Foi porque eu quis, a gente escolheu ir morar junto.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Então e antes disso eu trabalhava.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Né? Mantinha o peso em 100, 115 quilos.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Mantinha.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Só que aí eu tive que parar de trabalhar porque ele arrumou emprego só para ele né.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Tinha trabalho só para ele e a gente foi morar no sítio e aí não trabalhei mais. Aí eu só ficava dentro de casa.

Psicóloga: E aí essa mudança que foi assim, pelo que você está contando, ela foi de repente a mudança, por exemplo, soube que estava grávida, daí já largou o trabalho ...

Paciente: Não, não, não, a gente soube ... eu engravidei em maio, eu fiquei, eu soube acho que em junho. Maio, junho eu desconfieei, né? Começou a ter os sintomas.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Em agosto a gente foi morar junto.

Psicóloga: Tá, e foi em agosto que houve essa questão então de você parar de trabalhar?

Paciente: Isso, foi, porque daí eu parei no mês de julho, no finalzinho do mês de julho e aí quando foi dia 18 de agosto a gente foi morar junto.

Psicóloga: Tá. Aham. Então já tinha passado um tanto aí da sua gestação, né?

Paciente: Já, já tinha, eu já estava acho que com uns três meses, quatro.

Psicóloga: Tá. E aí você percebe que esse processo de explosão como você está dizendo né, ele aconteceu a partir do momento que você interrompe o trabalho e que vai morar com o marido?

Paciente: Isso, porque daí fica só dentro de casa, né? Fiquei só ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... não tinha trabalho para mim.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E foi a vida dentro de casa mesmo.

Psicóloga: Mas o que que proporcionou aí essa mudança em relação ao corpo, em relação à obesidade, por que que ficar em casa trouxe isso como um efeito, o que que você acha?

Paciente: É porque a gente fica em casa e começa a ter uma vida sedentária, né? Começa a comer além da conta ...

Psicóloga: Além da conta?

Paciente: Né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E acho que não vai ter consequências, né?

Psicóloga: Tá, uhum. E o fato de ter engravidado, era um desejo, _____?

Paciente: Bom, a gente queria engravidar, a gente queria.

Psicóloga: Vocês já estavam no relacionamento há algum tempo?

Paciente: Já, a gente estava já fazia acho que cinco meses que a gente estava junto.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Namorando.

Psicóloga: Namorando. Tinha então de alguma forma, você quando soube que estava grávida, como é que foi a sua reação, como foi isso para você?

Paciente: Ah, foi um susto.

Psicóloga: Foi um susto? Ahn.

Paciente: Apesar da gente já estar tentando, a gente já tinha falado né, de engravidar ... só que foi um susto né, foi de repente, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: De repente não foi porque a gente já estava tentando, né? Aí a gente, começou a vir os sintomas, né? Como era a primeira gravidez eu não sabia de nada ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... até confirmar ficou aquela dúvida.

Psicóloga: E era um relacionamento de pouco tempo né, você disse que vocês estavam há cinco meses juntos.

Paciente: É, foi uma relação de pouco tempo que eu conheci ele no comecinho de 2012.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Né? Aí fevereiro a gente começou a namorar.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Um mês depois a gente começou a namorar. Aí em maio eu engravidei.

Psicóloga: Tá. Foi de fevereiro para maio foram mais ou menos uns dois meses.

Paciente: Uns dois meses.

Psicóloga: Tá, foi bem rápido pelo visto. O que fez com que você considerasse ser mãe né, ou de que você considerasse ter um filho naquele momento do relacionamento que você estava vivendo com o seu marido?

Paciente: Ah, eu acho que é por ele, pelo sentimento que tinha, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Eu tive quatro namorados antes dele.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Né? Com ele foi diferente.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Né? Com ele, com os outros ... com os outros não tinha aquele sentimento de construir uma família.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí com ele já foi diferente.

Psicóloga: Aham, tá.

Paciente: Ele está ali fora.

Psicóloga: É isso que eu ia dizer, tanto que vocês estão juntos durante todo esse tempo né, tiveram mais um filho inclusive ...

Paciente: Tivemos mais um.

Psicóloga: E aí hoje você acha que a relação é uma relação da qual você se sente satisfeita, _____?

Paciente: É a mesma relação desde o começo.

Psicóloga: Hmm. Como é que você avalia a relação?

Paciente: Ah, como assim? Nota ou não?

Psicóloga: Não, como você percebe a relação de vocês né, o que você consegue dizer ou de como é para você estar neste relacionamento, que coisas que você ...

Paciente: Ah, nossa, eu amo meu marido.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: A relação que a gente tem é uma relação de companheirismo ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... um com o outro.

Psicóloga: Aham, aham. Você acha que ele é uma fonte de apoio para você?

Paciente: Ah, ele é.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Ele é.

Psicóloga: Uhum. É uma pessoa presente?

Paciente: Bastante.

Psicóloga: E aí desde que vocês morar juntos nesse sítio vocês estão no mesmo lugar até hoje?

Paciente: Não, a gente ficou 5 anos lá, agora a gente está em outro.

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: Já faz três anos ...

Psicóloga: Ah.

Paciente: ... que a gente está em outro.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Em outra fazenda.

Psicóloga: E aí tem períodos de crise do relacionamento?

Paciente: Não, não teve. A gente ... você pode acha que é mentira, mas a gente não teve crise nenhuma nesse período.

Psicóloga: Até o fato de você perceber que teve mudanças importantes para você né, isso de você dizer inclusive que interrompeu a atividade de trabalho, ficou mais em casa ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... cuidando dos filhos mais sedentária, até de observar que teve uma mudança no próprio corpo, você acha que isso trouxe algum impacto para o relacionamento?

Paciente: Não, não, porque a relação que a gente tem é a mesma desde o começo.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Não mudou nada.

Psicóloga: E aí quando você fala que é a mesma, quer dizer o que?

Paciente: Que no caso aí a relação, no caso ... o sentimento dele, a mudança de sentimento dele ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... é o mesmo.

Psicóloga: Por você, o que você poderia dizer por você?

Paciente: Por mim?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Por mim é a mesma coisa, o mesmo sentimento que eu tinha quando comecei a namorar com ele ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... é o mesmo até hoje.

Psicóloga: Tá. Não aumentou?

Paciente: Bom, aumentar sempre aumentar, né? Mas a relação, o sentimento ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... o companheirismo, o respeito, o amor que tem entre eu e ele ...

Psicóloga: Aham, uhum.

Paciente: Né, no caso aí só aumenta né, como ...

Psicóloga: Sei.

Paciente: ... a gente fala que é o mesmo, o mesmo fica naquela mesma linha, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Mas o sentimento, o companheirismo, o respeito só aumenta dia a dia.

Psicóloga: Por que tem situações assim da sua vida que você acha que você se sente desse jeito como se tivesse igual, como se as coisas não mudassem, como se as coisas estivessem na mesma linha, você acha que tem situações na sua vida que ficam assim, que trazem essa sensação? De estar da mesma forma, do mesmo jeito ...

Paciente: Bom, com relação ao meu casamento não.

Psicóloga: Tem outras áreas né, da sua vida, que você acha que isso acontece?

Paciente: Ah, como? Não entendi.

Psicóloga: Por que ... há um pouco de uma certa expressão né, quando a gente diz: “está a mesma coisa”.

Paciente: Ah, tá.

Psicóloga: Você acha que de alguma forma você tem áreas da sua vida que você sente que fica desse jeito como você diz: “ah, tá na mesma linha”, como se estivesse sempre a mesma coisa, tudo igual.

Paciente: A gente fala a mesma coisa por causa da gente ... acho que entende, a gente fala que é a mesma coisa porque acho que não muda muita coisa, né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: A gente, acho que é hábito, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: De falar continua na mesma, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E eu acho que é isso.

Psicóloga: Uhum. E tem coisas que você gostaria que fossem diferentes hoje, de como está organizada a sua vida, de como as coisas estão acontecendo, que você gostaria que fosse de outro jeito ...

Paciente: Não ... com relação a que, em que áreas?

Psicóloga: O que você identifica. Tem alguma área da sua vida que você queria que fosse diferente, que estivesse de outro jeito?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Da forma como as coisas estão hoje você acha que gostaria que ficassem do mesmo jeito, da mesma maneira?

Paciente: A gente sempre quer que melhore né, mas a estabilidade a gente ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... eu acho que do jeito que está por enquanto está bom.

Psicóloga: Tá. Pensando em você particularmente, como pessoa, como mulher né, você tem áreas da sua vida que você gostaria que melhorassem, que fosse diferente de como está hoje, de como você se vê, né?

Paciente: Que tipo? Como assim?

Psicóloga: Se tem alguma área da sua vida que você gostaria que fosse diferente ... pensando em você, né? Em como você se vê como mulher ...

Paciente: Como mulher? Como mulher eu estou ... vamos dizer assim, realizada, né?

Psicóloga: Está realizada?

Paciente: Eu não estou entendendo a sua pergunta ... sinceramente eu não estou entendendo a sua pergunta.

Psicóloga: Não, eu disse assim, se você hoje, pelo que eu entendi, você colocou que no casamento você estava sempre satisfeita ...

Paciente: Isso, sim.

Psicóloga: ... que você percebe que né, ao longo dos anos vocês foram construindo uma relação que tem se mantido de uma forma que te traz satisfação, que você está bem, né?

Paciente: Isso.

Psicóloga: E aí você disse: “ah, mas a gente sempre espera que melhore” né, então pensando em você, particularmente, pessoalmente, já que no casamento está tudo bem, você acha que da forma como as coisas estão você tem ficado satisfeita, você como mulher, particularmente, tem coisas que você gostaria que fossem diferentes na sua vida ou que você gostaria que mudassem, que você gostaria que fosse de outro jeito ...

Paciente: Em situação ou com relação ao corpo?

Psicóloga: Nessas duas coisas, o que você acha?

Paciente: Ah, com relação ao corpo, é claro, a diminuição de peso, né?

Psicóloga: Por que? Qual que é a questão de perder peso?

Paciente: Mais para manter a saúde, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Disposição.

Psicóloga: Hoje a saúde para você ela significaria o que? O que é um corpo saudável? Um corpo com saúde, né?

Paciente: Bom, um corpo com saúde ... bom, eu acho que sou saudável ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... apesar do peso.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Que os exames que eu fiz que tem aqui deu tudo normal.

Psicóloga: Tá, aham.

Paciente: Né?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Bom, mas ... agora fica difícil.

Psicóloga: E aí é só a questão do corpo que você gostaria que fosse diferente?

Paciente: Isso, isso. Que às vezes a gente se olha no espelho ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... por mais que o marido fale que para ele está bom, às vezes você não se sente à vontade, contente com o próprio corpo.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Por se olhar no espelho e ver um corpo tão grande, vamos dizer assim.

Psicóloga: E ao longo do tempo conforme foi mudando seu corpo né, você conseguiu acompanhar essa mudança, _____?

Paciente: Como assim?

Psicóloga: Você conseguiu perceber que estava mudando o corpo ao longo do tempo?

Paciente: Ah, sim, sim.

Psicóloga: Ou você acha que não ...

Paciente: Que teve um período que eu ... que eu era, que eu fui bem magra, que eu emagreci bem ...

Psicóloga: Ah, é?

Paciente: ... era bem visível.

Psicóloga: Quando foi isso?

Paciente: Ah, já faz tempo, foi acho que em ... acho que foi em 2004, 2005. Que por causa da minha religião, tem um departamento dela que trabalha com venda de livros, com abordagem que fala, né? Aí eu fui para _____.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Eu fiquei acho que uns seis meses lá, tinha que andar bastante, andava pela cidade ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... nesse período eu afinei bastante.

Psicóloga: Tá.

Paciente: é bem visível a diferença.

Psicóloga: Você acha que foi o fato de ficar mais ativa fisicamente?

Paciente: Isso, isso.

Psicóloga: Ou você chegou a fazer alguma mudança mais radical?

Paciente: Não, não, foi só atividade na parte ativa mesmo, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Que eu andava bastante.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Eu andava bastante.

Psicóloga: Qual que era a questão de andar bastante relacionada à religião?

Paciente: É que eu vendia livros, né?

Psicóloga: Ah, tá.

Paciente: Eu vendia livros ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... de porta em porta.

Psicóloga: Entendi. Uhum.

Paciente: Eu andava bastante mesmo, o dia inteiro.

Psicóloga: Tá. E aí você ficou nessa atividade bastante tempo?

Paciente: Fiquei acho que uns seis meses, mais ou menos.

Psicóloga: E aí nesse período você morou em _____, então?

Paciente: Morei em _____.

Psicóloga: Lá você morava com alguém?

Paciente: Era uma colônia, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Era uma colônia.

Psicóloga: Qual que é a religião?

Paciente: Adventista de sétimo dia.

Psicóloga: Tá. Você ainda frequenta a religião?

Paciente: Não regularmente, mas eu ainda vou.

Psicóloga: Tá, naquela época você acha que era mais assídua?

Paciente: Era, era, porque eu frequentava, eu era muito que da igreja, só que eu afastei da igreja já tem acho que uns seis anos mais ou menos, sete, oito anos mais ou menos.

Psicóloga: Foi mais ou menos coincidindo com o seu casamento?

Paciente: Não, foi antes, acho que foi do primeiro ... do terceiro namorado que ele não era da igreja, né.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Aí, a gente, aí eu acabei me afastando da igreja.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Mas a frequência não é mais a mesma, mas ei ainda vou.

Psicóloga: Tá, tem alguma característica dessa religião que você se identifica?

Paciente: Como assim?

Psicóloga: Algo da religião que você admira e que faz com que você se sinta, de alguma maneira, pertencente à religião?

Paciente: Ah não, é mais o ... a relação, a comunhão com Deus mesmo.

Psicóloga: Tá. E essa atividade que ficou por seis meses vendendo livros, você interrompeu em algum momento por que assim, o que que houve?

Paciente: É porque aí eu voltei embora, né?

Psicóloga: Era ... tinha um prazo, então?

Paciente: Não não, você podia, podia escolher ficar, só que ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... eu resolvi vir embora mesmo.

Psicóloga: Tá, uhum. E aí nessa época você ficou bem magra como você disse, como você se sentia, como era para você a sua relação com o seu próprio corpo?

Paciente: Ah, me sentia bem, né?

Psicóloga: Foi um tempo em que você percebeu que ficou diferente de antes?

Paciente: Bem diferente.

Psicóloga: Porque você fala que tem aí uma marca de que sempre foi cheinha.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Né, parece que isso vem desde a sua primeira infância, né?

Paciente: Desde a minha infância.

Psicóloga: Esse foi o único episódio, período aí da sua vida que teve uma mudança em relação a isso?

Paciente: Isso, foi.

Psicóloga: Isso persistiu por quanto tempo, _____?

Paciente: Ah, foi por um bom tempo. Aí depois eu vim para cá, a vida ativa já não era a mesma coisa, né?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Que eu andava lá em _____, andava o dia inteiro pela cidade, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Em determinado bairro

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu andava o dia todo.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí depois vim embora para cá e já era mais do serviço para casa ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... e vice-versa.

Psicóloga: Tá, e aí houve essa mudança em relação a estar mais ativa fisicamente, isso mudou?

Paciente: Mudou.

Psicóloga: Tá, uhum. E aí como foi isso de você se ver magra?

Paciente: Foi diferente, sempre acostumada a ver o corpo mais cheinho ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... aí afinou bastante ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... até o formato do rosto afinou.

Psicóloga: Tá. E aí você acha que teve uma eliminação de quantos quilos assim, você lembra mais ou menos?

Paciente: Não, nossa não vou conseguir, não ...

Psicóloga: Nessa época você não acompanhava o quanto que você se pesava.

Paciente: Não, não, não acompanhava.

Psicóloga: Você só se recorda que mudou a fisionomia?

Paciente: Isso, a fisionomia mudou.

Psicóloga: Tá, aham. E aí você, depois desse período, você novamente começou a ganhar quilos de novo, foi isso?

Paciente: Isso, foi, a vida ativa já ... a atividade, a ativa já não foi mais a mesma, né.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aquela atividade, aquela ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aquela andança que eu tinha já não era mais a mesma.

Psicóloga: Uhum, uhum. Você contou que na sua primeira gestação você teve um aumento importante né, de quarenta quilos ...

Paciente: Bem grande.

Psicóloga: E aí depois isso mudou de alguma forma, depois que você ganhou o seu filho?

Paciente: Eu mantive o mesmo ... aquele peso né, de 115 eu pulei para 160, 170 quilos.

Psicóloga: Tá. E aí o processo aí de pós-parto não fez com que mudasse o peso, continuou do mesmo jeito?

Paciente: Não, continuou o mesmo.

Psicóloga: Uhum. Na segunda gestação teve também ...

Paciente: Na segunda gestação eu emagreci.

Psicóloga: Tá. Foi diferente?

Paciente: Foi diferente porque os sintomas da gravidez foram durante a gravidez inteira.

Psicóloga: Que sintomas?

Paciente: Ah, os enjoos, os vômitos, a falta de apetite, você comia e jogava tudo fora, voltava tudo ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... aí nesse período, na segunda gestação, foi o contrário, eu emagreci.

Psicóloga: Tá, uhum. E aí essa perda de peso que você teve, ela se manteve depois?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não? Tá. Em outros momentos né, fora esse episódio que você acabou emagrecendo por ter ficado bastante ativa, teve alguma intervenção que você fez com esse propósito de emagrecer, algum tratamento que você tenha feito?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Nenhum acompanhamento, uso de remédio?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá. A primeira vez que você estava procurando é agora?

Paciente: Não, eu procurei um tempo, pouco tempo eu tomei o sibutramina.

Psicóloga: Já fez o uso de medicação então?

Paciente: Isso, foi muito pouco.

Psicóloga: É?

Paciente: Mas eu fiz.

Psicóloga: E teve algum efeito?

Paciente: Teve um pouco de efeito sim, acho que perdi uns 15 quilos.

Psicóloga: Tá, sim. Por pouco tempo, quanto tempo que foi?

Paciente: Acho que foi uns dois, três meses.

Psicóloga: Perdeu bastante até.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: E aí o que fez você parar o tratamento?

Paciente: Ah, a mudança de médico né, que eu passei com um médico e como era clínico geral nem sempre era o mesmo médico.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E eu morava no sítio, não tinha tanta disponibilidade para vir consultar.

Psicóloga: Uhum. E aí você chegou a usar por esse período, parou ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: E essa proporção de perda que você teve, ela se manteve por algum tempo ou não?

Paciente: Por um tempo sim, só que depois eu engordei de novo.

Psicóloga: Foi por quanto tempo mais ou menos, você acha que menos de seis meses ou mais de um ano ...

Paciente: Ah, foi menos, acho que menos de seis meses.

Psicóloga: Tá. Isso aconteceu em que momento, você lembra, _____, se você já era mãe?

Paciente: Ah, não, não, era solteira ainda.

Psicóloga: Ah, foi há bastante tempo, então?

Paciente: Foi há bastante tempo.

Psicóloga: Tá. E hoje você acha que a obesidade ela interfere em quê?

Paciente: Bom, a obesidade já interferiu em arrumar emprego, né? Que antes de eu ir morar com o meu marido eu procurei emprego ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... e não me aceitaram justamente por causa do peso.

Psicóloga: Como é que foi isso, o que que aconteceu?

Paciente: Foi meio frustrante, né?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Por saber que você tinha a oportunidade de conseguir um emprego e só não conseguiu por estar acima do peso.

Psicóloga: Mas isso foi dito?

Paciente: Foi.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Foi.

Psicóloga: E aí assim, na época era para trabalhar com que profissão?

Paciente: Com olhar praga em laranja.

Psicóloga: Tá. E por que que a questão do peso entrou como uma justificativa aí para não ter o emprego?

Paciente: É porque segundo eles tinha que andar em cima de uma plataforma e eles disseram que era perigoso.

Psicóloga: Tá, uhum, uhum. E aí o motivo então foi colocado como sendo isso?

Paciente: Foi.

Psicóloga: Para você, como foi ouvir isso?

Paciente: Como eu disse, frustrante, né?

Psicóloga: Frustrante?

Paciente: Decepcionante né, por saber que você tinha a oportunidade de arrumar um emprego e não arrumou justamente por causa do peso.

Psicóloga: Uhum, uhum. E como, assim, quando acontece né, você está me dizendo desse episódio, o que que isso desperta em você? Quando você tem esse tipo de avaliação né, de que tem aí o motivo, está justificado que é esse o motivo ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... o que isso dispara em você? Assim, emocionalmente, como é que você fica? Né, tem ...

Paciente: Ah, uma tristeza, né ... uma tristeza, uma certa decepção.

Psicóloga: Hmm, decepção.

Paciente: Um sentimento de ter sofrido algum tipo de preconceito.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Que de certa forma foi, né?

Psicóloga: Sim, sim. Porque talvez você não tivesse naquele momento possibilidades de assumir essa atividade ...

Paciente: Isso.

Psicóloga: ... mas tinha alguma outra?

Paciente: Oi?

Psicóloga: Tinha alguma outra possibilidade de emprego de assumir neste mesmo lugar?

Paciente: Não, não, não tinha.

Psicóloga: Isso não foi colocado como uma opção, por exemplo?

Paciente: Não, não foi colocado como uma opção.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá. Uhum, uhum. E isso de alguma maneira vai e te mobiliza, por exemplo, para buscar alguma mudança, para iniciar alguma forma de reverter isso naquela época lá atrás ou você acha que não, que não trouxe esse efeito nesse sentido?

Paciente: Como assim?

Psicóloga: De fazer você, de alguma forma, querer mudar, querer emagrecer ...

Paciente: Ah, sim.

Psicóloga: ... de mudar aquela situação.

Paciente: Sim.

Psicóloga: Você acha que trouxe isso de alguma maneira ou não?

Paciente: Trouxe, trouxe sim, porque por você saber que por causa do seu peso você não conseguiu um emprego ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... né, você acho que vai pensar: “então vou começar a mudar os meus hábitos”, né, para ver se consigo emagrecer para ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... não sofrer de novo o que aconteceu.

Psicóloga: Tá. E isso foi possível, você acha que teve um pouco dessa, dessa motivação para fazer mudanças?

Paciente: Teve, teve um pouco sim.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Teve.

Psicóloga: Uhum. E conseguiu mudanças, você acha que conseguiu alcançar o que queria?

Paciente: Um pouco.

Psicóloga: Uhum. O que que você acha que ...

Paciente: É porque tem aquela né, aquele efeito sanfona né, você consegue emagrecer, só que volta a engordar de novo e fica naquela, emagrece, engorda ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... emagrece, engorda.

Psicóloga: E aí fica claro para você o que que faz com que o efeito sanfona se mantenha? O que que leva com que o lado oposto aconteça, né? Então teve um emagrecimento por que que agora está tendo novamente o ganho de peso?

Paciente: Não, não.

Psicóloga: Você tem alguma hipótese do que faz como que isso aconteça com você?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não? Não te ocorre nenhuma, nenhuma situação aí?

Paciente: Não.

Psicóloga: Que você acha que te leva para o movimento oposto?

Paciente: Tá, não me ocorre nada agora.

Psicóloga: Em relação a emagrecer, você percebe o que que te ajuda a emagrecer?

Paciente: O que ajuda?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: O que me ajuda a emagrecer bastante é a ... agora nesse período ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... do ano passado para cá ...

Psicóloga: Sim.

Paciente: ... que foi na, na reeducação né, alimentar.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Que eu diminuí a alimentação, eu bebia água logo depois da refeição ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... isso aí eu parei, já mudou também.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Né? Mantendo o ritmo né, de carboidratos, das vitaminas, o correto dos nutrientes que necessita.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Na diminuição da alimentação, comendo nos horários certos.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Isso daí ajuda bastante.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Tem ajudado bastante.

Psicóloga: E você percebe que quando você está envolvida e um pouco em olhar para isso, do jeito como você faz, esse cuidado com você mesma na alimentação, isso tem algum efeito?

Paciente: Tem, do ano passado para cá tem ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... tem dado efeito.

Psicóloga: Aham. E essa está sendo a primeira situação então em que você está conseguindo ter perda de peso sem usar remédio, é isso?

Paciente: Isso, isso, sem usar remédio.

Psicóloga: Tá. Com algumas mudanças que você está tentando na sua vida no dia a dia?

Paciente: Então, que com as orientações que eu tive de vocês aqui ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu mantenho, tenho mantido desde a primeira consulta do ano passado.

Psicóloga: Tá, você mantém o mesmo peso, é isso?

Paciente: Isso. Não, o mesmo peso não, eu tenho emagrecido.

Psicóloga: Ah, tá. Entendi.

Paciente: Que nem eu falei, pouco, aos poucos, mas eu tenho emagrecido.

Psicóloga: E aí de quanto em quanto tempo que você avalia o seu peso, que você chega para checar ou você acha que está emagrecendo porque você percebe mudança de outra forma?

Paciente: Não, não, a cada dois meses que eu ... período que eu venho para a cidade e eu tenho a oportunidade de pesar, eu me peso.

Psicóloga: Tá, aí você verifica ...

Paciente: Isso.

Psicóloga: ... e aí percebe que está diferente?

Paciente: percebo que está mudando ...

Psicóloga: Tá, entendi. Uhum, entendi. E você chegou a dizer que não gostaria de fazer a cirurgia bariátrica então, por que?

Paciente: Não, não é que eu não gostaria de fazer, é que no período agora não dá porque a minha menina é pequenininha.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Ela, ela necessita muito de mim, que eu que cuido dela, eu fico com ela vinte e quatro horas por dia.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E ela é pequenininha ainda, né.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Tem só _____ anos.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas aí no caso se, como eu já perguntei né ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... se eu tenho a opção de não fazer a cirurgia ...

Psicóloga: Sim.

Paciente: ... vocês disseram que eu tenho essa opção.

Psicóloga: Sim, aham.

Paciente: Né? E no caso se eu continuar emagrecendo, tem a necessidade de eu fazer a cirurgia?

Psicóloga: É uma escolha pessoal, né?

Paciente: Sei.

Psicóloga: Na verdade assim, não é ... quando você, a questão de você ter vindo parar nesse ambulatório foi por que motivo, foi uma escolha sua ou foi uma indicação, como foi?

Paciente: Foi uma escolha minha e por indicação da minha irmã também, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Que ela já estava vindo quando ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... eu me propus a vir para cá para tentar emagrecer.

Psicóloga: O que que te motivou, na época? Qual foi a motivação que você teve?

Paciente: Ah, a motivação foi dela, né? Que ela falava que ela estava emagrecendo, conseguia com as orientações que recebia, ela conseguia ter uma certa perda, começou a perder, a emagrecer ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... aí eu pensei: “como eu peso bem mais do que ela” ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Né? Eu vou tentar também para ver se eu consigo ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... emagrecer.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E tem dado certo até agora.

Psicóloga: Tá, uhum. E aí você fala da sua filha, que ela é pequena, e aí a questão seria o que exatamente? Não ficou claro para mim.

Paciente: Como assim?

Psicóloga: Você disse que não queria que fosse, que acontecesse a cirurgia nesse momento porque você tem uma filha pequena.

Paciente: Hmm.

Psicóloga: Mas qual que é a questão?

Paciente: Ah, em relação à cirurgia?

Psicóloga: É, aham.

Paciente: É porque a cirurgia ela tem um certo cuidado depois ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... do pós-operatório, não tem?

Psicóloga: Sim, sim.

Paciente: Então e pelo fato da minha menina depender muito de mim ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... eu acho que já não dá para fazer a cirurgia porque, às vezes, tem que pegar ela no colo né, andar bastante com ela ... não é andar, é que ela só dorme comigo, ela não dorme com mais ninguém ...

Psicóloga: Por que? Por que que ela só dorme com você?

Paciente: É desde pequenininha assim.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ela só dorme no meu braço, só dorme junto comigo.

Psicóloga: Mas aí você, chega em algum momento da noite, você leva ela para dormir na cama dela no berço sozinha?

Paciente: Ah não, ela dorme, ela dorme do lado da minha cama.

Psicóloga: Não na mesma cama?

Paciente: Não, na mesma cama não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Só que ela só vai dormir ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... quando eu for.

Psicóloga: Ahn. Uhum. Ela não tem uma rotina dela então?

Paciente: Não, não. Ainda não.

Psicóloga: E você não colocou essa rotina?

Paciente: Já, já tentei colocar só que é aquela coisa né, ela desde pequenininha só dorme do meu lado, junto comigo ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... acho que ainda para ela, ela não consegue já ter o próprio ritmo dela.

Psicóloga: Mas aí você acha que ela conseguiria adquirir um ritmo como?

Paciente: Ah, eu já não sei explicar.

Psicóloga: Hmm, porque, assim, um bebê ele vai aprender conforme ele for orientado para isso, como eu tiver ali uma regra, um limite, uma rotina que vai sendo estabelecida por um outro ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: ... que ela vai, de alguma maneira, internalizando aquilo como uma, digamos assim, uma condição, né?

Paciente: Sei.

Psicóloga: De fato há uma certa dependência mesmo de alguém que direcione para que ele aprenda, para que ele faça né e se, fique independente, digamos assim. Como é para você pensar nisso né, de colocar ali ... você acha que consegue alguns limites, consegue colocar regras?

Paciente: Não, eu coloco limites para ela. Coloco. Ela tem a ... é só com relação na hora de dormir mesmo que é assim ...

Psicóloga: Tá, aham. Não acontece por exemplo de você colocar ela para dormir e você fazer outras coisas? Ou de você ficar acordada ...

Paciente: Não, ela não dorme, sozinha ela não dorme.

Psicóloga: Hmm. Isso acontece agora?

Paciente: É, agora.

Psicóloga: Num é ...

Paciente: Ela só dorme mesmo a hora que eu vou deitar.

Psicóloga: Tá. Você coloca ela para dormir e depois você levanta para fazer outras coisas?

Paciente: Ela não dorme.

Psicóloga: Hmm. O que você acha que acontece?

Paciente: Não sei explicar, não sei.

Psicóloga: Você já falou isso para o pediatra alguma vez? Você já, você acha que

Paciente: Então, lá na minha cidade está difícil de passar com a pediatra.

Psicóloga: Com o seu filho foi assim também?

Paciente: Não, com o meu menino não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Com ele já foi diferente.

Psicóloga: O que você acha que mudou em relação a ela?

Paciente: Ah, eu acho que o fato que quando ela era pequenininha ela tinha, ela chorava muito, ela tinha muitas cólicas.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí para fazer ela se sentir mais confortável, não chorar tanto ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... aí eu colocava ela no meu braço para dormir.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Eu acho que foi isso.

Psicóloga: Tá. E para você, como é para você considerar que essa, digamos assim, que tivesse uma mudança nesse, nesse, nessa condição que está estabelecida né, dela só dormir quando você vai dormir, dela só dormir no seu braço ...

Paciente: Não, o braço eu já tirei.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Né? Ela não dorme mais em cima do meu braço como ela fazia.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Mas ela só, ela deita no berço dela, dentro da minha cama só que ela só vai dormir a hora, só vai deitar para dormir a hora que eu e meu marido vai.

Psicóloga: Tá e isso acontece cada dia em um horário?

Paciente: Não, é sempre por volta das ... entre nove e dez horas da noite.

Psicóloga: Tá, você tenta manter um ritmo então?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Uhum. Tá. E aí você se preocupa com o fato de que se você fizer essa cirurgia tivesse mudanças nisso?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Nessa condição que você está falando dela ir dormir?

Paciente: E tem a cirurgia também né, o ... as ... como é que eu posso dizer? Agora não vou saber explicar.

Psicóloga: Vamos ver o que você vai lembrar.

Paciente: (risos). É a recuperação depois, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Manter o ritmo depois ... da cirurgia.

Psicóloga: O que que seria o ritmo? Como assim?

Paciente: Ah, como é que eu vou explicar ... porque dizem que no pós-operatório, o problema da cirurgia não é a cirurgia em si, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: É o pós-operatório.

Psicóloga: O que do pós-operatório?

Paciente: A recuperação depois.

Psicóloga: Hmm. A recuperação como assim?

Paciente: Né? Às vezes a gente tem medo de não voltar o mesmo ritmo depois, no caso aí ter alguma complicação ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Né?

Psicóloga: Para você o que seria uma complicação que te preocupa? Ou uma complicação da qual você tem receio né, o que que é?

Paciente: Olha, já não sei.

Psicóloga: Do que que você já ouviu falar em relação à cirurgia ou pós-operatório que de alguma maneira ...

Paciente: Ih, já ouvi falar tanta coisa de cirurgia.

Psicóloga: Â?! E aí será que tem como dizer que o acontece para um acontece para todos?

Paciente: É, eu acho que vai do metabolismo da pessoa, né?

Psicóloga: Hmm, será que é o metabolismo?

Paciente: Aí eu já não sei (risos).

Psicóloga: Mas do que que você já ouviu falar que, de alguma maneira, isso te preocupa né, ou ...

Paciente: Porque dizem né, que ... que não é fácil, que não é fácil, não sei.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Né, porque você mexe com o estômago, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí já ... é complicado depois né, dizem que é né, eu não sei. Que pode ter algumas, como diz, pode ter anemia, alguma coisa por não ter todos os nutrientes logo depois da cirurgia.

Psicóloga: Uhum, uhum. Mas é isso que te preocupa? O que, que outras coisas? O que mais?

Paciente: Não, na verdade mesmo, a preocupação mesmo é com a minha menina, né.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: A preocupação mesmo é ela.

Psicóloga: Em relação ...

Paciente: Porque o medo da cirurgia eu não tenho.

Psicóloga: Ahn. Tá.

Paciente: Eu não tenho medo da cirurgia.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: O problema é ela mesmo né, porque ela não fica com ninguém.

Psicóloga: Hmm, mas você fica

Paciente: Só comigo.

Psicóloga: Você deixa?

Paciente: Já, já, a gente até deixa, só que ela não fica com ninguém.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Ela não fica.

Psicóloga: O que que acontece?

Paciente: Não sei o que acontece, mas ela não fica com ninguém. Ela pode até ficar, mas dormir na casa, ficar de um dia para o outro ela não fica.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ela não fica.

Psicóloga: Mas aí em que que estaria a questão né, pensando que você faria a cirurgia, o que que teria aí, qual a relação seria dessa questão dela e você, o que você acha?

Paciente: De mim e ela?

Psicóloga: Aham. Entre você fazer a cirurgia e aí você se preocupar com isso de que ela não ficar com ninguém, onde que ela não dorme.

Paciente: Ah não, agora eu entendi. É porque ela é assim, ela gosta de ficar bem em cima da gente, ficar abraçando, ela vem e sobe em cima da perna da gente, ela pede colo ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... né?

Psicóloga: Aham.

Paciente: O medo é a região da cirurgia, eu não sei como é a cirurgia.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Como que é feita a cirurgia?

Psicóloga: Geralmente é um corte, né?

Paciente: Então, a preocupação não é com a relação, com o corte, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Dá medo dela bater, dela, por acidente, acabar batendo ou até dando alguma complicação no corte.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Essa é que é a preocupação.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Né? Por ela ser criança, ela não entende, né?

Psicóloga: Não entende?

Paciente: Não, entender ela entende, só que criança ela é espontânea, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ela vem correndo, ela abraça, ela pula, ela é bem carinhosa.

Psicóloga: Sei, aham.

Paciente: Né?

Psicóloga: Aham, aham. E aí você estava dizendo que também se preocupa com a recuperação, o que que é a recuperação para você?

Paciente: Não, é que eu não sou, eu não estava entendendo aí no caso e depois eu entendi o que você ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... quis dizer.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Porque o medo da cirurgia eu não tenho.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu não tenho medo da cirurgia.

Psicóloga: Uhum. Parece que assim, são questões que te ocorrem relacionadas a um pós-operatório, seria depois, é isso?

Paciente: Mas na verdade, como é que funciona?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: A operação.

Psicóloga: Com que funciona o que?

Paciente: Que faz a cirurgia, as orientações depois ...

Psicóloga: Hmm. Qual que é a sua dúvida, em relação a que, orientações do que?

Paciente: Aos remédios, aos cuidados com a cirurgia?

Psicóloga: Hmm. Em relação a?

Paciente: À cirurgia em si, à região da cirurgia.

Psicóloga: É, o paciente, ele tem que ficar de cinta, né?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Enfim, é feito um corte, ele tem a orientação de que ele vai ficar internado pelo menos por uma semana né, caso ele não tenha complicações, se tiver ele fica por mais tempo até se recuperar.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Então, o cuidado que ele vai ter é de seguir, cada paciente ele vai ter uma orientação em relação ao que vai ser usado né, de forma geral, ele usa vitaminas, se sugere que seja feito pela vida toda se ele tiver indicação para isso, né.

Paciente: Ah tá.

Psicóloga: Mas o que você já ouviu falar, o que que será que foi que pegou em você de alguma forma?

Paciente: É que eu ouvi dizer que a pessoa tem anemia depois da cirurgia.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Né? Tem alguma que ... teve uma que ela diz que teve anemia profunda, tem outras que teve, não sei se é verdade ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... que tem muitos mitos com relação a essa ...

Psicóloga: Sim.

Paciente: ... cirurgia, né?

Psicóloga: Aham.

Paciente: Que nem a pessoa no popular “vira as tripas”, isso aí eu já não sinto, creio que não é verdade.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: É esse tipo de comentário.

Psicóloga: Aham.

Paciente: A pessoa olha para você: “ah, você é corajosa de querer fazer essa cirurgia”. Pergunto por que e a pessoa também não sabe explicar o porquê.

Psicóloga: Sei, e aí assim né, _____, eu fico pensando o que é para você a motivação para buscar por esse tratamento né, e aí assim, o que te faria manter ou não o tratamento né, de tentar entender assim um pouco se talvez né, o que que você pensou quando você decidiu buscar o tratamento né, porque a sua filha já tinha nascido ...

Paciente: Já, já. O que eu pensei foi só no emagrecimento mesmo.

Psicóloga: Aham, aham. E aí assim, você está se dando conta então de que existem outras possibilidades para emagrecer.

Paciente: Sim, sim.

Psicóloga: É isso?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Você está percebendo que não é a única opção fazer a bariátrica?

Paciente: Isso, que não é a única opção fazer a bariátrica.

Psicóloga: Aham, tá. Uhum. É, até porque não é uma garantia de que vá fazer a bariátrica que vá emagrecer.

Paciente: Isso.

Psicóloga: Não tem garantias, né?

Paciente: A coisa boa do tratamento é você perceber que tem outras opções, outras formas de você conseguir emagrecer.

Psicóloga: Isso não tinha te ocorrido antes?

Paciente: Bom, antes era complicado porque você tinha uma rotina, você se mantinha do mesmo jeito ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... você fazia por um período de tempo, você emagrecia só que voltava a engordar de novo.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Né? Agora não, agora com a orientação da nutricionista ...

Psicóloga: Aham.

Paciente: ... a gente percebe que a gente mantém o ritmo de ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... das orientações e o peso não volta.

Psicóloga: Tá. Uhum. Você acha que isso está sendo a diferença agora, então?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Aham.

Paciente: É.

Psicóloga: Tá. E aí assim, hoje a gente conseguiu acho que fazer um resgate um pouco né, da sua história, dessa compreensão em relação ao sobrepeso, como está para você hoje né, se ocupar um pouco disso né, desse ... parece que tem um pouco mais de uma implicação sua com essa decisão de emagrecer, de estar pensando mais sobre isso ...

Paciente: Hmm.

Psicóloga: ... parece que você percebe que existe possibilidades, que você está tentando, né.

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Então, acho que um pouco do que a gente conseguiu conversar acho que foi importante e aí em relação aos instrumentos, as escalas, os testes que eu falei que seria um pouco mais específico né, que são mais perguntas e respostas fechadas para você pensar em uma resposta ...

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Eu acho que a gente poderia continuar então em um próximo momento.

Paciente: Sim.

Psicóloga: E aí, como que é para você para vir na próxima semana, você acha que seria possível?

Paciente: Sim, sim.

Psicóloga: É?

Paciente: Acho que dá para vir sim.

Psicóloga: E aí geralmente a opção é que seja no período da tarde ou pode ser de manhã?

Paciente: Ah, eu prefiro no período da tarde.

Psicóloga: À tarde.

Paciente: Isso.

Psicóloga: Tá. Então deixa só eu ver aqui na agenda para a gente ver uma data. Se a gente agendar então na segunda-feira à tarde, é possível?

Paciente: Sim, é sim.

Psicóloga: Uhum. Então vou pedir para você deixar agendado. Deixa só eu ver aqui a data. Vai ser no dia 16. Aí você diz que chega geralmente próximo do meio-dia, né?

Paciente: Isso.

Psicóloga: Então eu vou marcar uma hora também.
 Paciente: Vai ser aqui nesse andar também ou lá embaixo?
 Psicóloga: Você pode abrir a consulta lá que está agendado pela minha agenda de lá ...
 Paciente: Ah, tá.
 Psicóloga: E aí eu vou pedir para você esperar no segundo andar porque eu não sei se de segunda à tarde tem sala aqui nesse ambulatório ...
 Paciente: Ah, tá.
 Psicóloga: ... eu confirmo primeiro antes de te chamar você pode me aguardar lá no segundo andar.
 Paciente: Ah, tá.
 Psicóloga: Tá bom? Aí hoje eu vou pedir já para você deixar agendado. Deixa eu fazer a declaração do seu esposo.
 Paciente: Ah, sim.

História do Desenho da Figura Humana

Paciente: É uma pessoa qualquer. Dar uma história deste desenho? Como é que eu vou fazer isso? Não sou boa pra contar história. Sério mesmo, não vem nada na cabeça. Não sou boa pra criar história. Sério mesmo, não sei fazer isso.
 Psicóloga: este desenho é homem ou mulher?
 Paciente: Seria um homem
 Paciente: Pra inventar? ... Qualquer pessoa? ...Sinceramente não...agora você me pegou mesmo, como que eu vou inventar uma história deste desenho? ... Sério mesmo, não vem nada na cabeça ...Não sou boa pra isso.
 Psicóloga: Essa pessoa tá em algum lugar, você diz que é um homem, você acha que ele tem mais ou menos quantos anos? ...ele tá fazendo o que, tá em que lugar, como é que ele está se sentindo?
 Paciente: (risos) Bom, pela expressão eu creio que feliz.
 Psicóloga: O que ele sente?
 Paciente: (risos) Acho que alegria, satisfação.
 Psicóloga: Tem motivos esta alegria essa satisfação?
 Paciente: Acho que por algo que tenha feito e tido sucesso. Sério mesmo, não me vem nada na cabeça. Inventar uma história...
 Psicóloga: O que você acha que ele pode ter feito, que ele sente feliz, alegre, satisfeito?
 Paciente: Acho que numa entrevista de emprego, conseguiu, foi bem sucedido, conseguiu o emprego que não tinha, o emprego que se propôs.
 Psicóloga: Huum.
 Paciente: Acho que é isso.
 Psicóloga: Ele conseguiu um emprego?
 Paciente: Gente do céu, não consigo inventar história.
 Psicóloga: O que você acha que torna isso difícil?
 Paciente: Assim, de repente, do nada, fazer um desenho e inventar uma história? ... Meio difícil. ...sério mesmo, não vem nada na cabeça.
 Psicóloga: Tem mais coisas que você quer dizer sobre o desenho? Dar um nome pra esse personagem do seu desenho?
 Paciente: Fica difícil.
 Psicóloga: Tem algo mais que você gostaria de falar sobre o desenho?
 Paciente: Acho que não. Não vem nada, nenhum texto, história na cabeça.
 Psicóloga: Você pode dar um título pra esta história, pra este desenho.
 Paciente: Dar um nome pro personagem aqui?

Psicóloga: Huhum.

(...)

Paciente: Um título pra história?

(...)

Paciente: O missionário?

Psicóloga: Pode colocar o título que você quiser.

Paciente: Pode ser uma pessoa dedicada a obra de caridade e ajuda pessoas necessitadas.
Acho que é isso. É o que me veio na cabeça.



ANEXO I

Atendimento Participante 4

Psicóloga: Isso.

Paciente: Então, é ... aí, faz assim mais ou menos um ano assim que eu sentia aqui uma dorzinha assim na barriga, tudo.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Aí depois eu notei que estava com um caroço que estava aumentando, né. Aí meu cunhado, como ele tem a Famesp aqui, ele falou assim: “Vamos lá, a gente passa na consulta com o Dr. _____”.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Aí ele me examinou tudo e ele falou que realmente era uma hérnia que estava grande, só que ele não ia poder fazer a cirurgia porque eu tinha que emagrecer.

Psicóloga: Mas quando você sentiu essa ... esse desconforto no barriga, logo você imaginou que fosse uma hérnia ou você teve uma ideia de que fosse outras coisas, o que te passou pela cabeça?

Paciente: Não, eu achei que fosse alguma coisa no estômago.

Psicóloga: No estômago?

Paciente: É, eu vivia tomando omeprazol, tomando omeprazol achando que fosse resolver.

Psicóloga: Você tinha a dor?

Paciente: Tinha.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí eu vim, aí ele falou que não dava para fazer cirurgia porque, por causa do peso e que não ia segurar porque ele ia ter que por uma tela. E se eu aceitava fazer a bariátrica.

Psicóloga: Uhum. Entendi.

Paciente: Que daí ele me examinava com o Dr. _____ e me deu uma cartinha para mim levar para a _____ que até é no bloco antigo.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu fui lá tudo e começou o tratamento.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí fazendo os exames deu um ... eu descobri que tenho gordura no fígado também.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Pressão alta, né.

Psicóloga: Uhum. E essa foi a primeira situação, _____, em que você buscou atendimento para essa questão relacionada a essa região do seu corpo? Você sentiu dor, esse mal-estar, e aí foi isso que te conduziu pra uma busca de ajuda ...

Paciente: Sim.

Psicóloga: Não foi a questão da obesidade naquele momento?

Paciente: Naquele momento ainda não, sempre tive vontade, né ...

Psicóloga: Do quê?

Paciente: ... de fazer a bariátrica, de emagrecer.

Psicóloga: Sempre desde quando assim?

Paciente: Ah, que eu sempre fui gordinha, né. Eu achava diferente dos outros, sempre queria ... eu falava assim para a minha filha que eu queria ter um corpo normal ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Igual de todo mundo, né!
Psicóloga: Como é um corpo normal?
Paciente: Ah, uma pessoa magra assim, sabe.
Psicóloga: Hmmm. Quando você fala sempre fui gordinha, você está se referindo a que momento da sua vida? Quando que você começou a se perceber com o corpo diferente de outras pessoas? Quando foi?
Paciente: Ah, faz uns 6 anos assim.
Psicóloga: Há uns 6 anos?
Paciente: É!
Psicóloga: Tá! Hoje você está com que idade, _____?
Paciente: Eu estou com 55 anos.
Psicóloga: 55. Então aos 49 mais ou menos.
Paciente: Isso.
Psicóloga: Tá. Aos 49 anos isso começou a se tornar uma questão para você.
Paciente: É, foi ...
Psicóloga: Naquele momento da sua vida o que você estava vivendo, o que fez com que você olhasse pro seu corpo, considerasse essa questão né, da diferença ...
Paciente: Ah, eu acho assim porque eu tava casada, tudo, sabe quando a pessoa sempre tá sossegada né, não se importa tanto ...
Psicóloga: Ahn.
Paciente: Aí eu vi que disparei, que eu não parava, só engordava, engordava ...
Psicóloga: Tá. E o que você acha que fez com que você fosse engordando, engordando, o que que foi?
Paciente: Ah, eu acho que foi mais o sistema nervoso, sabe.
Psicóloga: Hmmm.
Paciente: Porque aí eu me separei, né.
Psicóloga: Hmm. Foi esse ano que você se separou?
Paciente: Não, faz tempo já.
Psicóloga: Não, eu digo assim, foi esse ano quando você estava com 49 anos que você se separou, é?
Paciente: Sim.
Psicóloga: O que que aconteceu?
Paciente: Ah, meu marido arrumou outra e disse que não tava feliz comigo e que queria viver.
Psicóloga: Hmm.
Paciente: Aí ele foi embora com uma outra bem mais velha do que eu.
Psicóloga: Ahn. Como que você soube que tinha acontecido essa situação né, a traição, como foi?
Paciente: Ah, eu fiquei assim no começo eu fiquei até calma, sabe. Aceitei, tudo.
Psicóloga: Uhum.
Paciente: Fomos agilizando a separação, tudo. Assinei tudo a ... separação. Só que depois de um tempo ele voltou me procurando, sabe.
Psicóloga: Ahn.
Paciente: Que queria voltar, que tinha se arrependido.
Psicóloga: Tá.
Paciente: Aí, aí eu comecei daí eu ficava nervosa, né, porque pra mim ele não tava feliz, ele queria sair pra viver, ser feliz e ele não tava feliz, né.
Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu fiquei com a minha filha. Minha filha na época tinha 15 anos. Fiquei com ela e era uma idade que dava trabalho, sabe.

Psicóloga: Ahn. Que tipo de trabalho você tinha com ela?

Paciente: Ela saía. Ela bebia, sabe.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Até eu coloco assim que ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... eu acho que foi mais isso que ele foi embora. Porque ele não aguentava a situação, sabe, de ver ela saindo, varava a noite na rua bebendo ...

Psicóloga: Sim.

Paciente: E ele me culpava, ele achava que a culpa era minha.

Psicóloga: Ah é, porque? Como assim?

Paciente: Ah, porque ele não falava nada para ela e eu conversava com ela, só que ela não me ouvia.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E ele achava que a culpa era minha né, então ele não aguentava mais aquela situação ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... e que ele ia embora.

Psicóloga: O que você acha que acontecia da relação dele, era com a própria filha ou essa filha era só sua filha ou dele também?

Paciente: Era dele também.

Psicóloga: Dele também?

Paciente: Também.

Psicóloga: Moravam só vocês três?

Paciente: Aham, ela era minha caçula.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu tenho uma outra mais velha.

Psicóloga: Hoje elas estão com quantos anos?

Paciente: Hoje essa caçula minha está com 24.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E a mais velha minha tá com 30.

Psicóloga: Tá. E aí, o que que você percebia assim da situação que acontecia naquela época em que ele colocava em você uma responsabilidade por ela, assim, o que que era? O que fazia com que ele colocasse sobre você uma responsabilidade que parece que ele não tinha então na criação da filha?

Paciente: É, ele achava assim que eu que tinha que conversar, ele falava que eu apoiava, passava a mão na cabeça dela, sabe ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... e ele falava que eu brigava com ele por causa dela.

Psicóloga: Entendi. E era verdade, era isso que acontecia, você acha que você passava mesmo a mão na cabeça dela?

Paciente: Ah, eu acho que sim, sabe.

Psicóloga: É? Que que acontecia?

Paciente: Porque eu não gostava de ver ele brigando com ela.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então eu sempre ficava do lado dela, sabe.

Psicóloga: Uhum, uhum. E as situações de briga com ela, eram brigas verbais ou tinha agressão?

Paciente: Não, não tinha, nunca ele levantou a mão, sabe.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eram mais verbais mesmo.

Psicóloga: E aí, _____, você tava casada há quanto tempo?

Paciente: 23 anos.

Psicóloga: Ele foi o único casamento que você teve?

Paciente: Foi.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Foi meu único namorado mesmo que ...

Psicóloga: Ah é?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: E como foi quando vocês se conheceram você tinha quantos anos?

Paciente: Eu tinha 23 anos.

Psicóloga: Olha só! 23 que se repete. Que curioso!

Paciente: Né!

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Nossa, verdade, né?

Psicóloga: Hmm. Você tinha 23 anos e ficou casada ...

Paciente: Fiquei casada 23 anos com ele.

Psicóloga: E ele tinha sido o único namorado até então?

Paciente: Tinha. Namorado mesmo foi só ele.

Psicóloga: Aham. Vocês namoraram muitos anos?

Paciente: Não, 8 meses.

Psicóloga: 8 meses. Foi bem rápido.

Paciente: Foi. Namoramos e já casamos.

Psicóloga: Uhum. Ele foi o único parceiro sexual _____?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não? Tá. Depois dele você teve outros relacionamento recentemente?

Paciente: Eu tive um.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Eu até morei com ele um ano, depois não deu certo.

Psicóloga: O que que houve?

Paciente: Ai, era tipo assim ... folgado, não queria trabalhar. Queria que eu trabalhasse para sustentar sabe, mexia com droga.

Psicóloga: Entendi. E aí você

Paciente: Eu fui me afastando daí.

Psicóloga: Ahn. Quando você diz que vocês moraram juntos, você que foi morar com ele ou ele que veio?

Paciente: Ele que veio para a minha casa, sabe.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí ... lá não deu certo não.

Psicóloga: Tá. E durante o casamento esses anos todos né, os 23 anos que você permaneceu casada, como é que era a relação de vocês?

Paciente: Era boa, sabe? A gente ... no começo a gente nem brigava, nada. Até quando a gente se separou o pessoal nem acreditava.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Achavam que a gente era o casal perfeito, sabe?

Psicóloga: Ah é? Você ouvia isso das pessoas?

Paciente: Ouvia: “nossa, não acredito que você se separou dele!”.

Psicóloga: Ahn. E aí na verdade o que parece que aconteceu foi que ele que se separou de você?

Paciente: Sim!

Psicóloga: Foi o contrário.

Paciente: Foi, foi ele.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E aí ele foi morar com essa mulher, né. Daí ele ficava querendo voltar. Aí eu falei “tá bom então, resolve sua situação lá com ela e aí você volta pra casa, né”.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Só que daí ele ficou doente. Ele ... tinha uma pinta assim na perna, uma pintinha de nada.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E aquela pinta começou a sangrar, sangrar, ele foi no médico e aí ele tava com câncer.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí ele fez cirurgia, tirou tudo. Aí ele falou para mim: “é só eu me recuperar da cirurgia eu vou resolver minha vida, aí eu volto para casa”.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Só que daí a situação foi piorando, sabe.

Psicóloga: Qual situação?

Paciente: A situação dele.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Foi piorando. Ele começou com muita dor de cabeça, muita dor de cabeça. E um dia ele começou a convulsionar.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí a mulher que tava com ele trouxe ele pro hospital. Aqui.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Ele ficou internado e no prazo assim de 10 dias descobriram que ele tava com câncer no cérebro.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Foi aí no prazo de 10 dias que descobriram ele já faleceu.

Psicóloga: Foi muito rápido então.

Paciente: Foi.

Psicóloga: Como é que foi para você essa situação toda _____?

Paciente: Nossa, eu não me conformo até hoje, acredita, com a morte dele?

Psicóloga: É?

Paciente: Sonho com ele assim toda noite, sabe?

Psicóloga: Sonha o quê? O que que aparece no sonho?

Paciente: Sonho assim coisa boa sabe, ele vivo, conversando, tudo ...

Psicóloga: Por que nesse processo todo do adoecimento dele vocês conseguiram conversar em algum momento?

Paciente: De quando ficou doente?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Não.

Psicóloga: Tinha coisas que você queria dizer para ele?

Paciente? Sim, não consegui ...

Psicóloga: Que coisas?

Paciente: Ah, tipo assim, é até pedir perdão, assim alguma coisa que eu errei com ele, sabe.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Que eu podia ter feito e não fiz enquanto tava na saúde, né.

Psicóloga: Na saúde?

Paciente: Aham. Aí eu vim no hospital ver ele.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Um dia antes dele falecer.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Só que eu cheguei assim, eu sinto que ele não me reconheceu, que ele ficou olhando pra mim, sabe.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Só que ele já nem falava mais não.

Psicóloga: E aí que coisas que você acha que poderia ter feito que não conseguiu né, isso de você dizer que às vezes ficou pensando em pedir perdão ... que coisas?

Paciente: Ah, eu acho assim que não devia ter aceitado a separação, entendeu?

Psicóloga: Não devia ter aceitado?

Paciente: É. É que eu acho se ele estivesse comigo ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: Ah, não sei, poderia ser que ele nem tivesse ficado doente, sabe.

Psicóloga: Você faz alguma relação entre o adoecimento dele e a situação da separação?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Por que?

Paciente: Eu acho que pode ser o sistema nervoso que ele viveu ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: Que pode ter provocado né, também ...

Psicóloga: Mas que coisas que foram essas do sistema nervoso?

Paciente: Ah, porque ele falava que ele sofria muito com a outra mulher que ele tava.

Psicóloga: Hmm. Ele ficou muito tempo com essa outra parceira?

Paciente: Ficou um ano com ela.

Psicóloga: Um ano. Assim como você ficou ...

Paciente: Não, um ano não. Um ano depois que eu descobri que ele tava com ela tudo, né. É, três anos ele ficou com ela.

Psicóloga: Ah, entendi. Então enquanto ele estava casado com você ele já estava com ela há um ano?

Paciente: Tava.

Psicóloga: É isso, tava mantendo essa relação de duplicidade.

Paciente: Tava.

Psicóloga: Tá. E como que você soube, ele te contou ou você que descobriu?

Paciente: Eu descobri.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Por uma ligação do celular que eu descobri.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ele não era daquela pessoa de sentar com a gente e conversar, sabe.

Psicóloga: Não era?

Paciente: Não, ele era muito fechado.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E aí eu também deixava, não conversava, né.

Psicóloga: Deixava o que?

Paciente: Deixava ele na dele lá e não conversava.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí, tanto que ele nem conversou comigo sobre a separação. Eu só fiquei sabendo da separação quando chegou uma carta para mim ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: Do ... escritório, eu fui e falei pra ele: “nossa, o que será ... essa carta aqui do cartório aqui para mim comparecer no escritório, né?”

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Aí ele falou “não sei!”. Aí quando eu fui lá era o advogado dele que ele tinha entrado com o pedido de separação.

Psicóloga: Então ele não te contou que ...

Paciente: Não ...

Psicóloga: ... que tinha feito o pedido de separação?

Paciente: Ele não tinha me contado.

Psicóloga: Você descobriu na situação com o advogado?

Paciente: É!

Psicóloga: E aí, como foi pra você?

Paciente: Aí eu fiquei com raiva, né.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Arrumei um advogado também e aceitei.

Psicóloga: Uhum. E aí nessa situação, nesse momento em que você é convocada pra isso, você chega a perguntar para ele o que tava acontecendo, por que que ele tava pedindo a separação?

Paciente: Não, não perguntei.

Psicóloga: Vocês não conversaram?

Paciente: Não, foi ...

Psicóloga: O que você acha que aconteceu?

Paciente: Num sei, foi muito estranho, sabe.

Psicóloga: Hmm, estranho.

Paciente: É, foi muito estranho ... o que aconteceu.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Daí que eu falei pra ele ainda assim, né ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: “Aquele papel que tava lá era a separação que você quer se separar de mim”?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Ele falou “quero, quero viver”. Aí falei pra ele: “tá bom então, vai viver então”.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E agora faz 5 anos que ele faleceu.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E tá ... minhas meninas também já se conformaram já, sabe. Nem lembram

Psicóloga: Mas e você, como que é pra você?

Paciente: Ah, eu não consigo esquecer, né. Muito tempo junto, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: A convivência

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Foi bastante tempo que a gente ficou.

Psicóloga: Sei. E a maior parte do tempo que vocês estavam juntos ... quais são as lembranças que você tem?

Paciente: Não tenho lembrança ruim não, sabe. Só tenho lembrança boa, sabe.

Psicóloga: Uhum. Uhum.

Paciente: Até a minha filha que mora comigo, ela é bem parecida com ele, né.

Psicóloga: Ahn, parecida em quê?

Paciente: Gênio, tudo, sabe? As coisas, acho que tudo o que ela faz eu ainda falo assim: “nossa, como você é igual ao seu pai”.

Psicóloga: Hmm. Que que você percebe que eles se parecem em quê assim, que coisas?

Paciente: Ela se irrita fácil, sabe.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Então ela até dá risada. Ela fala: “ai, sou filha dele, né?”

Psicóloga: Sei. Uhum.

Paciente: Mas agora agora falei tá tudo bem, não tem mas, ... no começo aquela mulher que morou com ele perturbava muito, sabe.

Psicóloga: Perturbava você?

Paciente: Aham.

Psicóloga: De que forma, assim?

Paciente: Ai, ficava me ligando, sabe.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Preocupada porque ela queria a pensão dele.

Psicóloga: Sei, quando ele faleceu, é isso?

Paciente: É.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí a gente tinha um carro também ele tinha sabe, aí a gente já resolveu tudo, dividimos o que tinha que ser das meninas, era o que era dela. A pensão ficou com ela.

Psicóloga: Mas eles chegaram a se casar?

Paciente: Não, porque quase três anos ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: Diz que já ganha, né?

Psicóloga: Ah, pelo fato que eles estavam em uma relação estável, é isso?

Paciente: É.

Psicóloga: Entendi. Tá.

Paciente: Então agora tá tudo em paz agora.

Psicóloga: Hmm. Você acha que tá tudo em paz?

Paciente: Ah, aparentemente, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas eu falei dentro de mim será sempre, acho que sempre vou lembrar, né?

Psicóloga: Hmm. E aí você consegue perceber se tem sentimentos associados a essa lembrança?

Paciente: Tem.

Psicóloga: Quais são os sentimentos?

Paciente: Ah, porque eu sinto que ainda gosto dele, né.

Psicóloga: Hmm, hmm.

Paciente: Eu falo assim, acho que eu nunca, eu não esqueço. Ele foi meu primeiro amor, né?

Psicóloga: Sei. Hmm. Uhum.

Paciente: E aí eu sinto saudade.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Porque antes eu ia sempre no cemitério, sabe, agora não fui mais não. Achei que era pior ficar indo, né.

Psicóloga: Ahn, mas quando você ia, qual que era assim o intuito?

Paciente: Não, nada, ficava lá, sentava ... ficava lá um pouco. Aí que a minha irmã falou: “para de ficar indo no cemitério”.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ela falou “é pior para você, tenta esquecer”.

Psicóloga: Uhum. E parece que pelo que você tá colocando não tem tanto uma questão com o lugar né, de você estar ou não estar no cemitério, mas o quanto parece que ainda é bastante presente para você recordações dele ...

Paciente: É. São.

Psicóloga: Indiferente do lugar que você esteja, né. Você tá contanto aqui, parece como se fosse uma situação muito recente, né.

Paciente: Aham.

Psicóloga: Parece muito viva ainda em você, né.

Paciente: Ah, é.

Psicóloga: Até porque você disse que sonha com frequência.

Paciente: Sonho.

Psicóloga: E aí, o que que aparece no sonho? Como que é?

Paciente: Ah, aparece eu com ele, a gente brincando com as meninas, sabe.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Ele conversando, assim.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E ele assim todo feliz, sabe.

Psicóloga: Tá. Você acha que essas eram situações que vocês viviam no casamento?

Paciente: Eram.

Psicóloga: Eram coisas que aconteciam na realidade?

Paciente: É, é.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Não sonho com ele doente, nada.

Psicóloga: Entendi. Geralmente, são sonhos que te trazem que tipo de sentimento? Assim, como é que você fica?

Paciente: Ai, eu não ... parece que eu fico em paz quando sonho assim, aí a minha filha fala “ai mãe, você fica só sonhando com o pai”, que eu conto para ela: “nossa, sonhei com seu pai de novo, né”.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Eu falo assim a gente não escolhe o que vai sonhar, eu ainda falo pra ela quando eu lembro, né.

Psicóloga: Uhum, uhum. Mas aí quando você desperta geralmente as sensações são mais positivas, mais agradáveis do que desagradáveis, você acha?

Paciente: Ai, fica um pouco desagradável né ...

Psicóloga: É?

Paciente: Porque eu não queria ficar sonhando, né ...

Psicóloga: Por que será que sonha tanto com ele?

Paciente: Hmm, não sei.

Psicóloga: Você tem alguma ideia?

Paciente: Não, não tenho.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Porque ... eu também não fico pensando assim nele 24 horas de ficar pensando, não fico.

Psicóloga: Tem coisas que você fica pensando com frequência.

Paciente: Não ...

Psicóloga: Não? Ou fica preocupada?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não. Agora parece que você consegue localizar um pouco né, _____ assim, questões também, conforme você vai contando desse processo de adoecimento né, do seu ex-marido como que era o nome dele?

Paciente: _____.

Psicóloga: É, quando você vai contando um pouco da história do _____, você também parece que vai localizando aí nesse período em que você se separa dele um processo de adoecimento relacionado a você também.

Paciente: Aham.

Psicóloga: Né, quando você fala que começa a perceber esse desconforto abdominal, as dores que você sente.

Paciente: Foram.

Psicóloga: E que aí isso te conduz a uma busca por ajuda, um tratamento, né. Então quando você faz um pouco uma hipótese de que talvez a separação tenha trazido para ele repercussões emocionais, você acha que trouxe pra você também?

Paciente: Trouxe.

Psicóloga: E aí o que que você consegue dizer disso assim, o que você acha, como foi com você, né? O que isso trouxe de efeitos pra você?

Paciente: Ai, eu achei assim que mexeu muito, sabe? Tipo, foi uma época que eu comecei a tomar remédio ...

Psicóloga: Que remédio?

Paciente: Sertralina ...

Psicóloga: Ahn. Você usa até hoje?

Paciente: Uso.

Psicóloga: Uhum, uhum. Você lembra qual que é a dosagem?

Paciente: Ai, não lembro.

Psicóloga: São quantos comprimidos por dia?

Paciente: Um por dia.

Psicóloga: De manhã?

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum. Provavelmente é 50 mg.

Paciente: Eu acho que é sim.

Psicóloga: Nessa época você procurou por um tratamento para usar a sertralina? Como foi que você começou?

Paciente: E procurei um clínico, fui contando né que ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Que eu andava muito nervosa, tudo, né.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí ele falou “ah, vou passar um remedinho pra você que você vai ficar mais calma.”

Psicóloga: Foi a primeira vez em que você percebeu que precisava de uma ajuda ...

Paciente: Sim

Psicóloga: ... pras questões emocionais?

Paciente: É.

Psicóloga: Até então você nunca tinha feito nenhum tratamento?

Paciente: Não tinha.

Psicóloga: Tá. E desde então você continua o uso da mesma medicação?

Paciente: Continuo.

Psicóloga: E aí você disse pro médico clínico que você tava muito nervosa.

Paciente: Sim.

Psicóloga: Tá. Naquele momento você acha que esse estar muito nervosa tava ligado ao que?

Paciente: Ah, foi tudo que ... na separação, tudo ... ele ter falecido, tudo, sabe?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Foi isso. Falei que a morte dele abalou muito, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Que era uma pessoa muito jovem, né? Falei “nossa”.

Psicóloga: Qual que era a idade que ele tinha ...

Paciente 49 ...

Psicóloga: ... quando ele faleceu ... 49. Tinha a mesma idade que você?

Paciente: Tinha.

Psicóloga: Ele era um pouco mais novo que você ou vocês tinham a mesma idade?

Paciente: 2 meses mais novo.

Psicóloga: Tá. Uhum, uhum. Bastante jovem mesmo, né.

Paciente: É.

Psicóloga: Você acha que de alguma forma você faz uma certa associação com ele ter ficado mais nervoso, né, situações que ele foi vivendo aí nessa, nesse outro relacionamento, mas ele tinha outro histórico de adoecimento já?

Paciente: Ele tinha, tinha muita dor de cabeça já fazia tratamento há um tempão, sabe

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... pra dor de cabeça.

Psicóloga: Uhum. Mas não sabia se tinha mesmo algum comprometimento anterior?

Paciente: Ah, uma época fez tratamento, diz que ele tinha epilepsia, depois diz que era um foco irritativo.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eu não sei se foi isso também, né que ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas o que o médico explicou pra gente foi que a doença da perna subiu.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Porque quando eles foram fazer a cirurgia na perna eles localizaram que tinha também na virilha. Tiraram.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Daí dali subiu.

Psicóloga: Entendi. E aí então você faz essa busca por esse tratamento né, no clínico ...

Paciente: Aham.

Psicóloga: Você começa então a fazer outros tratamentos, como foi? Que outras coisas você acha que veio como uma repercussão, né? Na sua saúde ...

Paciente: Foi.

Psicóloga: ... dessa questão emocional.

Paciente: Então, aí eu comecei o tratamento com o clínico. Aí a pressão começou a ficar mais alterada, sabe. Aí já entrou com medicamento também pra pressão alta.

Psicóloga: Que será que tava fazendo a as pressão subir? O que que tava te pressionando, né?

Paciente: Aham. Que até hoje se eu fico muito nervosa minha pressão sobe.

Psicóloga: Tá. Mas isso começou a acontecer naquele momento?

Paciente: É.

Psicóloga: Antes disso não tinha?

Paciente: Não, não tinha nada.

Psicóloga: Uhum. E hoje você ainda usa medicação para pressão alta?

Paciente: Uso.

Psicóloga: Qual que você tá usando?

Paciente: Losartana e atolonadipila.

Psicóloga: Uhum, uhum. É ... e aí me conta pouquinho, _____, como que tava até então a sua relação com o seu corpo, né?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Você fala um pouco aí desse momento dessa busca e da descoberta da hérnia, mas até então ao longo desse tempo do casamento, como que você tava com essas questões do próprio corpo, como foi pra você as experiências de ter sido mãe?

Paciente: Eu acho que já me incomodava assim, ser gorda, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Porque eu vivia assim tomava remédio para emagrecer, sabe?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu conseguia emagrecer. Depois ficava tipo aquele efeito sanfona. Emagrecia e depois engordava tudo de novo.

Psicóloga: Você se lembra alguma das medicações que você usou?

Paciente: Lembro.

Psicóloga: Hmm. O que?

Paciente: Nossa ...

Psicóloga: Ou quantas vezes né, em quais momentos ...

Paciente: Nossa, eu tomei uma que falam que agora é até proibido. Nossa, fugiu ...

Psicóloga: Mas aí foi quantas vezes? Assim, em quantos momentos você acha que fez uso dessa medicação?

Paciente: Eu cheguei até a fazer tratamento com o Carneiro, sabe?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: A gente tinha unimed na época, tudo ...

Psicóloga: Uhum. Aí era um tratamento pré-bariátrico?

Paciente: Não.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Era um tratamento pra emagrecer.

Psicóloga: Pra emagrecer ...

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum, uhum. E durou muito tempo esse tratamento?

Paciente: Ah, acho que fiz um ano assim, aí eu emagreci ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Na época eu perdi 29 quilos.

Psicóloga: Bastante. Em um ano?

Paciente: É. Aí voltou tudo de novo.

Psicóloga: Tá. Você lembra qual foi o ano que você fez esse tratamento?

Paciente: Ah, eu não me lembro.

Psicóloga: Quanto tempo?

Paciente: Não me lembro. Faz tempo.

Psicóloga: E aí o efeito desse tratamento, né, esse processo de emagrecimento, ele durou por quanto tempo?

Paciente: Ah, eu fiquei uns 6 meses assim com o corpo bom, depois ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Magra depois já voltou.

Psicóloga: Uhum. 6 meses. Era sibutramina que você ...

Paciente: Isso! Era mesmo!

Psicóloga: Era isso?

Paciente: Eu lembrava que tinha fim tipo sertralina (risos).

Psicóloga: Aham, aham. Sibutramina. Foi a única vez então

Paciente: Foi.

Psicóloga: ... que você fez por um tempo maior ... foi um ano? Tá. E aí quando você diz que sempre foi gordinha, esse histórico é desde a sua infância, _____?

Paciente: Não, foi depois. Eu lembro que quando eu casei eu pesava 60 quilos.
Psicóloga: Você lembra que era o menor peso na vida adulta?
Paciente: Aham.
Psicóloga: 23 anos e 60 quilos.
Paciente: Era o que eu pesava.
Psicóloga: Uhum.
Paciente: Depois começou depois que eu tive a minha primeira filha que eu comecei a engordar.
Psicóloga: Durante a gravidez ou depois?
Paciente: Durante a gravidez da minha primeira eu engordei 30 quilos.
Psicóloga: Tá. O que você acha que fez com que isso acontecesse em 9 meses ter esse aumento de 30 quilos?
Paciente: Ah, não sei se eu comi muito na gravidez, depois eu não conseguia perder mais não.
Psicóloga: Tá. Então de 60 quilos você passou para 90?
Paciente: Sim.
Psicóloga: Foi esse o primeiro salto que você teve?
Paciente: É.
Psicóloga: Na infância e na adolescência não tinha sobrepeso?
Paciente: Não.
Psicóloga: Tá. Uhum. Foi a partir da vida adulta.
Paciente: Foi.
Psicóloga: Você lembra, é ... quando você, qual foi sua idade ao engravidar da primeira filha?
Paciente: 24.
Psicóloga: Foi logo depois que você casou então?
Paciente: Foi.
Psicóloga: Uhum. E aí na segunda gestação isso também aconteceu?
Paciente: Eu engordei, já tava gordinha, né?
Psicóloga: Tá.
Paciente: Aí eu fui pra 102 quilos.
Psicóloga: Teve uma mudança de 12 quilos mais ou menos.
Paciente: É.
Psicóloga: Foi menor em proporção apesar de ter aumentado.
Paciente: É.
Psicóloga: E aí, após essa segunda gestação você conseguiu emagrecer?
Paciente: Não. Aí não consegui mais nada mesmo.
Psicóloga: Esse tratamento que você contou aqui, ele foi mais tardio ... foi depois de ter sua filhas?
Paciente: Depois que eu tive a primeira.
Psicóloga: Tá. Foi depois então.
Paciente: É porque tem 7 anos de diferença assim uma da outra.
Psicóloga: Sim, sim. E o que fez com que você engravidasse novamente depois de 7 anos, foi um planejamento?
Paciente: Eu queria muito. É! Fiz até tratamento pra poder ter outro filho.
Psicóloga: Ahn.
Paciente: Porque eu fiquei grávida, daí eu perdi.
Psicóloga: Ah, houve um aborto?
Paciente: Houve.
Psicóloga: Hmm. Em que momento?

Paciente: Ah, foi ... então, foi perto assim. 7 anos de diferença uma da outra.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Eu queria muito ficar grávida. Fiquei.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí eu perdi. O nenozinho não desenvolveu.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí foi, fiz curetagem, tudo. Fiz todos os exames, diz que tava tudo bem comigo.

Psicóloga: Aham. Não teve nenhuma explicação praquela situação do bebê ...

Paciente: Não.

Psicóloga: Não ter se desenvolvido? Você ficou grávida por quantos meses?

Paciente: 4 meses.

Psicóloga: 4 meses. Você descobriu logo no começo que tava grávida?

Paciente: Não. Assim, logo no começo fiz o exame já deu que tava grávida.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí eu comecei o pré-natal, tudo. Aí com 4 meses fui fazer um ultrassom.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí deu que não tinha nada, que não tinha desenvolvido nada.

Psicóloga: Tá. Mas mesmo assim você precisou fazer curetagem?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Como foi essa experiência de ter perdido uma gestação?

Paciente: Ai pra mim eu ... foi horrível, porque eu já sentia que já tava com outro filho, né?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E eu ... meu sonho era ter um filho homem, né.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: E pra mim era como se eu tivesse perdido meu filho homem.

Psicóloga: Hmm. Por que? Como assim?

Paciente: Ah, porque eu chorava, sabe? Porque pra mim, é eu tinha perdido meu filho.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E aí depois, dali uns dois meses eu fiquei grávida de novo. Aí eu falei pro médico, né ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... faz um ultrassom porque eu não quero que aconteça que nem aconteceu a primeira vez.

Psicóloga: A primeira vez?

Paciente: Que eu perdi, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Que eu falei que demorei tanto tempo pra fazer o ultrassom e quando eu fiz não tinha, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu falei “faz o ultrassom pra mim pra ver”.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí ele fez o ultrassom e falou “não, tá bonitinho, tá aqui”.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Aí veio outra menina ...

Psicóloga: Sei. E aí?

Paciente: Ai amei do mesmo jeito.

Psicóloga: Tá. Uhum. E essa é a sua filha mais nova que você disse que aos 15 anos ela tava te dando bastante trabalho?

Paciente: É.

Psicóloga: E antes, assim, em outros momentos no desenvolvimento dela você teve situações assim que exigiram de você em relação a essa filha?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não?

Paciente: Ela dava trabalho pra estudar.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Isso ela dava.

Psicóloga: Aham.

Paciente: Não gostava de estudar. Tinha sempre que ficar pegando no pé dela pra ela estudar, sabe?

Psicóloga: Uhum, uhum. E aí essa questão de ter um filho homem, tem algum motivo, _____, essa expectativa?

Paciente: Não. Era minha vontade assim sabe? Ter um filho homem ... que eu achava que era diferente. Acho que eu via minha irmã que tinha um filho homem. Minha irmã tinha uma mulher e um filho homem.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E o filho homem dela é bem mais carinhoso com ela, sabe?

Psicóloga: Ah é?

Paciente: Aham.

Psicóloga: Como que é isso que você tem que é mais carinhoso?

Paciente: Ah, é diferente de ter filho mulher, sabe?

Psicóloga: Hmm, hmm.

Paciente: Aí eu falava assim: “aí eu também quero ter um filho homem também, porque eu acho tão lindo vocês dois juntos”.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Mas só que não tive não.

Psicóloga: Você chegou a dar nome pra esse possível bebê homem?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Qual que era o nome?

Paciente: Pablo.

Psicóloga: Pablo. Por que?

Paciente: Ah porque era já tinha _____, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: O pai chamava _____.

Psicóloga: Hmm, entendi. A sua filha mais velha chama _____?

Paciente: _____.

Psicóloga: E a sua filha mais nova?

Paciente: _____.

Psicóloga: _____. Uhum. Tem alguma questão com a letra P?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não?

Paciente: Acho que por causa do pai mesmo.

Psicóloga: Do pai?

Paciente: É.

Psicóloga: Ou foi ele que escolheu o nome das filhas?

Paciente: Não, fui eu mesma.

Psicóloga: Foi você?

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum. E assim como você, o _____ também queria ter um filho homem?

Paciente: Queria.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu acho que era mais também porque ele queria tanto que eu queria agradar ele, né?

Psicóloga: Entendi. E você percebe isso em outras relações, _____, de se preocupar bastante em agradar as pessoas?

Paciente: Sim.

Psicóloga: Como é que é isso? Me conta.

Paciente: Ai, eu falei assim, às vezes, sempre quero ficar agradando todo mundo, né?

Psicóloga: Hmm. Sempre?

Paciente: Sempre.

Psicóloga: Como é que é isso?

Paciente: Minhas filhas ... tô sempre querendo ... eu, ficar agradando, sabe?

Psicóloga: Hmm. Como é que você acha que agrada as pessoas? Como é que é?

Paciente: Ah, fazendo assim ... tipo a minha filha: ela tem criança, tem duas menininhas ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: Eu tipo ajudo ... é, ela quer sair eu fico com as meninas pra ela.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Sabe, eu ... é assim.

Psicóloga: Uhum, uhum. Tem outras coisas que você acha que também faz pra agradar? Além das situações em que ela precisa da sua ajuda, né? Outras coisas que você se percebe, às vezes, fazendo pro outro e enfim você percebe que tem efeito sobre você também de alguma maneira que você acha que te afeta fazer muito pelo outro?

Paciente: “Mãe, financeiramente preciso de dinheiro” ... se eu tenho já ajudo, né?

Psicóloga: Hmm. Quem precisa?

Paciente: Se a minha filha precisa assim de dinheiro eu já empresto.

Psicóloga: Tá. E geralmente ela te devolve?

Paciente: Não.

Psicóloga: E aí?

Paciente: Aí a minha filha mais nova sempre me cobra: “ai você fica emprestando dinheiro pra ela e ela não te paga, mãe!”

Psicóloga: Ahn. E o que que você acha que acontece, porque ela não paga?

Paciente: Ah, sei lá, acho que despercebida mesmo ...

Psicóloga: Despercebida?

Paciente: É, não paga, tipo assim, acha que é mãe e não precisa, né?

Psicóloga: Como assim? Não entendi.

Paciente: Acho que ela deve pensar assim: “é a minha mãe mesmo, né ...”

Psicóloga: Ahn.

Paciente: “... não precisa pagar”.

Psicóloga: Não? E você concorda com isso?

Paciente: Não concordo, mas só que eu não falo nada pra não ofender ela, né?

Psicóloga: Não fala nada?

Paciente: Não.

Psicóloga: Mas o que que assim, quais são as repercussões que isso acaba tendo sobre você? Essa questão de você emprestar uma porção do seu dinheiro, isso de alguma maneira falta pra você, pras suas coisas?

Paciente: Às vezes falta sim.

Psicóloga: É? E aí? Mesmo nessas situações você não fala?

Paciente: Não falo.

Psicóloga: Hmm. O que você acha que acontece?

Paciente: Ah, medo de magoar, né ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... por isso que eu não falo.

Psicóloga: O que que aconteceria se magoasse, o que que é o medo de magoar?

Paciente: Eu prefiro ... aí acaba eu me magoando, né ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... pra não magoar elas.

Psicóloga: Você fica magoada com ela?

Paciente: É.

Psicóloga: Hmm. E aí, o que você acha disso, né, que você acaba fazendo com você? Por que será que isso acontece?

Paciente: Eu acabo sofrendo, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Acabo ficando nervosa, tudo ... mas não ... nunca fui assim, sabe, de ficar falando ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Aí acabo ficando ... guardo pra mim.

Psicóloga: Hmm. Guarda o que?

Paciente: Ah, se eu tô chateada sabe, não sou de ficar falando com as minhas filhas não.

Psicóloga: Fala com outras pessoas?

Paciente: às vezes sim, às vezes não também.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Tem uma no meu serviço que eu converso mais com ela, sabe?

Psicóloga: Uma o que?

Paciente: Uma funcionária lá que trabalha comigo, sabe.

Psicóloga: Sei.

Paciente: A gente sempre conversa e ela sempre fala pra mim assim: “você não pode _____, você tem que ...”. Um dia tava comentando do dinheiro, ela falou: “se você emprestou ela tem que te pagar”.

Psicóloga: Ahn. Ahn.

Paciente: “não é por ser sua filha ...”

Psicóloga: Hmm. E aí acontece situações em que você consegue dizer, por exemplo, quando ela solicita de você né, algum dinheiro emprestado, de você dizer, por exemplo, que você não tem ou que não consegue aquele mês, alguma coisa neste sentido ou não, prontamente quando ela te solicita você acaba ...

Paciente: É ... porque tipo assim ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: “Ai mãe você me empresta porque olha, no pagamento já te devolvo, já transfiro pra sua conta”.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas só que isso não acontece.

Psicóloga: Fica como uma promessa?

Paciente: É.

Psicóloga: E aí, no dia quando chega o pagamento? Você não pergunta?

Paciente: Num pergunto, ela também não fala nada.

Psicóloga: E aí acontecem outras situações dela te pedir dinheiro emprestado de novo?

Paciente: Uhum.

Psicóloga: Mesmo sem ter pago?

Paciente: É.

Psicóloga: E aí, como que é isso de ficar um “não dito”, né ... parece assim ...

Paciente: É ...

Psicóloga: O que você acha que acontece?

Paciente: Ah, não sei porque eu não comento, ela também não fala nada.

Psicóloga: Hmm. E acontece, por exemplo, situações em que você não tenha o dinheiro pra emprestar e você acaba se virando, dando um jeito pra ajudar ou não? Como que é isso?

Paciente: Não, não cheguei a fazer isso.

Psicóloga: Quando você não tem, você consegue dizer que não tem?

Paciente: É.

Psicóloga: É?

Paciente: Mas já pede quando sabe que eu tenho, né?

Psicóloga: Como que é ... de saber, como assim?

Paciente: Tipo, se ela sabe que eu tô com dinheiro ...

Psicóloga: Como que ela sabe?

Paciente: Ah, porque às vezes eu comento, né.

Psicóloga: Ahn. Como é que você comenta?

Paciente: Ah, tipo assim, eu fiz o acerto no meu serviço, né.

Psicóloga: Hmm.

Paciente. Tava com dinheiro lá na minha conta, tudo, porque eu peguei meu fundo de garantia, tudo, né?

Psicóloga: Como que foi o acerto? Como assim?

Paciente: É porque a gente por causa da pandemia o meu patrão me dispensou, né?

Psicóloga: Ah, entendi.

Paciente: E a gente fez tipo um acordo, ele me pagou tudo ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... eu fiquei recebendo seguro desemprego.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Que agora que eu voltei a trabalhar, né? Ele até pediu os documentos, vai me registrar tudo de novo ...

Psicóloga: Tudo de novo?

Paciente: Tudo de novo.

Psicóloga: Você aceitou voltar a trabalhar no mesmo lugar?

Paciente: Sim.

Psicóloga: É? Que que fez você decidir em voltar?

Paciente: Ah, é que eu pensei assim, acho que por causa da minha idade já fica mais difícil, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Arrumar emprego assim

Psicóloga: Mas é uma coisa que você queria, continuar trabalhando?

Paciente: Eu queria um serviço que assim não trabalhasse de sábado, domingo. Até sábado tudo bem, mas que não trabalhasse no domingo, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas daí eu fico assim insegura se eu arrumo serviço é pior do que aonde eu tô, sabe?

Psicóloga: Pior em quê?

Paciente: Ah, tipo de serviço mesmo, né? Porque ali eu fico ali no meu serviço, assim eu fico na mesa fazendo pastel, não fica forçando tanto a hérnia, sabe ...

Psicóloga: Ahn ...

Paciente: Tenho medo de pegar um outro serviço e fica mais pesado, né?

Psicóloga: Tá. Mais pesado?

Paciente: É.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: E ali eu fico só num lugar só, só fazendo ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Eles já sabem do meu problema, né, eles já ...

Psicóloga: Que que eles sabem?

Paciente: Ele sabe que eu tenho problema de hérnia, não posso ficar abaixando muito, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então se eu derrubo alguma coisa no chão, as meninas vão e pegam pra mim pra mim pra não ficar forçando ...

Psicóloga: Uhum. Já tem anos que você trabalha lá?

Paciente: 9 anos.

Psicóloga: 9 anos. Uhum. É um emprego estável pra você?

Paciente: É.

Psicóloga: E aí agora você aceitou então ser registrada novamente?

Paciente: Aceitei.

Psicóloga: E lá você trabalha todos os dias?

Paciente: Todos os dias, das 10 às seis e meia da tarde.

Psicóloga: Não tem folga?

Paciente: Tem uma na semana.

Psicóloga: Tá. E geralmente qual que é o dia da sua folga?

Paciente: É ... quarta-feira. Hoje que ela me deu folga, falei que eu vinha aqui, né ...

Psicóloga: Tá.

Paciente. Aí ela falou “aproveita folgar então”.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ela falou “tira a sua folga”. A gente trabalha no domingo, a cada três domingos a gente folga um na semana.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ai como dá certo da gente folgar dois dias na semana por causa daquele domingo.

Psicóloga: Ah, entendi. Mas essa não é uma semana que você vai folgar duas vezes?

Paciente: Não, foi semana passada que eu folguei duas vezes.

Psicóloga: Tá. Entendi. Uhum. E você gosta do que você faz lá, _____?

Paciente: Eu gosto.

Psicóloga: É? E aí você tava contando então de que a sua filha soube que você tinha dinheiro porque você fez o acerto.

Paciente: Sim. Aí ela veio já me empresta: “ai mãe, empresta pra mim”?

Psicóloga: Hmm. E é uma quantia que hoje você acha que, né ... tem te prejudicado?

Paciente: Não ... foi quinhentos reais que ela emprestou, sabe.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: Aí uma coisa que eu cheguei a falar pra ela: “se você não tem todo o dinheiro vai dando aos pouquinhos, não tem problema”, eu falei pra ela.

Psicóloga: Tá. Isso você chegou a dizer?

Paciente: Cheguei. Eu falei “não precisa dar tudo de uma vez não, pode depositar cem por mês pra mim, não tem problema”, eu falei pra ela.

Psicóloga: E aí, o que ela disse?

Paciente: Ela falou “ah, tá bom, vou fazer assim então”.

Psicóloga: Uhum. E aí?

Paciente: Nada.

Psicóloga: Nem assim?

Paciente: Mesmo assim não ...

Psicóloga: Como é que você se sente com essa situação, _____?

Paciente: Ah, eu me sinto assim que não se importa muito, né? Com a gente, né? Tipo não me importo: “nossa a mãe tem dinheiro porque ela trabalhou, né?”

Psicóloga: Uhum.

Paciente: “... porque ela ganhou ... ela vai precisar, né?”

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí eu me sinto assim. Nossa, ela devia pensar: “ah, coitada da minha mãe né, deixa eu devolver o dinheiro dela”.

Psicóloga: Hmm. E ela trabalha, a sua filha?

Paciente: Trabalha, ela é professora. Dá aula.

Psicóloga: Tá. Ela tá registrada também?

Paciente: Tá.

Psicóloga: Aham. Também tem uma renda, digamos assim?

Paciente: Tem. Faz 10 anos que ela tá nessa escola lá.

Psicóloga: Quase o mesmo tempo que você trabalha, ela também?

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum. Uhum. E isso de você dizer né, de que parece que não se importa ... isso aparece em outras relações que você tem?

Paciente: Na relação que eu tenho com ela?

Psicóloga: Ou com outras pessoas também, né.

Paciente: Aham.

Psicóloga: Tem outras situações que você se sente assim? De que ...

Paciente: Não.

Psicóloga: Parece que o outro não se importa?

Paciente: Não.

Psicóloga: E o que que você faz com isso né, de que assim, isso que te ocorre com a sensação: “nossa, parece que ela não se importa, né”. E você, o quanto que você se importa com você mesma? O que que você percebe?

Paciente: Ah, não sei te explicar isso daí.

Psicóloga: Hmm. Você acha que tem conseguido se importar com coisas que são ... é ... que de alguma forma você se preocupa, que tenha a ver com você mesma ... você acha que você também se importa com você?

Paciente: Ah sim, eu me importo comigo.

Psicóloga: É? Como é que isso aparece?

Paciente: Aí eu me importo assim, tipo ... quero me cuidar agora, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: É ... a minha filha: “ai, tomou os remédios”? Eu tomo todo dia os remédios certinho, eu me importo com a minha saúde, tudo ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Falei que eu quero tá bem, né?

Psicóloga: Uhum. Como é que é estar bem?

Paciente: Ah estar bem, não sentir nada, né?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Tipo assim ... é ficar doente, nada, né?

Psicóloga: Tá. E hoje você se sente doente?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não? Uhum, uhum.

Paciente: Falei graças a Deus tô bem.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Tirando o problema da obesidade que me incomoda muito, né?

Psicóloga: Hmm. O que que te incomoda? Me conta.

Paciente: Ai, me incomoda ser gorda. Parece que não dá pra ficar bom, você põe uma roupa, não tá bom ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Vai comprar uma roupa não acha.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: E isso incomoda, nossa ...

Psicóloga: Hmm. Você percebe que afeta que áreas da sua vida né, a obesidade?

Paciente: Ai afeta viu, falei ... tudo que você põe, sabe, tudo tem que ser grandão. Não gosto que marca porque ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... parece que vai aparecer mais.

Psicóloga: Parece mais o que?

Paciente: Mais gorda ainda.

Psicóloga: Sei. Você acha que assim, os fatores que hoje influenciam né, o fato de você estar com sobrepeso, estar com obesidade ... que, que coisas que foram acontecendo em que você acabou tendo isso como um efeito, né? Estar com obesidade, o que você acha que foi? O que você percebe?

Paciente: Ai, então eu percebo assim, foi tudo sistema nervoso que foi engordando, engordando, sabe.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Falei hoje tem a dificuldade pra andar ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: ... porque o corpo pesa, dificuldade pra abaixar.

Psicóloga: Uhum. E aí quando você fala que foi o sistema nervoso, né ... é o que que você poderia dizer assim né, o que você tá nomeando como sistema nervoso, o que que é?

Paciente: Acho que tudo o que vivi né, essa época ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: ... eu passei pela separação, a morte. Foi tudo isso.

Psicóloga: Tá. Você fala de situações de perda né, _____?

Paciente: Aham.

Psicóloga: Então a separação uma situação de perda ...

Paciente: É ...

Psicóloga: ... depois o falecimento do marido né, desse companheiro aí também como uma situação de perda, né?

Paciente: Foi.

Psicóloga: Como é que você, assim ... como é pra você olhar pra essas situações de perda que você teve, né?

Paciente: Ah hoje em dia eu sou assim, eu morro de medo de perder, sabe?

Psicóloga: Ah, é?

Paciente: Eu tenho uma irmã que ela é a mais velha.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Eu que cuido dela, sabe. Ela tem 78 anos.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então eu fico apavorada. Quando ela liga que ela não tá bem eu já fico apavorada. Morro de medo de perder.

Psicóloga: Hmm. O que que é isso, morrer de medo de perder?

Paciente: Acho que medo que ela morra também, sabe?

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Porque eu tenho ela assim pra mim como se fosse minha mãe, sabe?

Psicóloga: Ahn. Como que é a relação de vocês duas?

Paciente: É de mãe e filha mesmo.

Psicóloga: Tá. Você tá com ... qual é a distância de idade de vocês? Ela tá com setenta e?

Paciente: 78.

Psicóloga: Como que ela chama?

Paciente: _____.

Psicóloga: E ela tá doente? Você cuida dela em que assim, que tipo de ajuda que ela precisa?

Paciente: Não, ela não tá doente.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Ela toma as medicações dela do dia-a-dia.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mora sozinha.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Só que eu ... sinto assim, ela já tá com 78 anos, já tá ficando mais velhinha, né?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Assim, cuido assim, dou mais atenção, levo no médico ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Até construí lá um quarto lá na casa dela e vô monta lá, vou por uma cama, um guarda-roupinha porque quando ela precisa eu vô e durmo lá com ela.

Psicóloga: Tá. E ela precisa sempre?

Paciente: Não.

Psicóloga: Não? Tá. Ela fica um pouco independente ainda então?

Paciente: Sim, nossa. Ela é, ela cozinha, ela limpa a casa, faz tudo.

Psicóloga: Ela também tá lúcida ainda?

Paciente? Tá.

Psicóloga: Ah, é. Aham. Ela tem obesidade?

Paciente: Tem. Menos do que a minha, mas ela tem também.

Psicóloga: Além da _____, quais outros irmãos você tem, _____? Vocês são em quantos?

Paciente: Tem ... a _____, a _____, a _____, a _____ e eu, somos em 5 irmãs e um homem.

Psicóloga: Tá. E esse homem, ele é o caçula?

Paciente: Não, a caçula sou eu.

Psicóloga: Você é a caçula?

Paciente: Sou.

Psicóloga: Tá. Os outros irmãos, eles tem obesidade?

Paciente: Tem, todos tem.

Psicóloga: Todos? Uhum. Algum deles já fez cirurgia?

Paciente: Não.

Psicóloga: E aí você acha que assim como você os irmãos, eles desenvolveram a obesidade na fase adulta, na vida adulta? Ou

Paciente: Sim, foram ...

Psicóloga: Não foi na infância e na adolescência?

Paciente: Não.

Psicóloga: E os seus pais, _____?

Paciente: Meus pais também eram gordinhos.

Psicóloga: Eles são falecidos já?

Paciente: São.

Psicóloga: Você lembra qual foi a idade que eles faleceram?

Paciente: A minha mãe foi com 78 anos e o meu pai com 90.

Psicóloga: A sua mãe faleceu quando ela tinha a idade da _____?

Paciente: Sim. Isso que, sabe aí eu fico nervosa. Porque o dia que ela fez 78 anos ela falou: “nossa, a idade que a minha mãe morreu, né?”

Psicóloga: Hmm. Uhum.

Paciente: Aí agora nossa, eu morro de medo de perder ela.

Psicóloga: Ela em particular é alguém com quem você tem uma boa relação?

Paciente: Sim.

Psicóloga: É?

Paciente: Com os outros eu tenho, mas não é assim tão apegado como somos nós duas, sabe?

Psicóloga: Tá.

Paciente: A gente liga todo dia, uma liga pra outra, sabe?

Psicóloga: Uhum. Uhum.

Paciente: Saber como tá ...

Psicóloga: Uhum. Você disse que a relação que você tem com ela é uma relação como mãe e filha ...

Paciente: Sim, é.

Psicóloga: Como é uma relação como mãe com filha? Como é que é?

Paciente: Ah, tipo assim ... o amor que ela dá pra mim eu dou pra ela. É, o que uma precisa da outra, támo sempre junto, sabe?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Se a gente sai, a gente sai junto.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: É ... agora que eu fiz a cirurgia do olho ela ficou em casa cuidando de mim.

Psicóloga: Uhum. Uhum.

Paciente: Ficou o tempo todo. A hora que eu fizer a bariátrica também.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí a gente já combinou que eu vou pra casa dela, que ela vai me ajudar.

Psicóloga: Uhum. Uhum. Tem outras características que você acha que ... é se relacionam com isso né, com uma relação mãe e filha?

Paciente: Ah, porque sempre ela falou assim né ... sempre ... quando você nasceu ... é ... eu tinha você como minha filha, ela falava pra mim: “eu sempre cuidei de você”.

Psicóloga: Uhum. E a sua mãe, como que ficou assim, nessa etapa né, de quando você nasceu, você sendo a última filha?

Paciente: Então, ela falou assim, ela que conta pra mim, ela que conta que quando eu nasci a minha mãe ficou muito doente ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... porque era uma época que não ia em médico, nada né.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí a minha mãe ficou doente, teve uma hemorragia que acharam que iam até perder ela.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí a minha irmã diz que já começou sabe, cuidava de mim.

Psicóloga: Tá.

Paciente: E aí depois a minha mãe sarou, diz que a minha mãe trabalhava muito.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: E a minha irmã ficava em casa cuidando de mim ...

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: ... pra minha mãe trabalhar.

Psicóloga: Tá. Sua mãe fazia o que, você sabe?

Paciente: Trabalhava na roça mesmo.

Psicóloga: Tá. Uhum. E aí você, ao longo do tempo, como foi a sua relação com a sua mãe mesmo?

Paciente: Não, com a minha mãe foi normal, sabe ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: É ... eu morava com ela até 18 anos.

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Aí depois eu vim ... a gente morava em Pardinho, né?

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí depois a minha mãe ficou morando lá e eu vim embora pra cidade pra trabalhar.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Mas eu ficava durante a semana aqui e todo final de semana eu ia pra casa dela.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí depois que eu casei, tudo, aí mesmo assim eu e meu marido a gente ia todo final de semana lá ...

Psicóloga: Tá. E a sua irmã _____, ela ficou morando com a sua mãe até a sua mãe falecer? Você disse que ela é sozinha ...

Paciente: Ela é.

Psicóloga: ... ela chegou a casar e ter filhos?

Paciente: Ela casou.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Ela casou só que o marido dela faleceu.

Psicóloga: Também faleceu.

Paciente: Faleceu.

Psicóloga: Aham. Ela não teve filhos?

Paciente: Num teve, porque quando ela casou já tava bem velha, né?

Psicóloga: Sei.

Paciente: Aí ela nem teve filho.

Psicóloga: Bem velha quanto assim?

Paciente: Ah, acho que quase 50 ano ela tinha.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Aí ele também já era ele teve um filho, mas o filho dele já tinha falecido quando eles casaram.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: Aí ele faleceu, ela ficou morando sozinha.

Psicóloga: Parece que você fala um pouco de situações de homens que falecem, né?

Paciente: Aham.

Psicóloga: Seu pai faleceu antes da sua mãe também?

Paciente: Meu pai não.

Psicóloga: Não?

Paciente: Depois que a minha faleceu, meu pai veio morar comigo.

Psicóloga: Ahn. E aí?

Paciente: Aí foi a terrível perda também né, porque eu cuidei dele 7 anos.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Ele ficou na cama, tudo.

Psicóloga: Que que ele teve a ponto de precisar da sua ajuda?

Paciente: Ai, ele já era velhinho, né. Então, aí ele caiu ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... ele teve uma fratura no fêmur, não andou mais, ficou na cadeira de rodas, né.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Daí eu dava banho.

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Cuidava dele, parei de trabalhar, cuidava dele.

Psicóloga: E na época que você cuidou do seu pai você ainda era casada?

Paciente: Era.

Psicóloga: Ele faleceu com que idade?

Paciente: 90 anos.

Psicóloga: Tá. Ele era mais velho que a sua mãe? Bem mais velho ...

Paciente: É.

Psicóloga: Aham. E ele acabou falecendo do que?

Paciente: Ah, daí ele começou a ter falência de órgãos assim, sabe.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: A médica falou que era porque já tava velhinho mesmo ...

Psicóloga: Pela própria idade?

Paciente: É.

Psicóloga: E a sua mãe, do que que ela faleceu?

Paciente: Depressão.

Psicóloga: Depressão? Como assim?

Paciente: Ai, ela começou a ficar deprimida, deprimida e ... a gente levou ela no médico, o médico passou remédio tudo pra ela, falou que ela tava com depressão, ela começou a emagrecer, emagrecer ...

Psicóloga: Tá.

Paciente: E teve um domingo, a gente tava na casa dela, sabe quando a pessoa fica que não reage é fica parada assim ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: A gente falava, parecia que ela não tava nem ouvindo a gente. Aí a gente tava no domingo lá todo mundo almoçando com ela ...

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Ela entrou no banheiro e ela começou a vomitar. Aí pegamos ela, trouxemos aqui pra Unesp.

Psicóloga: Sei.

Paciente: Daí diz que não deram pra fazer mais nada, já tiveram que intubar ela.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Aí diz que o coração disparou. No atestado de óbito tava assim: “arritmia, cardiopatia”, sabe?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Mas tudo começou numa depressão que ela teve.

Psicóloga: Você sabe o que desencadeou essa depressão da sua mãe?

Paciente: Sim, ela morria de medo do meu pai morrer.

Psicóloga: Hmm.

Paciente: Foi aí que desencadeou.

Psicóloga: Mas ele tava doente?

Paciente: Ele tinha problema de coração né, naquela época já, que ele tomava medicação, tudo.

Psicóloga: Aham.

Paciente: E como morava só os dois sozinhos, ela comentava comigo ...

Psicóloga: Hmm.

Paciente: ... “morro de medo do seu pai morrer pra mim sozinha”.

Psicóloga: Ela dizia que morria de medo de ...?

Paciente: Dele morrer.

Psicóloga: E ela ficar sozinha?

Paciente: É.

Psicóloga: Tá. Você acha que começou aí?

Paciente: Foi. Foi aí que começou.

Psicóloga: O medo?

Paciente: É. Porque ela comentava comigo que ela falou “à noite, vou até escutar pra ver se ele tá respirando”.

Psicóloga: Eles não dormiam mais na mesma cama?

Paciente: Dormiam.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Aí ela ... porque é ... ela tinha na cabeça dela assim que ele tinha problema de coração e podia morrer de uma hora pra outra assim, né. E ela morria de medo, tadinha.

Psicóloga: Que curioso, porque parece que foi esse inclusive atestado como motivo da morte dela ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... uma questão cardíaca.

Paciente: Foi.

Psicóloga: Arritmia.

Paciente: É.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Foi ...

Psicóloga: Quantos anos ela permaneceu assim com essa depressão ou foi muito rápido que ...

Paciente: Não, foi rápido assim ... acho que ela ficou um ano assim com essa depressão.

Psicóloga: Tá. Uhum. E ela chegava a dizer pro próprio marido né, pro seu pai, que ela tinha medo de ...

Paciente: Dizia.

Psicóloga: Ela dizia?

Paciente: Pra ele não, ela falava pra gente.

Psicóloga: Ah tá.

Paciente: Sabe?

Psicóloga: Sei, sei.

Paciente: Conversando com a gente ela falava.

Psicóloga: Uhum. E aí acabou que ela faleceu antes?

Paciente: É. Aí ela foi ficando muito fraquinha sabe, por causa da depressão. Aí a gente ... é tudo trabalhava, casado, e não podia ficar lá com ela.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Acabamos pagando uma moça, que a moça ficava lá com ela cuidando dela ...

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: E a gente ia sempre de final de semana né, daí já ia na sexta à noite e ficava no final de semana com ela.

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Mas foi, foi isso que desencadeou a depressão.

Psicóloga: Uhum, uhum. Parece que você vai localizando situações aí da experiência emocional, né ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... que vai também trazendo algumas repercussões sobre a própria condição de vida da pessoa ...

Paciente: É.

Psicóloga: ... do próprio corpo, né? E aí como que é pra você fazer esse panorama, né? Fazer esse regaste da sua história, falar sobre essas situações ... como é que é isso pra você?

Paciente: De estar resgatando assim?

Psicóloga: Uhum.

Paciente: Nossa, dá impressão que volto lá, sabe?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Naquele momento, sabe? Da gente passou tudo aquilo que passou.

Psicóloga: Ahn. E o fato de passar por essas experiências, geralmente você consegue conversar com as pessoas sobre o que isso desperta em você de sentimento ou não, você acha que dificilmente comenta o que sente?

Paciente: Ah, dificilmente eu comento ...

Psicóloga: Ah é? Tá. Não é muito comum de que você compartilhe com as pessoas o que tá acontecendo?

Paciente: Não.

Psicóloga: Tá.

Paciente: Então, eu converso mais assim com essa irmã minha, sabe?

Psicóloga: Ahn.

Paciente: Com ela sim eu tenho ... converso.

Psicóloga: Tá. Uhum.

Paciente: A gente conversa sobre o passado, sabe?

Psicóloga: Uhum, uhum.

Paciente: Mas assim com as minhas filhas, pros outros, não.

Psicóloga: Tá, entendi. É, bom _____, pelo nosso horário hoje, acho que a gente poderia encerrar e aí eu queria saber se até pelo fato de você ser daqui de Botucatu, se seria uma opção pra você vir na próxima segunda, e aí a gente poderia fazer um atendimento bem mais cedo pra você ter a chance de poder ir pro seu trabalho ...

Paciente: Ah, sim.

Psicóloga: ... sem ser a folga, pode ser?

Paciente: Pode.

Psicóloga: Aí eu marco no primeiro horário ...

Paciente: Tá.

Psicóloga: ... você consegue vir? Tá. Deixa só eu pegar aqui.

Paciente: Viu, sabe o que eu ia comentar com você? A _____ passou pra mim marca uma endoscopia e os exames de sangue ...

Psicóloga: Ahn.

Paciente: ... só que tá faltando, né. Mas eu não consigo marcar.

Psicóloga: Não tem vaga?

Paciente: Ai, não sei, falaram que não tá com agenda. Será que eu tenho que tentar hoje de novo?

Psicóloga: Acho que é uma opção já que você está aqui, né?

Paciente: Já tô, né?

Psicóloga: Você pode perguntar. Deixa eu ver se imprimo uma declaração. Eu não sabia que você tava de folga e fiz uma declaração, mas aí você pode guardar como um registro do atendimento, né ...

Paciente: Tá.

Psicóloga: ... que você veio. Deixa só eu marcar aqui uma data de retorno.

História do Desenho da Figura Humana

Paciente: O que acontece?

Psicóloga: Huhum.

(...)

Paciente: Escreve aqui?

Psicóloga: Você prefere escrever a história?

Paciente: Não. Só falar assim já tá bom?

Paciente: Ó, o que eu desenhei aqui foi minha neta e eu sempre gosto de ficar tirando foto, adora ficar gravando, sabe? Gravando ela. Adora ficar comigo e só quer ficar com meu celular tirando foto.

Psicóloga: O que te fez lembrar da sua neta?

Paciente: Acho que é porque ela é mais presente, comigo é a netinha que fica mais comigo.

Psicóloga: Tá. Ela é a pessoa que fica mais com você?

Paciente: É.

Psicóloga: Pensando que uma história tem começo, meio e fim, você conseguiria contar uma história, alguma situação?

Paciente: Ela tava filmando e ela não viu que eu tava atrás dela e eu tava sem roupa, né?! Tinha acabado de tomar banho, tava me trocando e ela filmando ela lá e não me viu. Aí quando fui olhar no celular o que ela tinha filmado é que eu vi lá, né?! Sem roupa, tudo. Aí ligo pra ela e falo _____olha o que você fez aqui? Você filmou e me gravou, né?! Aí, ela respondeu: Ai vó, foi mal, vó. Nem te vi aí.

