

## Razões para a insatisfação da paciente mesmo com bom resultado cirúrgico



GUSTAVO COSTA GOULART<sup>1,2,3,\*</sup>

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0122

### RESUMO

O bom resultado cirúrgico avaliado pelo cirurgião pode não coincidir com a mesma opinião da paciente. Este artigo propõe-se a discutir as razões possíveis para esta diferença, levando em conta noções de psicanálise. Avaliando os critérios percepção do corpo, influência do inconsciente e tipo de transferência, o cirurgião deve compreender como fatores de ordem subjetiva podem causar insatisfação mesmo diante de um bom resultado cirúrgico.

**Descritores:** Cirurgia plástica; Psicanálise; Satisfação do paciente; Imagem corporal; Relações médico-paciente.

### INTRODUÇÃO

O resultado bem-sucedido de uma cirurgia plástica parece estar vinculado a uma cirurgia bem realizada e livre de complicações.

Entretanto, nada suscita maior perplexidade do que a constatação de que um resultado cirúrgico irretocável é causa de insatisfação para a paciente, levantando hipóteses de irracionalidade, de transtorno mental ou de má-fé.

Nosso objetivo é buscar, com noções psicanalíticas, compreender melhor como se dão esses fenômenos.

### DISCUSSÃO

#### Lógica objetiva

De uma maneira geral, poderíamos dizer que a avaliação de um bom resultado cirúrgico segue uma lógica objetiva. A queixa da paciente corresponde a um diagnóstico anômico equivalente. A indicação cirúrgica correta, uma técnica bem executada e ausência de intercorrências, proporciona o resultado almejado. A satisfação seria uma consequência natural.

#### Lógica subjetiva

Fatores de ordem subjetiva determinarão como a paciente fará sua avaliação da cirurgia.

Esses fatores serão situados em três campos principais: a percepção do corpo, a influência do inconsciente e a relação médico-paciente, isto é, a transferência da paciente com o médico.

#### A percepção do corpo

A percepção do corpo como próprio parece natural e intuitiva, contudo, na realidade, não é bem assim. No recém-nascido, o corpo é percebido de forma fragmentada e polimorfa. É possível fazer essa dedução por meio das análises de crianças e de pacientes esquizofrênicos, nas quais seus corpos são descritos como despedaçados, segmentados e desorganizados. Por volta dos 6 aos 18 meses, no chamado estágio do espelho<sup>1</sup>, a imagem da criança vai-lhe sendo reiteradamente apresentada como sua por meio dos pais, dos adultos e do meio cultural. O

processo de totalização da imagem nesse período vai gerar uma coesão que sempre traz em si a ameaça do despedaçamento original. A cirurgia plástica pode ser um momento reativador da desorganização dessa autoimagem, por aludir à fragmentação constitucional do corpo, e surge angústia ao invés de satisfação.

Ao longo da vida, a visão do corpo será marcada não só por imagens como também por definições (significantes) e sensações próprias. Então, temos um corpo que é apreendido pelo seu aspecto imaginário (parecer), pelo seu aspecto simbólico (ser) e pelo seu aspecto real<sup>#</sup> (experiência corporal não imaginada ou simbolizada pelo sujeito e que emerge abruptamente).

Esses aspectos se sobrepõem, mas têm pesos diferentes.

Geralmente, o corpo, em seu registro imaginário, encontra-se no campo das identificações com as imagens, marcado pelo olhar do outro, pelos significantes que o adjetivam e por uma relação de dualidade e exterioridade. Isso é facilmente percebido em pessoas que ancoram sua própria imagem em referência a outra, por exemplo, modelos ou celebridades. Por isso, é comum que sejam apresentadas fotos do “modelo” a ser seguido.

O predomínio do registro imaginário faz a paciente ficar dependente de como outras pessoas (amigas) julgam sua imagem, da comparação com a de outras mulheres ou dos elementos significantes que a adjetivam. Se a cirurgia não alcança essa expectativa, facilmente um bom resultado torna-se um desapontamento.

No seu aspecto simbólico, o corpo pode estar atrelado a valores históricos, a definições da cultura, a uma tradição ou, até mesmo, a uma religião. Assim as pessoas, muitas vezes sem saber, querem ser reconhecidas por traços físicos que as identifiquem com uma nacionalidade, com uma cultura, com uma tradição histórica ou com uma religião.

Podemos, assim, compreender como a insatisfação com o resultado pode surgir de fatores psíquicos e não, necessariamente, da cirurgia em si. A grande dificuldade advém de que a motivação, quase sempre inconsciente, da origem da insatisfação acaba deslocada para o resultado da operação. Estaremos lidando com ela quando estivermos diante destas situações: a idealização imaginária da paciente não coincide com o que, de fato, pode ser obtido; a fixação da imagem do outro

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>#</sup> O conceito de real, na psicanálise laciana, não coincide com o conceito comum de realidade e se refere a aquilo que está fora da simbolização e do imaginário. É associado ao gozo e tem profunda relação com o corpo.

difficilmente permite que a paciente aceite sua nova imagem como positiva; o conflito com o lugar simbólico do corpo impede que se apreciem as melhoras obtidas. O real do corpo perturbado pela cirurgia gere intensa angústia.

## O inconsciente

Freud, em sua época, se viu intrigado com pacientes que apresentavam quadros de suposta etiologia neurológica cujo acometimento, estranhamente, não possuía correspondência anatômica<sup>2</sup>. Diligentemente, percebeu que conflitos psíquicos inconscientes se expressavam de diversas formas no corpo. Se, por um lado, esse corpo apresentava sintomas como dores, contraturas e paralisias que não tinham causa anatômica, por outro, o médico, também, se deparava com a intensificação de doenças diagnosticadas, porquanto essas condições “atraíam” conflitos mentais. O corpo imaginado, simbolizado e investido pulsionalmente<sup>3</sup> é lugar privilegiado para expressão de fantasias inconscientes que deixam tanto o médico quanto a própria paciente perplexos. Portanto, é importante para o profissional ter em mente que toda intervenção no corpo está sujeita, em maior ou menor grau, a atrair manifestações inconscientes que soarão incompreensíveis ou mesmo bizarras. Hoje, os sintomas têm uma nova roupagem como bulimia, anorexias e dismorfobias<sup>4</sup> mantendo, porém, a mesma relação com a origem psíquica.

No âmbito das cirurgias plásticas, os fenômenos geralmente surgem no pós-operatório e podem surpreender por acontecerem com pacientes que antes se mostravam muito equilibradas e tranquilas, estando longe do que, normalmente, pudesse levantar qualquer suspeita de problemas. São comuns os casos em que as dores parecem muito exageradas e há incapacitações atípicas<sup>5</sup>; podemos observar distúrbios alimentares; algumas pacientes podem apresentar aspecto de sofrimento físico digno de doenças graves que, não raro, se relacionam a fantasias masoquistas inconscientes; e o surgimento de um quadro depressivo deixa as pacientes visivelmente desmotivadas com a cirurgia, tornando frequente a insinuação de que a mesma não foi bem-sucedida.

Essas situações são difíceis para qualquer cirurgião, e a experiência clínica nos mostra que a carga emocional envolvida acaba por aumentar os níveis de cortisol, comprometendo a imunidade e contribuindo para complicações cirúrgicas<sup>6</sup>.

## A transferência

Com relação à transferência, podemos agrupá-la sob três aspectos: transferência positiva, negativa e erotizada.

Na transferência positiva, a figura do médico é percebida pelos seus melhores predicados. Sua capacidade e conhecimento são tidos como de alto nível. Em presença de complicações e, inclusive, maus resultados, uma atitude condescendente e compreensiva deixa o médico a salvo de maiores críticas. Essa transferência, entretanto, pode gerar uma demanda excessiva por parte da paciente. A falta de um pronto atendimento pelo médico pode dar lugar a uma frustração, e esta, facilmente, virar uma depreciação do resultado.

Já na transferência negativa, se dá o oposto. Pacientes tipicamente histéricas costumam assumir posições de rivalidade e hostilidade, fazem críticas ao médico, duvidam de sua capacidade técnica, desafiam a autoestima do cirurgião, insinuando que deveriam ter escolhido outro. As queixas fluem

livremente e o resultado, obviamente, é julgado sob um aspecto negativo.

Na vertente chamada erótica, surge a demanda de uma relação amorosa e/ou sexual com o médico. Aqui o profissional deve se lembrar de que este tipo de demanda o coloca no circuito do amor e do ódio. Os que desconhecem esta forma de transferência, e a rechaçam veementemente pelas mais legítimas alegações, provavelmente, se tornarão objeto de um profundo ódio que facilmente se dirige à avaliação da cirurgia. Em contrapartida, aqueles que se aventuram a corresponder amorosamente às solicitações da paciente podem se surpreender, quando do fracasso da relação, com a transformação, *ipsi literi*, de toda a carga amorosa em odiosidade.

Devemos estar cientes que, nesses três tipos de transferência, o manejo ainda está nas mãos do médico. Mesmo nas vertentes negativa e erotizada, é crucial entender o fenômeno como projeção de fantasias e posições inconscientes que a paciente aplica, naquele momento, sobre a figura do cirurgião – não à sua pessoa – e que fazem parte do rol das relações que ela tende a manter com outras ao longo da vida. Para tanto, o médico deve evitar seu próprio envolvimento afetivo para que possa atuar, sem ser agressivo ou evasivo, de forma neutra, até um apaziguamento.

## CONCLUSÃO

Pelo exposto, podemos concluir que o aprimoramento dos conhecimentos da vida psíquica contribui, inegavelmente, na compreensão da avaliação do resultado subjetivo pela paciente.

É importante reconhecer o *status* do corpo sob seus aspectos imaginário (parecer), simbólico (ser) e real. Como também é preciso valorizar a potência do psiquismo em ativar conflitos inconscientes, fazendo-os incidir sobre a cirurgia e gerando insatisfações. A prevalência do fator psíquico, caso seja negligenciado pelo cirurgião, o deixará em desvantagem e à mercê desses fenômenos.

Na perspectiva da transferência, é igualmente necessário aprimorar seu discernimento para um manejo mais eficaz. A emblemática expressão “quando a paciente complica, devemos nos casar com ela” traduz, nessa concepção, que se deve legitimar, na relação médica, o interesse, a paciência e a escuta (como exige mesmo um casamento) a fim de que a paciente se sinta inserida na esfera de interesse de seu médico e não abandonada.

Devemos ter em conta que a dificuldade em se lidar com esses aspectos do psiquismo, hoje em dia, faz-nos presenciar a migração dessas questões do espaço médico para o jurídico, ambiente cada vez mais desfavorável ao cirurgião.

## REFERÊNCIAS

1. Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
2. Freud S. Estudos sobre a histeria. Volume 2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
3. Macri S. El sintoma em la experiencia analítica. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012.
4. Scherer J. Transtornos psiquiátricos na medicina estética: a importância do reconhecimento de sinais e sintomas. Rev Bras Cir Plast. v. 32, n. 4, outubro/dezembro 2017.
5. Goulart GC. O corpo estranho na cirurgia plástica. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.
6. Cacioppo JT. Autonomic, neuroendocrine, and immune responses to psychological stress: the reactivity hypothesis. Ann NY Acad Sci. 1998 may; 840:664-73.

\*Endereço Autor:

Gustavo Costa Goulart

Rua Ribeiro de Oliveira, 50/301 – Bairro Serra, Belo Horizonte, MG, Brasil  
CEP 30220-170

E-mail: guscog@hotmail.com