



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

PRISCILA BRITO COLOMBO

**FAMÍLIA, OBESIDADE, CIRURGIA BARIÁTRICA
E SUAS INTERFACES**

**Salvador
2015**

PRISCILA BRITO COLOMBO

**FAMÍLIA, OBESIDADE, CIRURGIA BARIÁTRICA
E SUAS INTERFACES**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica de Salvador.

Orientadora: Profa Dra. Elaine Pedreira
Rabinovich

**Salvador
2015**

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

C718 Colombo, Priscila Brito.
Família, obesidade, cirurgia bariátrica e suas interfaces/ Priscila Brito Colombo. – Salvador, 2015.
96 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Família na Sociedade Contemporânea.
Orientação: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Obesidade mórbida 2. Cirurgia bariátrica - Relações familiares
I. Título.

CDU 616:316.356.2

TERMO DE APROVAÇÃO

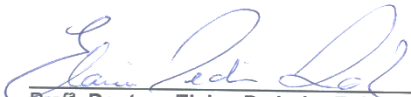
Priscila Brito Colombo

“Família, obesidade, cirurgia bariátrica e suas interfaces”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador

Salvador, 21 de novembro de 2015.


Banca Examinadora:



Prof.^a Doutora Elaine Pedreira Rabinovich - UCSal.
Orientador (a)



Prof.^a Dr.^a Carmen Neves Benedetti – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.



Prof.^a. Dr.^a Ana Cecília Sousa Bittencourt Bastos – UCSal.

Dedico este trabalho a todos os pacientes que me escolhem para escutar e acolher suas histórias. É com muito carinho e dedicação que me comprometo na busca conjunta por histórias alternativas mais saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, por me iluminar e guiar sempre meu caminho me permitindo compreender o verdadeiro sentido da vida.

Agradeço aos meus pais, Bernadete e Gutemberg, meus grandes amigos que sempre me apoiaram e me ofertaram um terreno seguro para que pudesse buscar minhas realizações com a certeza de que sempre estariam por perto. Dedico a vocês, com muito amor, essa minha conquista.

Ao meu esposo, Fábio, pelo seu amor e incentivo que me fortaleceram para enfrentar mais um desafio na vida.

Ao meu irmão, Diego, agradeço a amizade, a compreensão, o apoio incondicional e os inúmeros diálogos imprescindíveis à finalização desta tarefa.

Ao meu filho, Davi, que na carência de palavras capazes de descrever meu sentimento, agradeço por me autorizar e permitir descobrir o verdadeiro, puro e profundo significado da palavra MÃE. Obrigada pela companhia ao longo das inúmeras madrugadas destinadas a construção desse trabalho. Obrigada por me fazer crescer a cada dia e por me fortalecer na busca de algo melhor para você.

Aos avós que já partiram e a minha avó Naná que representa a força feminina e que me incentiva diariamente a não desistir dos meus sonhos. Obrigada pelos ensinamentos. É com muito amor e prazer que faço questão de acompanhar e escutar suas histórias vividas ao longo desses 94 anos.

Aos meus queridos tios, tias, primos, primas e afilhado com quem tenho o prazer de dividir os encontros familiares e compreender a complexidade de uma instituição familiar.

Aos meus sogros, Vilma e Paulo, que sempre estiveram presentes dando todo suporte necessário.

Aos entrevistados, agradeço a disponibilidade e as narrativas que possibilitaram a construção desse trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Elaine Pedreira Rabinovich, por todo apoio, suporte, orientação, ensinamentos e aprendizados que ultrapassaram os limites acadêmicos e se estenderam para valores de vida. Com você aprendi que ainda sou um sujeito em construção, portanto meu dever é estar no mundo buscando sempre experiências que me permitam maturação e crescimento. A senhora foi mais que uma orientadora, muito obrigada.

À Professora Doutora Ana Cecília Bastos pelo acolhimento e cuidado com a minha pesquisa e por todos os ensinamentos ofertados dentro e fora da sala de aula. Deixo minha admiração, respeito e carinho.

À Professora Doutora Lúcia Vaz, a quem serei eternamente grata por todos os aprendizados, suporte, incentivo e apoio durante essa jornada. Obrigada por ter me apresentado e estimulado a descobrir e viver a maternidade.

À Psicóloga Carmen Benedetti meu agradecimento especial por ter acolhido meu trabalho e me incentivado, por meio das suas preciosas palavras, a não desistir. Aprendi que podemos sempre construir algo melhor. Seus livros, artigos e registros foram fundamentais no meu despertar para o desejo de compreender mais o fenômeno obesidade e assim encontrar possibilidades de construir recursos com nossos pacientes para enfrentar a doença de forma mais funcional.

À grande amiga Nina, que me apresentou a Terapia Familiar Sistêmica e abriu as portas do universo da Psicologia Clínica. Você quem muito contribuiu na minha construção como sujeito no mundo e profissional. Você que sempre me ensinou a acreditar na possibilidade de construir histórias alternativas, apresentando um mundo ainda desconhecido para ser explorado, que me exigiu ultrapassar limites e crer que tinha algo a mais a ofertar. Um obrigado com muito carinho e amor pela disponibilidade e cuidado doado durante todos esses anos.

A toda família Humanitas que tenho o prazer de dividir o meu dia e trocar experiências que me enriquecem e me tornam uma pessoa melhor. Agradeço a vocês a escuta ofertada e os inúmeros diálogos estabelecidos.

A Alexandre Amaral, eterno professor, um amigo que a vida me presenteou e a quem devo gratidão. Só tenho a agradecer os ensinamentos, as palavras precisas e os encontros que sempre me renovam enquanto pessoa e me permitem olhar o mundo com mais esperança, cuidado e compromisso. É um privilégio poder contar sempre com você.

Às minhas amigas que, mesmo distante fisicamente, tenho a certeza de que estão presentes no coração. É maravilhoso ter a garantia que caminhamos lado a lado e que diante de qualquer voz teremos sempre uma escuta.

À minha funcionária Sandra que sempre esteve disponível se doando nos cuidados com Davi nos momentos que precisei me ausentar.

A todos os professores e funcionários do Programa de Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador. Um agradecimento especial a Lu, Carlinha e Marcinha por todo cuidado e disponibilidade ofertada.

Aos meus colegas do mestrado com quem dividir desafios, medos, aprendizados e conquistas. Vocês foram fundamentais nesse processo de aquisição de conhecimento e crescimento profissional e pessoal. Agradeço em especial a Lorena Cardoso pela amizade incondicional.

Ao grupo de pesquisa, Família (auto)biografia e poética (UCSAL) por ter me recebido e acolhido com muito carinho. Obrigada pelo aprendizado compartilhado e por todos os ensinamentos que muito contribuíram para as inúmeras reflexões realizadas ao final de cada encontro que possibilitaram um amadurecimento e um olhar diferente para minha trajetória passado, presente e futuro.

Ao Dr. Osiris pela confiança e autorização para acessar os sujeitos entrevistados e pela contribuição ofertada para uma melhor compreensão acerca do procedimento cirúrgico.

A equipe com a qual trabalho e que tenho o prazer de dividir os desafios e esperança diante das possibilidades de tratamento para controle da doença.

A Júlio, colega do grupo de pesquisa, que contribuiu de forma primorosa para a finalização deste trabalho. Agradeço a lapidação, dedicação, cuidado e paciência.

Agradeço por fim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização desta pesquisa.

“Minha vida mudou tanto, passei a fazer tantas coisas que não podia fazer mais. Estou tão feliz! A obesidade nos exige um tratamento para o resto da vida. Eliminei, com a cirurgia, 44kg e minha vida mudou tanto que eu não teria como descrever aqui todas as vantagens e alegrias que aconteceram durante esse ano.

Fui dos 120kg para 76kg. Não existem palavras que traduzam a felicidade que estou sentindo em poder ser uma pessoa normal. Hoje já consigo cruzar as pernas, sentar numa cadeira plástica, viajar de avião e não pedir a aeromoça um extensor pro cinto de segurança, comprar roupas normais, caminhar e não ficar cansando muito, caber nas cadeiras do cinema, ver a balança marcar dois dígitos, não ter dores nas pernas, pés e joelhos, ter as taxas de colesterol, açúcar e pressão arterial normais e não escutar a famosa frase: porque ficou assim tão gorda? O que aconteceu? Oh coitada...

No dia 08 de Julho de 2014, renasci para uma nova vida e me dou conta que meu único arrependimento foi não ter feito essa cirurgia antes. A sensação que vivencio, hoje, neste momento, se resume em uma única palavra: RENASCIMENTO”.

T.V. (Paciente da Clínica Cirúrgica Osiris Casais)

COLOMBO, Priscila Brito. **Família, obesidade, cirurgia bariátrica e suas interfaces.** 96 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2015

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral i) investigar o significado atribuído a obesidade e emagrecimento induzido pela cirurgia bariátrica em famílias com mais de um membro operado e como específicos ii) avaliar eventos que contribuíram para o ganho de peso; iii) relacionar a obesidade a ritos e hábitos familiares e iv) compreender ações e motivações frente à escolha pela cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento contra obesidade. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa. Os dados primários foram, inicialmente, coletados mediante aplicação de um roteiro de entrevista aberta com uma pergunta disparadora permitindo que os entrevistados respondessem de forma livre. Para a obtenção de dados complementares foi utilizado um roteiro com dados sociodemográficos e dados da doença. Foi feito uso de aportes sociológicos e da teoria sistêmica, com o intuito de fundamentar a análise e compreensão dos dados. Obtivemos como resultado relevante dados que sugerem que a cirurgia proporciona uma oportunidade para a re-construção identitária da pessoa, sem necessariamente proporcionar uma mudança extensiva para toda a família. Dados sugerem que algumas famílias se reorganizam temporariamente para acolher o membro operado, mas não mudam quanto aos padrões comportamentais, hábitos e rituais. Concluímos que a mudança acontece em nível individual e que, olhando para esse universo subjetivo do “ex-obeso”, podemos pensar em intervenções possíveis para, de forma mais efetiva, cuidarmos do sofrimento dessas pessoas e, assim, juntos desenvolvermos formas de controlar a doença.

Palavras-chave: Obesidade Mórbida. Cirurgia Bariátrica e Relações Familiares.

COLOMBO, Priscila Brito. **Family, obesity, bariatric surgery and their interfaces.** 96 f.. Thesis (MA) - MA in Family in Contemporary Society. Catholic University of Salvador (UCSAL), Salvador, 2015.

ABSTRACT

The general objective of this research was to understand the meaning attributed to obesity and weight loss induced by bariatric surgery in families with more than one operated member. The specific objectives were: to investigate events that have contributed to the history of weight gain; to relate obesity to the family rituals and habits, besides identifying actions and motivations to choose bariatric surgery as an alternative treatment against obesity. The methodology was qualitative. The primary data were initially collected by applying an open interview guide with a trigger question allowing respondents to answer freely. In order to obtain additional information, it was used a survey with socio-demographic and disease data. For this study, it was used sociologic approaches and systems theory aiming to substantiate the analysis and understanding of the data. Relevant results confirm that the operation provides an opportunity to re-build the identity of the person. However, it was realized that the surgery does not provide an extensive change for the entire family, some of them temporarily reorganize themselves to welcome the operated limb but it was not observed changes of patterns, habits and rituals. Thus it is concluded that the change happens at the individual level and, by reflecting the trajectory of the subject "ex-obese" who chose gastroplasty to treat their disease, it is possible to progress in discussions, research and strategies that validate the subjective universe of these people as well as provide resources to become active subjects of own life.

Keywords: Morbid Obesity. Bariatric Surgery and Family Relationships

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UCSAL	Universidade Católica do Salvador
OMS	Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
IMC	Índice de Massa Corporal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ESTUDOS RELACIONANDO DINÂMICA FAMILIAR, OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1. A OBESIDADE E O SUJEITO QUE SOFRE DA DOENÇA	21
3.1.1. A história da obesidade	21
3.1.2. Aspectos sociodemográficos da obesidade e suas causas	23
3.1.3 O corpo obeso e a constituição identitária do sujeito bariátrico	26
3.2 A OBESIDADE: UM DIÁLOGO FAMILIAR NA ESCOLHA DO TRATAMENTO	33
3.2.1 A escolha de tratamento: cirurgia bariátrica	33
3.2.2 Dinâmica familiar do paciente operado	36
4 OBJETIVOS DA PESQUISA	45
4.1 OBJETIVO GERAL	45
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
5 MÉTODO	46
5.1 DESENHO DO ESTUDO	46
5.2 PARTICIPANTES	46
5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
5.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
5.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS	49
6.1 A OBESIDADE E SUA MARCA NA IDENTIDADE	50
6.2 UM NOVO CONTRATO DE VIDA: A MUDANÇA DE OLHAR	59
6.3 UMA NOVA VERSÃO DE SI E AS RELAÇÕES FAMILIARES	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	93
ANEXO A - FORMULÁRIO / ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS COMPLEMENTARES	93
ANEXO B - COLETA DOS DADOS	94
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido, hoje, uma das temáticas mais abordadas por ser considerada uma enfermidade que apresenta índices cada vez mais elevados, compondo um grupo de sujeito excluído e discriminado. Estes, no geral, encontra-se marginalizado em uma sociedade que enaltece o corpo magro, esbelto e inviabiliza espaços para que os obesos constituam qualquer força de representatividade.

De acordo com a última pesquisa realizada em 2014 pelo Ministério da Saúde (2015), foi visto que, há nove anos, o excesso de peso da população brasileira atingia 43% das pessoas enquanto que hoje atinge 52,5% – o que representa um crescimento de 23% no período. Neste estudo, foi evidenciado também um aumento na proporção de quem tem mais de 18 anos com obesidade (17,9%).

Esses quilos a mais na balança são fatores de risco para doenças crônicas, como as do coração, hipertensão e diabetes, que respondem por 72% dos óbitos no Brasil. A pesquisa mostrou que no Brasil foi possível deter o aumento de diagnóstico de obesidade todavia ainda se confirma que o índice de excesso de peso na população masculina chega a 56,5%, contra 49,1% na população feminina não havendo diferença significativa entre os dois sexos quando o assunto é obesidade. Contudo, em relação a idade, os jovens (18 a 24 anos) são os que registram as melhores taxas, com 38% pesando acima do ideal, enquanto as pessoas de 45 a 64 anos ultrapassam 61%.

Os índices demonstrados são mais graves à medida que se percebe que a qualidade de vida da população tem sido construída sobre as bases da sociedade do consumo, do culto ao corpo, do sedentarismo e dos “*fast-food*”. Além desses fatores, as condições de estresse e problemas psicológicos têm se somado a essa realidade e agravado ainda mais o problema. No entanto, vale advertir que várias políticas de prevenção têm sido implementados para tentar controlar e evitar o alastramento da doença.

Pode-se definir obesidade como uma “Doença psicossomática, de caráter crônico, com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos” (FELIPPE, 2001, p. 17). Klish (1998) acrescenta que a obesidade, além de ser uma doença, é um fator de risco para muitas outras potencialmente fatais. Assim, segundo Herscovici (1997, p. 31), um quadro

pode ser considerado transtorno alimentar “quando a atitude em relação à comida e ao peso se transformou naquilo que rege a conduta”

Na literatura, diversos autores como Felipe (2001), Viuniski (1999) e Herscovici (1997) consideram a obesidade como uma doença de dependência e descontrole de excesso de alimentos, com consequências de impactos sociais e psicológicos. Mesmo apresentando prazer na ingestão de alimentos, o sujeito obeso não escolhe chegar ao excesso de peso, uma vez que o resultado desse estado se reverte em novas formas de sofrimento e ansiedade.

A obesidade favorece o campo para que outras doenças surjam, além do sofrimento no convívio, em longo prazo, com o desconforto provocado por ela. O excesso de peso está, na maioria das vezes, relacionado ao excesso de comida. A pessoa obesa, ao sentir-se desconfortável, busca o consolo na própria comida, agudizando, assim, sua problemática. A seleção descontrolada da alimentação, incorreta e excedente, que ultrapassa os limites do possível, torna o quadro clínico do sujeito obeso extremamente complexo.

O comportamento alimentar desorganizado do obeso pode ser visto como um reflexo da ansiedade vivenciada na época contemporânea. O cenário de grandes transformações da atualidade, dentre as quais a preocupação com a obesidade, tem motivado inúmeros estudiosos e o próprio estado a fazer investimentos em pesquisas para se obter resultados voltados ao controle da doença, o que nos leva a estabelecer possíveis interlocuções entre o crescimento da obesidade e as transformações do mundo contemporâneo. O aumento de casos de obesidade vem se tornando uma preocupação social crescente, o que nos leva a considerá-la como um sintoma social de sofrimento.

As transformações características dos relacionamentos pós-modernos repercutem na família, vista como o contexto de desenvolvimento por excelência na formação do indivíduo. Maciel (2009) observa a quantidade e a velocidade das informações que circulam no mundo provocando importantes mudanças espaciais, políticas, sociais e culturais. Igualmente, a instituição familiar sofreu intensas turbulências que interferiram em sua dinâmica interna e, conseqüentemente, nas relações interpessoais de seus membros (ALBAN, 2014).

A intensidade e a quantidade de mensagens, informações, interações e comunicações a que os sujeitos são submetidos repercute, diretamente, na formação

de sua identidade, que, por sua vez, se configura muito fragmentada no mundo pós-moderno. Como resposta a esse sofrimento, os indivíduos se encontram em busca de novas fontes de prazer, saciedade e bem-estar.

Deste modo, alguns sujeitos podem desenvolver um quadro de ansiedade caracterizado pela ingestão alimentar como solução compensatória de carências e medos presentes nas conjunturas da vida diária dos indivíduos e de seus familiares. O excesso de comida como fonte de satisfação, o combustível necessário para enfrentar as frustrações cotidianas, facilita o acúmulo de gordura que repercute num quadro de obesidade. Vale ressaltar que alguns sujeitos desenvolvem o quadro de obesidade sem apresentar o comportamento compulsivo de ingestão alimentar assim como tem aqueles que desenvolvem o quadro de alteração psíquica após a instalação do quadro de obesidade.

As exigências constantes da era moderna produzem o comportamento obeso, ao mesmo tempo em que ressaltam padrões de beleza que rechaçam o sujeito gordo. Os padrões sociais atuais diferem enormemente dos tempos primórdios, onde a gordura e o corpo voluptuoso eram considerados o ideal de beleza. Hoje, contrariamente àquela época, a ditadura da magreza e a tirania de um corpo perfeito, torneado e esculpido, exigem esforços sobre-humanos que acabam excluindo qualquer cidadão que não se enquadre neste padrão. Desta forma, o indivíduo obeso é marginalizado pela sociedade, o que repercute em problemas de ordem psicológica. A exclusão que ele vivencia se configura como um processo complexo, que se manifesta na sua constituição identitária, na imagem que carrega de si mesmo, em suas relações com os outros, na sua sociabilidade e afetividade (SAWAIA, 1999).

Diante desse cenário, o tema da obesidade tem despertado a atenção de diversas áreas, dentre as quais a saúde, a política e a economia. Muitos investimentos têm sido oferecidos no sentido de prevenir e combater a doença. Atualmente existem vários tipos de tratamentos para a obesidade e a escolha envolve a possibilidade de um procedimento clínico ou cirúrgico. O indivíduo que apresenta obesidade mórbida se enquadra nos critérios do tratamento cirúrgico, o qual pressupõe que todas as tentativas realizadas anteriormente não obtiveram sucesso.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a cirurgia é indicada para pacientes que apresentam Índice de Massa Corporal (IMC) $> 40 \text{ kg/m}^2$, independentemente da presença de comorbidades, IMC

entre 35 e 40 kg/ m² na presença de comorbidades e IMC entre 30 e 35 kg/m² na presença de comorbidades. Há necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar tanto no pré quanto no pós-operatório. As avaliações são realizadas pelo médico e por uma equipe composta por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, dentista dentre outros.

É importante que o paciente esteja ciente tanto dos riscos quanto dos benefícios que a cirurgia traz bem como da necessidade de mudança frente alguns padrões de comportamento. As mudanças provocadas pela cirurgia não afetam apenas, diretamente, o paciente, espera-se que este possa encontrar suporte em todo contexto que se encontra inserido de forma a enfrentar e superar as dificuldades. A família é vista como coadjuvante neste processo e assim entende-se que, quando esta não se posiciona de tal forma, efeitos negativos tendem a ocorrer devido à dificuldade de todos de sair de uma condição de homeostase, isto é, de não mudança.

A cirurgia bariátrica facilita o emagrecimento rápido e, assim, um resgate da saúde tanto física quanto psíquica. Contudo, essa técnica exige cuidados importantes ao longo do tratamento uma vez que acarreta mudanças não apenas para o paciente, mas para todo o contexto no qual se encontra inserido.

A escolha da cirurgia e o impacto do pós-operatório na vida dos indivíduos submetidos ao tratamento têm sido alvo de diversas pesquisas. O número de pessoas que se submetem à cirurgia para tratar a obesidade tem crescido muito nos últimos anos. Vários estudos estão sendo realizados para investigar as vertentes da obesidade e a cirurgia bariátrica como escolha de tratamento. Em alguns casos, a doença obesidade é identificada em vários membros de uma mesma família e essa condição pode levar esses membros a escolherem um mesmo caminho para tratar a doença.

Assim, todo o exposto serve para dizer que a minha¹ experiência clínica como psicóloga sistêmica no atendimento e acompanhamento de pacientes bariátricos e suas histórias familiares permitiram a identificação de características semelhantes em famílias de diferentes pacientes. A estrutura e organização apresentadas por estes sistemas

¹Antes de tudo, gostaria de alertar o leitor que o uso da primeira pessoa do singular, em algumas passagens desse texto, se justifica toda vez que eu estiver delimitando e demarcando minhas implicações pessoais com o tema abordado. Por isso, será percebida uma alternância de pessoas do discurso ao longo da escrita. Ressalto que o uso da primeira pessoa do singular não descaracteriza a escrita acadêmico-científica nem o suposto nível de imparcialidade e rigor acadêmico desta dissertação.

familiares, as regras por eles adotadas, bem como a motivação que os levou a optar pela escolha da cirurgia foram preponderantes na escolha do tema desta dissertação.

No presente estudo, pretendo investigar eventos que contribuíram na história da obesidade bem como sua correlação com hábitos e padrões familiares. Além disso, busco uma compreensão acerca das motivações frente a escolha da cirurgia bariátrica bem como do significado atribuído à obesidade e emagrecimento induzido pela cirurgia bariátrica em famílias com mais de um membro operado. Tendo em vista que considero que os significados atribuídos à obesidade de um ou mais entes da mesma família podem estar associados à dinâmica familiar e a intervenção cirúrgica como convite à mudança nos comportamentos de todos do sistema, levanto a seguinte questão a ser investigada: quais os significados atribuídos à cirurgia bariátrica e que transformações podem acontecer no funcionamento da dinâmica familiar após a cirurgia?

Para tal propósito é fundamental compreender o sujeito obeso e as restrições às quais está submetido em uma sociedade excludente, que o marginaliza por não atender aos critérios e parâmetros físicos contemporâneos. Será apresentado um panorama relacionado à representação da doença obesidade atrelado ao tratamento pela cirurgia bariátrica e suas repercussões no indivíduo.

Desta forma, o fenômeno da cirurgia bariátrica como escolha de tratamento para obesidade foi analisado a partir da dinâmica relacional apresentada por estas famílias, antes da intervenção cirúrgica e no período pós-operatório. Acredita-se que a família também sofre transformações em sua dinâmica, nas regras e nos padrões de comportamentos manifestos após um ou mais de seus membros passarem pela intervenção cirúrgica.

Para atender aos objetivos deste estudo, foi utilizada a teoria sistêmica (MINUCHI, 1988; MC GOLDRICK, 2012 e CERVENY, 2011) que fundamenta o estudo das famílias de sujeitos obesos, além de teóricos da sociologia (BAUMAN, 2005; LE BRETON, 2013 e CUNHA 2014) que possibilitaram uma compreensão mais profunda de como ocorre a construção social do corpo e da identidade de quem sofre de obesidade.

O trabalho apresentado está estruturado em dois capítulos. O capítulo I trata do sujeito portador da doença de obesidade e de seus sofrimentos diante de tal realidade. Para tanto, apresento um breve histórico da obesidade, retratando os aspectos sociodemográficos, bem como a construção de significado do corpo obeso em uma sociedade contemporânea.

O capítulo II conceitua e esclarece a cirurgia bariátrica como escolha de tratamento, sobretudo para algumas famílias de configurações específicas, enfatizando as mudanças no seu membro submetido à intervenção bariátrica como, também, as transformações do sistema familiar como um todo.

Logo em seguida, serão apresentados os objetivos da pesquisa e a metodologia apresentada, abordando o método, instrumentos e procedimentos utilizados bem como a caracterização dos participantes. Dessa forma o trabalho segue com a apresentação dos resultados e discussão finalizando com as reflexões feitas e considerações finais a partir dos dados encontrados nas entrevistas.

A relevância deste estudo está em contribuir para a ampliação e compreensão do fenômeno da obesidade a partir do estudo da organização e estrutura de suas famílias, sobretudo das regras de funcionamento, dos hábitos, das crenças e do significado de ser gordo dentro daquele universo familiar e de uma sociedade contemporânea ocidental que prima pela magreza como ideal do corpo a ser atingido. Além disso, os aportes deste trabalho são de valia para o próprio sujeito obeso, para quem a informação a respeito do momento pelo qual está passando, bem como sua diversidade, ajuda a compreender melhor a si mesmo e a sentir-se mais amparado e com recursos para enfrentar a situação.

2 ESTUDOS RELACIONANDO DINÂMICA FAMILIAR, OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

Ao se abordar a temática da obesidade, percebemos que há grande quantidade de estudos relacionados, principalmente, à etiologia, à sua condição epidemiológica, aos transtornos psicológicos, à avaliação e preparo pré-operatório, às dietas, às complicações no pós-operatório e ganho de peso.

Contudo, pouco se identifica na literatura estudos voltados para a dinâmica familiar dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e sua trajetória composta por marcas subjetivas. Nesse sentido, as relações familiares ficam esquecidas em meio a um universo complexo e de múltiplas causas que contemplam a doença obesidade. Tendo como indicativo a pouca quantidade de estudos abordando a família, identificamos a necessidade de compreender a formação das famílias que tiveram seus membros operados. Por isso, o presente estudo visa preencher essa lacuna a partir de relatos advindos de duas famílias que tiveram pelo menos três de seus membros submetidos à cirurgia bariátrica.

Na busca por estudos que contemplassem o tema, selecionamos o desenvolvido por Golfetti (2010) que aborda o funcionamento intrapsíquico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, principalmente no que se refere às perdas, assim como as representações psíquicas que esses trazem acerca de suas famílias. A referida autora relata que as famílias são diferentes em seu funcionamento psíquico, de acordo com as escolhas feitas e, sobretudo, com a qualidade dos vínculos estabelecidos. A partir dessa perspectiva, a autora descreve que, quando um membro do grupo altera de alguma forma seu modo de se posicionar perante a realidade, fatalmente haverá modificações no panorama grupal, em função das diferentes projeções e padrões de comportamento que passam a circular no grupo. Para ela, a identidade familiar é constituída por uma infinidade de costumes, mitos, hábitos, entrelaçamentos de subjetividade e, fundamentalmente, por um inter-relacionamento inconsciente de seus membros que se configura no inconsciente familiar.

Enquanto Golfetti (2010) se apoiou na fundamentação psicanalítica de família para realizar o seu estudo, buscamos compreender, a partir dos pressupostos da sistêmica, o fenômeno da escolha da cirurgia como alternativa de tratamento vivida

por mais de um membro de uma mesma família. É válido ressaltar que tal fenômeno abrange não somente as motivações que impulsionam a escolha, mas faz-se uma inferência sobre a repetição como movimento de perpetuação e necessidade de pertencimento a partir da mudança de estilo de vida, novos hábitos e nova imagem, sendo somados às possíveis dificuldades em ter que lidar com as diferenças.

Izidorio e Lima (2012) apresentam uma análise acerca da coparticipação da família durante o processo de submissão ao tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, enfatizando que a família é tratada pela equipe como sujeito principal na provisão de apoio. Neste estudo, a família é colocada como suporte primário e fundamental para se ter uma garantia maior dos benefícios que a cirurgia oferece. Como suporte, destaca seu papel de acompanhante emocional, estrutural e financeiro.

Pensando em conversações inseridas nas rodas de famílias e no diálogo como principal instrumento de comunicação e conexão familiar, o estudo buscou, ainda, encontrar o percurso traçado pela família na trajetória da luta contra o peso até se chegar à escolha da cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento e libertação do sofrimento, limitação e marcas advindas da condição de ser obeso.

Foram realizadas buscas de artigos que contemplassem temáticas referentes ao corpo, à imagem corporal do obeso, à condição da mulher, ao lugar ocupado pelo homem e a cirurgia bariátrica. Foram feitas também buscas em sites de pesquisas com o intuito de encontrarmos artigos e periódicos que abordassem a cirurgia bariátrica e a configuração familiar; porém, pouca coisa foi encontrada trazendo tal conexão.

Assim, apresentaremos como revisão de literatura os estudos relacionados à: história da obesidade (COUTINHO, 1998), (CLAUDINO, 2005), (SILVA, 2003); aos aspectos sociodemográficos da obesidade e suas causas (MANCINI, 2002), (NUNES, 2006), (SEGAL, 2003); o corpo obeso, a cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento (XIMENES, 2009), (BENEDETTI, 2001), (FRANQUES, 2006) e a configuração familiar (CERVENY, 2001), (MCGOLDRICK, 2012), (BOWEN, 1991).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. A OBESIDADE E O SUJEITO QUE SOFRE DA DOENÇA

3.1.1. A história da obesidade

A temática da obesidade vem sendo abordada de diversas formas desde a Antiguidade até a Modernidade. O excesso de peso corporal e a obesidade propriamente dita são condições que sempre acompanharam a história da humanidade, havendo períodos de grande valorização destas condições, quando os corpos redondos eram sinônimos de padrão de beleza, e outros momentos nos quais o excesso de peso era sinônimo de extrema desvalorização, submetido a cobranças da sociedade que prezava pelo culto à um corpo esguio e magro, que atendesse às exigências da época (RIBEIRO *et al*, 2013). Nessa evolução, o corpo foi se transformando quanto ao seu padrão de saúde e doença ganhando, assim, novos moldes carregados de múltiplos significados e representações.

O período que precede a Modernidade acata o corpo voluptuoso e redondo como ideal da época. É na modernidade que esta concepção muda e as exigências societárias priorizam a magreza como a nova configuração corporal aceita. O corpo obeso se apresenta associado à doença e a obesidade ganha a definição de doença crônica.

O indivíduo que sofre dessa doença passa a ser definido negativamente a partir da representação do seu corpo e de sua estética. Sua identidade, associada ao excesso de peso, passa a ser relacionada à falta de caráter, a autoindulgência ou aos distúrbios psíquicos (SEGAL, 2003). A pessoa obesa é, então, penalizada pela sua doença, criticada pela sua condição, sofrendo as consequências de uma visão estigmatizada. A preocupação com a saúde e com a forma física leva o sujeito a manter o corpo magro, em detrimento daquele que permanece gordo e, assim, é visto como doente (CUNHA, 2014).

No século XIX, a doença da obesidade ganhou notoriedade e despertou a atenção de pesquisadores devido ao número cada vez mais crescente de pessoas acometidas pela patologia. Segundo Sichieri e Souza (2006), a prevalência da

obesidade vem aumentando em quase todos os países. Esse aumento, particularmente nas últimas décadas do século XX, ocorreu claramente no Brasil.

A obesidade é definida como um estado de maior quantidade de tecido adiposo em relação à massa magra do que o esperado para o sexo, para a idade e para a altura do indivíduo. Em adultos, o padrão internacional para classificação é o IMC (HALPERN e RODRIGUES, 2006).

Considerada como uma doença de grandes proporções, ela propagou-se rapidamente no mundo moderno, ganhando espaço na mídia, na sociedade, no meio médico, no âmbito psicológico e nutricional, levando a que vários profissionais de diferentes áreas se debrucem sobre este problema a fim de buscar novas soluções (MELLO, 2004). Pensando na doença como uma epidemia, nota-se sua complexidade ao considerar seu controle e sua cura. Cada profissional que compõe a equipe multidisciplinar tem buscado encontrar respostas que tragam dados acerca da origem e da manutenção desta doença.

Segundo Rosenbaum (2012, p. 34), citado por Finucane; Cowan *et al.*:

A obesidade é uma doença complexa de crescimento epidêmico no mundo inteiro. A OMS estimou haver 1,7 bilhão de indivíduos com sobrepeso ou obesidade no mundo (um quarto da população mundial). Esses números projetados para 2015 estimam que 2,3 bilhões de indivíduos apresentarão sobrepeso e 700 milhões, obesidade. Os maiores índices de obesidade são relatados nas ilhas do Pacífico e os menores, na Ásia. Os índices na América do Norte e Europa são altos, e os índices nos países em desenvolvimento vêm crescendo.

Schieri e Souza (2006) utilizam o chamado IMC para definir a obesidade, calculando o peso em quilogramas e dividido pela altura em metros quadrados. Nessa classificação, valores específicos para o sexo e a idade foram definidos a partir das populações de referência, de forma que as curvas modeladas passem pelos valores de 25 Kg/m² (sobrepeso) e 30 Kg/m² (obesidade) aos 18 anos, que são os pontos de corte usados em adultos. A Organização Mundial de Saúde (1998) define que o sobrepeso ocorre quando IMC situa-se entre 25 e 29,9 kg/m² e a obesidade é quando o IMC encontra-se superior a 30 kg/m². Em 1997, a OMS revisou os critérios diagnósticos determinando que a faixa normal do IMC considerada normal para ambos os sexos varia entre 18,5 e 24,9 kg/m².

Ainda corroborando a ideia de Rosenbaum (2012, p. 34) temos que:

O aumento progressivo da obesidade no mundo ocorre por causa de aumento populacional, envelhecimento da população, urbanização, maior oferta de alimentos e inatividade física. Atualmente, 65% da população mundial vive em países em que o sobrepeso e obesidade matam mais pessoas do que a desnutrição

Em meio a este cenário, a doença obesidade é vista como de difícil controle e, dessa forma, inúmeros estudos e investimentos financeiros advindos do governo estão sendo direcionados na expectativa de que ocorra controle. O tema tem sido do interesse de pesquisa de estudiosos de diversas áreas que têm se dividido na compreensão das interfaces da doença, conforme apresentaremos a seguir.

3.1.2. Aspectos sociodemográficos da obesidade e suas causas

De acordo com a OMS (1998), há mais de um bilhão de adultos com excesso de peso. Conforme estimativas baseadas em levantamentos do IBGE (2004), 35% da população adulta brasileira têm peso acima do desejável, afetando 13% das mulheres, 7% dos homens e 15% das crianças. Em Salvador, por exemplo, a obesidade atinge cerca de 10% da população (FONTES, 2004).

Por ser considerada uma doença de grandes proporções, a obesidade é vista como um grave problema para a saúde pública mundial ao trazer consigo uma série de comorbidades que comprometem a saúde de muitos indivíduos, além de prejudicar a qualidade de vida e a produtividade.

A obesidade favorece o aparecimento de doenças crônicas não infecciosas, estando diretamente associada ao risco aumentado de diabetes, apneia do sono, hiperuricemia, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e da vesícula biliar, hiperlipidemias, alguns tipos de câncer (colón, reto, mama e útero), disfunção erétil e infertilidade nas mulheres. Além disso, esta doença também pode acarretar problemas sociais (irregularidade no trabalho, dificuldades para realizar tarefas simples) e psicológicos, como dificuldades afetivas e sexuais, sentimentos de isolamento, discriminação e frustração em relação ao vestuário. As principais causas atribuídas à obesidade mórbida são a ingestão de grandes quantidades de alimentos de maneira muito rápida, alimentação inadequada, ausência de exercícios físicos, predisposições hereditárias e fatores psicológicos (FONTES, 2004).

Destacam-se, entre os fatores que têm sido associados ao aumento da obesidade, na vertente do consumo, a disponibilidade de uma ampla variedade de produtos de paladar saboroso e preços módicos, porém ricos em energia e servidos em largas proporções; na vertente do gasto energético, ocorre o baixo encorajamento para a realização de atividade física na sociedade moderna (JAKICIC, 2002).

No que se refere à epidemiologia da obesidade, Sichieri e Souza (2006) pontuam que fatores dietéticos, consumo alimentar, televisão e condutas sedentárias têm contribuído para o crescimento da doença.

O aumento de casos de obesidade tornou-se uma questão sócio-política que permeia algumas variáveis da era moderna. A sociedade contemporânea trouxe uma série de mudanças tanto em nível de valores e pensamentos quanto em nível de hábitos e comportamentos. Dentro deste contexto, deparamo-nos com dilemas de competitividade, de consumo, de desgaste profissional, de estresse, de comportamentos e atitudes superficiais etc.

Para Bauman (2003; 2005), *liquidez* é a metáfora que traduz os tempos modernos - a volatilidade, a velocidade, a fluidez e a rapidez com que usamos e nos desfazemos de coisas e pessoas na atualidade. Desta forma, não seria diferente o trato com as doenças e imperfeições do corpo. As relações com a comida, com o corpo, com o próprio eu, com a sociedade e com o mundo são vivenciadas visando a obtenção do prazer imediato; quando este não é obtido nesta velocidade, coisas e pessoas são facilmente substituídas.

Portanto, se a vida é tratada com tamanha fluidez, as pessoas partem em busca de novas fontes ou válvulas de prazer ante suas dificuldades e frustrações. O ato de consumir gera um efeito "colateral" que se evidencia em um ganho de peso podendo chegar a obesidade, afetando a vida do sujeito, colocando-a em risco ou em um estado de muito isolamento. Assim, para Bauman (2007):

Os danos colaterais abandonados ao longo da trilha do progresso triunfante do consumismo se espalham por todo o espectro social das sociedades "desenvolvidas" contemporâneas. Existe, contudo, uma nova categoria de população, antes ausente dos mapas mentais das divisões sociais, que pode ser vista como vítima coletiva dos "danos colaterais múltiplos" do consumismo. (p. 56).

O tratamento da obesidade tem sido um desafio para diversos profissionais da área de saúde, já que a doença predispõe tanto a morbidades clínicas quanto a

comprometimentos funcionais e psicológicos. Sua etiologia multifatorial e sua complexidade têm gerado obstáculos no campo profissional no que diz respeito ao tratamento, merecendo ser estudada em suas interfaces (MOREIRA e BENCHIMOL, 2006).

É uma doença que atravessa múltiplas causas: fatores genéticos que têm ação permissiva para fatores ambientais (genes de susceptibilidade), fatores ambientais como, por exemplo, a inatividade física e a má alimentação, fatores psicológicos, psicossociais, econômicos e culturais (obesidade psicogênica) (COUTINHO e DUALIB, 2006; ROSENBAUN, 2012).

Segal e Kusunoki (2012) apontam algumas similaridades entre a obesidade e os transtornos mentais: ambos têm causas múltiplas, são doenças crônicas e apresentam um forte estigma social. Para Kaio e Sallet (2012, p. 167), "cerca de 20 a 70% dos pacientes com obesidade apresentam ou já tiveram história de um transtorno mental"

A obesidade pode estar atrelada a uma prática alimentar e a um ato de comer inadequados. A relação disfuncional com a comida traz repercussões negativas no corpo que passa a carregar marcas difíceis de serem ocultadas. Esses comprometimentos trazem limitações físicas, psíquicas e sociais para o sujeito.

Benedetti (2011, p. 117) evidenciou que o início da obesidade pode estar atrelado a um evento traumático no qual foi retirado do sujeito o controle sobre a própria vida e, assim, conseqüentemente, ele acaba perdendo a capacidade de controlar o próprio peso. A autora ainda faz referência à obesidade associada a situações de abuso físico, psicológico e social. Nesse sentido, afirma ser necessária "uma compreensão global que contemple aspectos psicológicos em um conjunto articulado de fenômenos, cujo sintoma manifesto é engordar" Ainda segundo ela, "a obesidade, enquanto doença crônica, demanda uma compreensão global que contemple aspectos psicológicos em um conjunto articulado de fenômenos, cujo sintoma manifesto é engordar" (idem).

De modo equivalente, para Kaio e Sallet (2012, p. 171), "os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica apresentam prevalência elevada de sintomas ansiosos e depressivos, alterações da auto-imagem e do comportamento alimentar". Transtornos alimentares e distúrbios da imagem corporal também são identificados nestes sujeitos.

Em concordância com o pensamento de Benedetti (2012), não há como afirmar que os distúrbios psicológicos são a causa ou a consequência da obesidade. A mesma diz não ser possível descartar a relação entre a obesidade e os fenômenos psíquicos, pois, ao não validar tal relação, estaríamos separando o ser humano em duas entidades, mente e corpo, a serem analisadas separadas e independentemente.

Diante de todo o exposto, podemos considerar que é impossível tratar a obesidade apenas com a intervenção médica. Por ser uma doença multifatorial, seu tratamento exige uma intervenção multiprofissional, uma vez que o resultado está atrelado a uma mudança em todas as áreas da vida do indivíduo obeso (MOREIRA; BENCHIMOL, 2006).

3.1.3 O corpo obeso e a constituição identitária do sujeito bariátrico

A sociologia tem sido um campo de conhecimento fecundo para a compreensão do indivíduo dentro de seu contexto, a partir do seu desenvolvimento em relações estabelecidas com os outros em um determinado momento histórico. A tendência atual é considerar o corpo como espelho de uma sociedade que constrói uma imagem corporal aceita por cada época (LE BRETON, 2004). Atualmente, o domínio das aparências ganha relevância em uma sociedade do espetáculo que prioriza as formas perfeitas, os contornos corporais bem definidos e a magreza a qualquer custo. A sociologia corporalizada rejeita qualquer divisão de corpo e mente, atribuindo ao corpo o reflexo da existência do sujeito no mundo (WILLIAMS; BENDELOW, 1998 *apud* CUNHA, 2014). Esta ideia construtivista do corpo ultrapassa os domínios clássicos, defendendo a relação entre o indivíduo e a sociedade para a sua constituição.

Esta sociologia corporalizada defende a ideia de imagem corporal como uma forma de representação do sujeito no mundo, construída de maneira reflexiva, através dos contatos sociais e em um determinado momento histórico. As sociedades de consumo contemporâneas produzem fenômenos relacionados ao corpo, tanto as perturbações alimentares denominadas de anorexia e bulimia, como a obesidade. Nesta direção, o conceito de imagem corporal se desloca da Psicanálise para a Sociologia constituindo em uma representação de como os indivíduos pensam, sentem e se comportam em relação aos seus próprios atributos físicos (CUNHA, 2014).

Nas sociedades de consumo, a flexibilidade é a palavra de ordem, as crenças e convicções profundas são substituídas pelos interesses momentâneos que transformam a construção do eu em posses de bens desejados e em um estilo de vida compatível às necessidades artificialmente forjadas. A aparência e a apresentação do corpo tornam-se centrais na construção da identidade e seguem as imagens ideais pós-modernas de juventude, beleza, saúde e boa forma.

A rapidez com a qual temos de lidar nesta sociedade líquida (BAUMAN, 1998; 2009) torna a vida uma sucessão de reinícios. O que antes era sólido passa a ser descartável. As preocupações que precederam a era moderna relacionavam-se à busca do eterno e imutável, enquanto que a pós-modernidade nos oferta “reciclagens identitárias” rápidas e eficientes: uma vida marcada pelo consumo, por insatisfações camufladas pela compulsão por compras e pela obsessão à estética, permitindo o exagero de intervenções que promovam as mais diversas mudanças corporais, ou mesmo o uso de substâncias psicoativas, que criam, instantaneamente, a sensação de felicidade e pertencimento. Com a mesma velocidade com que as “mudanças identitárias” ocorrem, diluem-se, gerando um novo mal-estar (ROLEMBERG; SANT'ANNA, 2014).

A vida líquido-moderna também tem desnudado a precariedade e a instabilidade como características importantes, afetando nossas relações. Diante de tantas incertezas quanto ao futuro, a “satisfação instantânea” passa a ser um artifício lógico, e o adiamento da satisfação, uma estratégia arriscada (BAUMAN, 2001). Diante disso, o sujeito obeso pode ficar propenso a aderir imediatamente a uma intervenção em relação à sua gordura, por exemplo, a cirurgia, buscando a tão almejada aceitação própria, sem, sequer, avaliar as consequências e a necessidade de mudança de atitude que permeia uma intervenção deste porte.

A preocupação interna, com a saúde, e externa, com a aparência, se confundem em um ideal a ser seguido de um corpo musculoso, torneado, tonificado, firme, parecendo ser a atitude "correta" a ser assumida pelas pessoas.

As perturbações alimentares surgem, também, como metáforas da sociedade de consumo. A obesidade pode refletir o desejo desenfreado de consumir alimentos, adotando um comportamento compensatório para as possíveis frustrações do que não se alcança dentro de uma sociedade tão competitiva e exigente.

Os padrões de beleza nas sociedades ocidentais e contemporâneas condenam qualquer tipo de defeito físico, quaisquer marcas que possam comprometer a corpo belo e atrativo. Nessa trajetória, nota-se que o corpo obeso encarna a parte ruim do sujeito, como se fosse o seu rascunho a ser corrigido. Na intenção de adquirir uma imagem mais positiva de si mesmo e, desta forma, transformar a imagem pejorativa que os outros carregam dele, o obeso deseja "corrigir" o seu "defeito", desfazendo-se da quantidade de gordura na qual é envolvido. Ao mudar seu corpo, pretende mudar sua vida, transformando o seu sentimento de identidade (LE BRETON, 2013).

O corpo passa então a definir o lugar a ser ocupado e o papel a ser exercido na sociedade. Mas este processo pode não ocorrer por completo, devido ao olhar do outro insistir em focar os defeitos e as deformações do obeso. O ocidente perpetua a ideia de que o corpo é quem define a identidade do indivíduo, portanto, qualquer acréscimo ou retirada que façam será ambíguo e o colocará em condição vulnerável.

Segundo Le Breton:

[...] Aquele que pretende a humanidade de sua condição, sem oferecer suas aparências comuns em virtude de suas mutilações, suas deformidades, suas ações imprevisíveis ou sua dificuldade de comunicação, é fadado a suspeita – a ele está prometida uma existência que se desenvolve no palco, diante do ardor dos olhares sem indulência dos transeuntes ou das testemunhas da dessemelhança. A este, as sociedades ocidentais expressam implicitamente sua humanidade menor, sua alteração simbólica que exige um afastamento ou alguma prova (LE BRETON, 2013, p. 38).

Portanto, o indivíduo obeso é aquele que carrega no corpo o peso de não se adequar às exigências de uma época e de uma sociedade. Hoje o ideal de um corpo magro e esguio significa o sinônimo de saúde, em detrimento de um corpo descuidado, desleixado e adoecido, representado pela figura do obeso.

A sociedade, constantemente, pune o sujeito com excesso de peso, marginalizando-o de diferentes formas. Os grupos de pertencimento o rejeitam, as vagas laborais dificilmente são destinadas a este indivíduo, já que ele é propenso a outros tipos de doenças concomitantes à obesidade; os parceiros se ausentam porque não se sentem atraídos pelo corpo gordo e a vergonha circula tanto no gordo, quanto naqueles que o circundam. O olhar da sociedade imprime um alto nível de preconceito, estigmatizando o obeso como alguém que não pertence à sociedade, merecendo a discriminação.

Como afirma Cash (1990, p. 70):

[...] a imagem corporal está relacionada com a experiência psicológica do sujeito sobre sua aparência e o funcionamento do seu corpo; dessa forma, o descontentamento relacionado ao peso, que pode levar a uma imagem corporal negativa, é proveniente de uma ênfase cultural da magreza e do estigma social da obesidade

Ao considerar o pensamento do autor, percebe-se que os sujeitos obesos sofrem impacto negativo tanto pela exigência de um corpo magro cultuado nos dias de hoje quanto pela paralização da funcionalidade de seu corpo. Segundo Castro e colaboradores (2010, p. 06):

[...] viver uma situação de obesidade pode exigir de o indivíduo adaptar-se a um mundo que possui valores, padrões, regras e estruturas em que, muitas vezes, o excesso de peso e as comorbidades, provavelmente serão fatores limitantes

Ao experienciar um sentimento de perda e uma incapacidade frente à funcionalidade do corpo, o obeso se acopla a uma identidade negativa. Compartilhando o pensamento de Castro e colaboradores (2010) citado por Tavares (2003, p.101) vemos que:

[...] sentir-se reconhecido e valorizado em sua singularidade são fatores fundamentais na integridade da identidade corporal, o que, segundo a autora, é ponto de partida para o desenvolvimento de uma Imagem Corporal integrada e positiva (p. 8).

De acordo com o que foi explicitado no parágrafo anterior, entendemos que o obeso não encontra lugar na sociedade para desempenhar sua função enquanto agente social. Nesta perspectiva, Le Breton (2013, p. 87) pontua que:

O homem é moralmente reduzido apenas ao estado de seu corpo percebido como um absoluto; é deduzido, de certa forma, pela maneira como aparece aos olhos dos outros. A anatomia tem aqui o valor de destino. Fala-se, aliás, de “deficiente”, como se fosse da natureza da pessoa “ser um deficiente” mais do que “ter” uma deficiência. Apenas sua presença já gera um incômodo, uma desordem na situação das interações sociais mais comuns

Ao sentirem-se acoplados a uma imagem de inutilidade e incapacidade, não se reconhecem enquanto sujeito e, assim, deixam de assumir papéis tanto no âmbito pessoal/familiar quanto social/profissional. O adoecimento crônico não incide apenas

sobre o doente, mas sobre todas as suas redes de relações, sendo importante que estas sejam entendidas para que se compreenda o “significado e o re-significado da transição saúde-doença-saúde” (BENEDETTI, 2003, p.72).

Reportando a Nascimento e colaboradores (2013), conforme Silva e Costa (2005), identificamos que o sofrimento físico vivenciado pelos obesos os conduz a um sofrimento psíquico observado pela condição de desajuste emocional (depressão, ansiedade, alterações de humor etc.) e formação de um auto-conceito negativo (vergonha, insegurança, auto-depreciação, baixa autoestima etc.). Esse sofrimento é intensificado pela desvalorização estética da obesidade, pois “ser gordo” contrapõe-se ao modelo de beleza física, estabelecido socialmente, subjugando e restringindo suas chances de pertencimento em virtude da desconfiguração expressa a partir de seu corpo.

Se a identidade é construída por meio das experiências entre o eu e o mundo, podemos inferir que a identidade de alguns obesos é construída através da representação negativa que a obesidade tem na nossa cultura contemporânea. Assim, os obesos podem vir a ter uma identidade disforme repleta de significados negativos, autodestrutivos e depreciativos. Corroborando com esta ideia, Rabinovich (1997, p.5) defende que:

Conceber o corpo como espaço de representações permite uma compreensão socializada desse objeto biopsicossocial de comunicação através do tempo nas relações sujeito-mundo. O corpo não está sendo visto, pois, como um receptáculo passivo, e sim dotado de intencionalidade ativa e dinâmica, dado que o homem é antes de tudo um corpo físico que se relaciona com o mundo, reconstruindo-o. Esses corpos assumem identidades impregnadas de constructos culturais. A identidade pessoal definida como sentimento do eu consiste de, e se constrói, através de processos identificatórios que se dão na história de cada indivíduo, tendo como núcleo central o corpo

A insatisfação com a imagem corporal é comum em indivíduos com sobrepeso e obesidade. (WADDEN, 2001; SAWER, WADDEN, FABRICATORE, 2005).

O sistema de ordenação e de classificação do espaço e do corpo é, para nós, histórico no sentido de historicidade; as práticas sócio-simbólicas são formas preexistentes ancoradas em coisas, de modo que o corpo-sujeito, através do movimento da mediância, constitui a 'carnalidade ou corporeidade subjetiva', o 'sentido de todas as significações' ao objetivar a si mesmo, sendo um "corpo em um meio" e sofrendo os "esquecimentos" favorecidos por esse meio. (RABINOVICH, 1997, p. 4)

Ainda segundo Rabinovich (1997):

[...] o corpo sinaliza o limite entre o eu e o outro, sendo, uma propriedade individual, fundante da identidade e sua moradia: o corpo é uma fronteira em dois sentidos: como mediador entre mundos e como lócus do afeto/emoção fundidos com o objeto (p. 3).

Assim, podemos considerar, dentro da perspectiva construcionista social, que a construção identitária estaria ligada à imagem que os outros carregam de nós, o sentido de auto-identidade socialmente formada mediada pela relação entre o auto-conceito e a pertença a grupos sociais, o que permite surgir a ideia de uma auto-imagem socialmente mediada e mutável (CERULO, 1997). A forma como usamos o nosso corpo, a imagem que carregamos dele e como nos expressamos são produtos de construções sociais.

Sparkes (1997) corrobora com as ideias supracitadas de que o *self* é socialmente construído, emerge dos relacionamentos e é plural, adquirindo identidades em um processo que implica a aquisição de signos, através da postura, do modo de se vestir, do tipo de corpo que apresente. Assim, as identidades de gordo ou de magro podem desaparecer e perdem a sua força a depender da substituição de outros signos sociais.

As pessoas carregam consigo um auto-conceito positivo ou negativo e atuam em função dele. O que a pessoa pensa sobre si mesma diz muito sobre a satisfação que extrai de sua vida e das atividades que realiza, sendo um fator de risco ou de suporte para sua saúde mental (BANDURA, 1986). Desta forma, Cunha (2014, p. 113) *apud* Costa (1992, p. 122):

A auto-imagem será tanto mais positiva quanto maior for a correspondência entre um conjunto de fatores corporais definidos e aceitos pela sociedade e os possuídos pelo indivíduo, ou seja, quando o corpo, a figura, o rosto, o cabelo, a cor da pele, a gestualidade, se aproximam dos padrões estabelecidos socialmente, próprios da cultura em que vivemos, a auto-imagem vê-se.

Estudos sobre a imagem corporal que os obesos carregam revelam que eles distorcem a percepção própria do corpo ou resistem a aceitá-la (CANDY; FEE, 1998; VENTURINI, 2000). Há relatos de sentimentos de menos valia, entre adolescentes obesos (DECHEN, CANO; RIBEIRO, 2000). Entretanto, segundo esses autores, pouco se tem estudado sobre o auto-conceito que abarca não só a apreciação sobre atributos físicos em crianças obesas, mas também aspectos como *status* intelectual, comportamento, felicidade e satisfação.

Os dados da literatura não são conclusivos em relação aos aspectos emocionais relacionados à obesidade. Nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo, embora a imagem depreciativa de si mesmo, geralmente, ocorra naquelas pessoas que, desde pequenas, na infância, foram discriminadas e criticadas pelo corpo que tinham por parentes e amigos (STUNKARD; WADDEN, 1992). Na adolescência este processo pode ser intensificado pelo distúrbio da imagem corporal, representando uma internalização de censura dos pais e pares, e persistindo com a contínua desvalorização.

Discriminados socialmente, rígidos na própria forma de se enxergar, os sujeitos obesos não encontram espaço para suas frustrações, não encontram lugar para se alocar em uma sociedade tão exigente quanto opressora. Frente a este cenário, o obeso eclode em um quadro ansiogênico, já que o sentido de sua vida entra em crise diante de um corpo que não atende às cobranças societárias.

Segundo Andrade e Gorenstein (1998), este estado emocional de ansiedade apresenta componentes psicológicos e fisiológicos e faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo, inclusive, propulsora do desenvolvimento. Ela só passa a se tornar patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direciona.

Estudos psicológicos sobre ansiedade salientam uma diferenciação quanto à forma com que ela se apresenta: existe o *traço* de *ansiedade* e um *estado temporário* da mesma. O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de estado de ansiedade podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Já o traço de ansiedade, segundo esses autores, refere-se a diferenças individuais

relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de traço de ansiedade são menos suscetíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo. Andrade (1995) afirma que um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico urgente.

3.2 A OBESIDADE: UM DIÁLOGO FAMILIAR NA ESCOLHA DO TRATAMENTO

3.2.1 A escolha de tratamento: cirurgia bariátrica

A doença obesidade predispõe tanto morbidades clínicas quanto comprometimento funcional e psicológico, diante das limitações físicas e psíquicas trazidas pela doença, observamos uma preocupação entre profissionais de saúde diante do melhor tratamento para controlar a doença (MOREIRA e BENCHIMOL, 2006).

A obesidade não é, pois, uma doença oriunda de um único fator, os seus múltiplos fatores propiciam uma pluralidade de formas de tratar a doença. Os múltiplos fatores, por terem origens distintas, trazem complicações das mais diversas ordens: tanto física quanto emocional/psíquica. A busca pela redução e controle do peso se inicia a partir das mais diversas formas de tratamento clínico incluindo uso de fármacos. Inúmeras dietas para diminuição e manutenção são lançadas com o intuito de evitar a evolução da doença bem como surgimento de comorbidades. Ao alcançar um grau de obesidade grave e crônica, o paciente busca novas alternativas de tratamento. Dentre essas alternativas, está a cirurgia bariátrica. Para a realização desta, o sujeito obeso precisa estar dentro de um protocolo que envolve critérios a serem seguidos pelos profissionais que trabalham na área.

Apoiando ainda a ideia dos autores citados anteriormente, compreendemos que o tratamento da obesidade é baseado, inicialmente, em quatro intervenções: orientação nutricional e atividade física, além do tratamento psicológico e

farmacológico. A quinta intervenção pressupõe que as intervenções anteriores não obtiveram êxito, neste caso, recorre-se a cirurgia. Sendo esta cirúrgica, é reservada para quando as anteriores ainda são insuficientes.

Caravatto e colaboradores (2012) afirmam que a cirurgia bariátrica é considerada uma alternativa segura e eficaz no tratamento da obesidade grave levando-se em conta o não sucesso do tratamento clínico.

Corroborando a ideia de Caravatto e colaboradores citado pelo Consenso do National Institutes of Health (NIH) de 1991 temos:

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida está indicado para pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 40\text{kg/m}^2$ que tenham apresentado insucesso ao tratamento clínico prévio. Também está indicada para pacientes com IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ com falha do tratamento clínico e que apresentam morbidades de difícil controle, tais como diabetes, hipertensão, dislipidemia ou apneia do sono (CARAVATTO et al p.16).

O procedimento cirúrgico compreende cinco técnicas divididas em: cirurgias restritivas, desabsortivas e mistas. As técnicas restritivas são a Banda Gástrica Ajustável e a Gastrectomia Vertical (Sleeve). A primeira consiste no uso de um anel de silicone colocado em volta do 1/3 superior da câmara gástrica, sem necessitar de corte do mesmo, transformando em duas câmaras (forma de ampulheta). Técnica hoje não mais tão usada, pois dificulta a passagem de alimentos sólidos, mas alimentos pastosos e principalmente líquidos passam sem dificuldade. Portanto tem um alto índice de insucesso.

A segunda técnica restritiva tem seu reconhecimento mais recente e consiste em uma gastrectomia parcial vertical (retirada de uma parte do estômago), transformando o estômago em um tubo de aproximadamente 100 ml. Apesar de ainda existir poucos dados consistentes, devido a sua recente existência, é uma técnica que vem crescendo o número de adeptos. A técnica desabsortiva tem hoje sua forte representante a Cirurgia de Duodenal Switch, que consiste em uma gastrectomia vertical associada a um desvio intestinal (bypass) muito baixo (50 cm da válvula íleo-cecal), causando assim uma desabsorção de nutrientes.

A Scopinaro é outro exemplo de cirurgia desabsortiva, porém vem perdendo adeptos para a anterior descrita. A técnica mista, que tem como exemplo o Bypass Gástrico (redução de estômago) ou também denominada como Cirurgia de Fobi-Capella ou Gastroplastia redutora, consiste numa verdadeira redução do estômago

(+/- 70 ml) e um desvio (bypass) intestinal mais próximo, causando restrição e pouca desabsorção. É a técnica mais realizada em todo o mundo e considerada padrão ouro para tratamento da Obesidade.

Hoje o termo Cirurgia Metabólica vem sendo mais comumente usado, pois as alterações hormonais que ocorrem após a cirurgia melhoram doenças metabólicas, cardiocirculatórias. Dentre as técnicas citadas anteriormente as que mais se adequam ao termo Metabólico são o Bypass Gástrico e a Duodenal Switch.

Os autores Moreira e Benchimol (2006) afirmam que a técnica cirúrgica conhecida por derivação gástrica em Y-de-roux denominada também de Fobi-Capella é a mais utilizada no mundo para tratamento da obesidade. Os eles referem que:

A técnica consiste na realização de uma bolsa gástrica (neo-estômago, pouch ou coto gástrico) com volume de 20 a 30 ml. Esse pouch surge pelo grampeamento do estômago com grampeadores (staplers) lineares cortantes, que deixam duas linhas de sutura para cada lado, separando o estômago remanescente do neo-estômago. Nesse ato, realiza-se uma restrição à entrada de alimentos, o que propicia a dilatação do "pouch" com uma pequena quantidade de alimento, gerando saciedade no paciente. A outra parte da técnica consiste na promoção da desabsorção de nutrientes, por meio da exclusão de 75 a 100 cm de intestino delgado proximal. A reconstrução das secções realizada é feita com uma anastomose gastro-jejunal e uma entetroanastomose em Y-de-Roux (MOREIRA E BENCHIMOL, 2006, p.357).

Apoiando-se no pensamento de Ribeiro e cols. (2013), notamos que os prejuízos relacionados à saúde física e mental com relação à obesidade grau III são bastante significativos, levando as pessoas a buscarem alternativas drásticas para perda de peso, como as cirurgias bariátricas. Ainda reportando ao pensamento dos referidos autores, temos observado um crescente aumento na realização dessas operações, já que, após o procedimento e consequente perda de peso, as pessoas começam a vivenciar melhoras significativas, em especial na saúde.

Desse modo, corroborando com Oliveira e colaboradoras (2014, p.3) entendemos que:

À decisão pela cirurgia bariátrica consiste em uma ação que tem início na vida cotidiana da mulher obesa e está relacionada ao conjunto de experiências por ela vivenciadas. Neste contexto, traz aspectos pessoais e sociais que sinalizam o seu processo decisório.

Leal e Baldin (2007, p.3), ao discorrerem sobre fatores motivadores da cirurgia bariátrica, destacam os fatores estéticos enfatizando que estes são reforçados por preconceitos de que pacientes obesos são mais frágeis e estigmatizados socialmente.

Ainda em concordância com as referidas autoras, vemos que “as limitações de ordem física refletem sobremaneira na dimensão social, dificultando a realização de atividades cotidianas, o que conduz a vislumbrar a cirurgia”.

Logo, infere-se que a escolha pela realização da Cirurgia Bariátrica como alternativa de tratamento está condicionada à condição física e psíquica a qual o obeso encontra-se acometido. O processo do emagrecer após submissão do ato cirúrgico permite que a pessoa que sofre da obesidade se liberte do corpo que carrega uma história sofrida, tanto a partir de uma construção social mediante ideal de beleza quanto ausência de exercício condição de doença e inutilidade do corpo.

3.2.2. Dinâmica familiar do paciente operado

A família corresponde ao contexto de socialização primária do indivíduo, que, futuramente, terá seus valores e crenças familiares confrontados em outras instituições sociais que disponibilizam o ambiente para sua socialização secundária (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2006). Nesse sentido, o sistema familiar constitui a maior fonte de segurança, afeto, bem-estar, proteção e apoio que a criança necessita para o seu desenvolvimento saudável (BOWEN, 1979 *apud* ANDOLFI, 2002).

Essa unidade de formação chamada família, que agrega, repassa valores e propicia pertencimento é, também, o gerador da necessidade de diferenciação, ou seja, é ela quem incentiva os seus membros a buscarem autonomia de pensamento, sentimento e ação.

Enquanto matriz da identidade, a família é o contexto através da qual os sentidos de *pertencimento* e de *diferenciação* podem ocorrer. Essas duas forças vitais, a de união e a de diferenciação, são vivenciadas pelo sujeito dentro de subsistemas familiares, como também nas redes extrafamiliares. O *pertencimento* significa a garantia do indivíduo em compartilhar crenças, valores, mitos, preconceitos e regras próprias dentro de sua família, as quais acabam compondo uma identidade familiar.

Quanto mais acolhido ele se sente na família, maior liberdade terá para buscar sua individualidade. Para BOWEN (1991, p. 11), “[...] a família humana é um sistema que segue as leis dinâmicas dos sistemas naturais e cada um de seus membros ocupa uma função que o converte num ‘segmento’ imprescindível de um todo mais amplo”.

O referido autor acredita que é a partir da garantia de pertencimento que um indivíduo se lança para o mundo em busca do estabelecimento e demarcação da sua singularidade. Este movimento, segundo o autor, é garantia da saúde mental de um indivíduo e, dessa forma, o caracteriza nomeando como: diferenciação, que, por sua vez, diz respeito à singularidade do sujeito, aos seus aspectos específicos que pretendem ser respeitados pelos demais, garantindo-lhe ser diferente de quaisquer outras pessoas, mesmo daquelas pertencentes à sua família de origem (GUIMARÃES, 2014). De acordo com Ceconello, Antoni e Koller (2003), a garantia desses sentidos possibilita à família funcionar como um sistema integrado, em que o bem-estar dos membros é o principal objetivo.

A perspectiva sistêmica do estudo da família e do paciente bariátrico evidencia os fenômenos interpessoais e os contextos em que o sintoma da obesidade se apresenta. Esta abordagem questiona a visão do indivíduo prisioneiro das próprias dificuldades, de sua dinâmica interna e propõe uma imagem de ser social, cujo comportamento é compreensível à luz das organizações e do funcionamento do sistema de relações em que está inserido. Ou seja, “a vida psíquica do indivíduo não é apenas um fenômeno interno, mas também um processo que se modifica na interação com o mundo que o circunda” (MINUCHIN, 1988, p. 9).

Segundo Cerveny (2011, p. 33):

A família quebra padrões interacionais do passado e pode fazer reformulações no presente. As rotinas, regras e rituais que fazem parte do cotidiano de um sistema familiar protegem-no e asseguram uma continuidade de uma geração para outra, em meio às mudanças externas.

A família é, portanto, o contexto sobre o qual a doença se desenvolveu, estabelecendo uma interdependência entre os seus membros. Isso significa que a mudança de comportamento de um de seus membros repercute em mudanças nos outros membros que o circundam. Desta forma, Cerveny (2011, p. 31) afirma que:

A análise de uma família não é a soma das análises de seus membros individuais. Os sistemas interpessoais como a família, podem ser encarados como circuitos de retroalimentação, dado que o comportamento de cada pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas

Desta forma, pensamos na obesidade como um sintoma familiar a partir do qual uma família se estrutura e se organiza ao redor deste. O sintoma da obesidade pode ser então encarado como o resultado de uma disfunção relacional de toda a família quando este é extinto através da cirurgia bariátrica, significa que uma nova configuração familiar surgirá. As mudanças não se restringem apenas ao sujeito que se operou, mas repercutem em todo o sistema do qual ele faz parte.

Na ótica sistêmica, o fenômeno da obesidade dentro da família deve compreender cada comportamento de seus membros em função da relação estabelecida entre eles. A concepção do sintoma como anomalia individual é substituída pela percepção de que a obesidade expressa, em um de seus membros portador do sintoma, o paciente bariátrico, em nome dos demais membros do sistema familiar, as dificuldades relacionadas ao crescimento e à evolução da família (GRANDESSO, 2000).

A própria cirurgia representa uma mudança no *status quo* habitual da família, que até então esteve habituada a incluir um ou mais de seus membros gordos em sua rotina. Seu funcionamento, suas regras e toda a dinâmica entre os seus participantes se adequava ao redor do sintoma da obesidade. A intervenção cirúrgica obrigará a família a se reestruturar.

Numa busca por uma compreensão mais ampla do que vem a ser configuração familiar, partimos para o entendimento do significado de família trazidos por alguns autores. Para tanto, foram selecionadas os que mais se aproximam do estudo.

Segundo Bastos e Rabinovich (2012), a família, ao ser considerada como “berço”, fornece a hospedagem primária ao ser que nasce, ela o insere em temporalidades e historicidades que o ultrapassam desde este início, possibilitando, assim, sua inclusão na cadeia de vínculos atemporais da humanidade.

Ao nascermos já recebemos uma carga de história que nos define e nos caracteriza membro de uma determinada família. Neste primeiro momento, essa caracterização pode se definir como apenas o lugar de receptáculo das expectativas, projeções, similaridades e repetições herdadas que nos mantêm apenas numa condição de igualdade e pertencimento.

De acordo com Bauman (2000, p. 44):

A família utiliza ainda mais claramente do que a nação jamais usou a dialética tipicamente moderna entre transitoriedade e durabilidade, entre mortalidade individual e mortalidade coletiva. É na instituição da família que todos os aspectos assombrosamente contraditórios da existência humana – mortalidade e imortalidade, fazer e sofrer, determinar e ser determinado, criar e ser criado – encontram-se de maneira mais viva e entram num jogo interminável de mútua sustentação e fortalecimento. Todo mundo nasce em uma família e todo mundo pode e deveria ser chamado a participar do surgimento de uma família. A família de que somos frutos e a família que criamos são elos de uma longa cadeia de parentescos e afinidades que precede o nascimento e sobreviverá à morte de todo indivíduo nela incluído, mas, para durar, ela precisa da zelosa contribuição de cada um. Na família, o drama da imortalidade constituído pelos feitos dos mortais é encenado para todos assistirem e representarem).

Cervený (2011), em uma de suas obras, discorre sobre as categorias de família conceituando-a a partir da visão de alguns teóricos. Dentre elas destacamos: i) Família de Origem, descrita como um sistema que inclui pais e pais desses numa ascendência progressiva, ii) Família Extensa, definida como sistema formado por parentesco sanguíneo ou por afinidade de pessoas ligadas entre si no tempo e no espaço e que se articulam com o presente, e iii) Família Nuclear, como o sistema formado por cônjuges em um primeiro casamento com seus filhos biológicos. No caso do estudo foram selecionadas famílias que contemplam todas as categorias citadas anteriormente.

Dessa forma, ao pensarmos em configuração familiar, estamos nos remetendo a um sistema de ordenação extensa e complexa na qual integrantes não podem ser vistos nas suas particularidades, uma vez que estes têm a capacidade de influenciar e serem influenciados. De acordo com CERVENÝ (2011, p. 31):

A análise de uma família não é a soma das análises de seus membros individuais. Os sistemas interpessoais como a família, podem ser encarados como circuitos de retroalimentação, dado que o comportamento de cada pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas.

Ainda corroborando com essa ideia, a autora entende que a família opera de acordo com certos princípios como homeostase e morfogênese. O primeiro visa manter certos padrões pré-estabelecidos pela família, resistindo a mudanças, enquanto que o segundo, a morfogênese, traduz a capacidade da autotransformação de forma criativa. Nesse sentido, a família tem potencial para mudança através da morfogênese que

estabelece uma novidade dentro da ordem estrutural e funcional do sistema, de modo que este adquira nova configuração qualitativamente diferente da anterior.

Quando a família incorpora a necessidade de mudança, age de forma a ressignificar alguns de seus padrões, crenças e mitos, bem como redefinir os papéis desempenhados por cada membro. Essa redefinição é um desafio para a família como um todo ao longo do seu ciclo de vida.

Corroborando com esta ideia, Cerveny (2011, p. 32) afirma que:

A homeostase é um processo auto-regulador que mantém a estabilidade no sistema e protege-o de desvios e mudanças. Em termos familiares, refere-se à tendência da família em manter um certo padrão de relacionamento e empreender operações para impedir que haja mudanças nesse padrão de relacionamento já estabelecido.

A influência da família, então, contribui positivamente ou negativamente na maneira como o paciente conduz seu tratamento. Em alguns casos, quando esta instituição social entra em colapso, o paciente designado, aquele que fez a cirurgia, coloca o resultado do seu tratamento, mais precisamente seu emagrecimento, em risco, nos fazendo acreditar que a sua doença, a obesidade, representava as dificuldades relacionais do sistema familiar, o resultado de uma disfunção relacional de toda a família, indicando a existência de conflitos entre continuidade e mudança (GRANDESSO, 2000).

Percebendo a cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento da obesidade, nota-se um convite a uma mudança em todo o sistema familiar, não se restringindo apenas às redefinições dos órgãos internos acessados e derivados, mas as mais diversas redefinições do lugar do paciente no mundo que o cerca.

Para Minuchin (1988, p.9), “a vida psíquica do indivíduo não é apenas um fenômeno interno, mas também um processo que se modifica na interação com o mundo que o circunda”. Dessa forma, entende-se que a escolha de um indivíduo dentro de um sistema familiar pode ressoar nos demais, independente da escolha ter tido êxito ou não. A diferença será o significado seja positivo ou negativo que ela despertará e é por meio desse despertar que percebemos como as mudanças acontecem através da equação eu, família e contexto social. Essas mudanças conduzem o sujeito a vivenciar transformações, tanto em níveis superficiais quanto em níveis mais profundos, chegando, assim, em alguns casos a uma transformação de órgãos vitais, como acontece com a escolha da cirurgia na qual há múltiplas razões

que motivam a escolha do método e, em optando por ele, abre-se um espaço para a chegada nas inúmeras transformações advindas dele.

Sendo assim, ao ir para cirurgia o paciente não muda apenas fisicamente, ele muda internamente nas questões mais profundas de cunho emocional. Por isso a perda não se restringe apenas ao peso, mas ao lugar social e familiar que ocupava, aos padrões, rotinas, manias e formas de se ver e ver o mundo.

Falar do lugar ocupado por este sujeito no seio familiar é remeter-se à ideia da família como primeiro contexto de socialização no qual relações de afeto, segurança, limites, prazer, conforto e proteção são experienciadas e construídas. Esse exercício do experienciar possibilita o sujeito partir em busca de novos contextos.

Ao descrever a família como um sistema, Cervený (2011, p.32) afirma que:

À unidade familiar é um sistema composto por indivíduos que podem também ser considerados sistemas por si sós e ainda uma parte do sistema, ou seja, um subsistema. Essa unidade familiar também faz parte de um sistema familiar maior que também se inclui em outros sistemas mais amplos, como o sociocultural e assim por diante (p.32).

Pensando a etnicidade como fenômeno sociocultural que caracteriza um grupo de pessoas, propomo-nos a estudar famílias obesas submetidas à cirurgia bariátrica que se veem marcadas e reduzidas a um estilo de vida comum, considerado socialmente como falido e disfuncional. Essas famílias precisam ser estudadas a partir dos movimentos de transições internas que passam ao longo da vida. Tais movimentos podem ser definidos como mudanças sofridas ao longo do ciclo da vida. Assim, MC Goldrick (2008, p. 65) diz que:

A etnicidade interage com o ciclo de vida familiar em todos os estágios. As famílias diferem em sua definição de “família”, em sua definição de momento das fases do ciclo de vida e das tarefas adequadas a cada fase, e em suas tradições, rituais e cerimônias para assinalar as transições de ciclo de vida.

Compreender famílias de pessoas obesas submetidas à cirurgia bariátrica nos conduz a ver a família como instituição de proteção e transmissão de histórias e padrões.

O sujeito que se submete à cirurgia bariátrica é obrigado a mudar seu estilo de vida, aí contemplados os rituais familiares, pois a cirurgia não é a cura da obesidade. Ao ser submetido a esse procedimento, é convidado a passar por um processo de

reestruturação psíquica que exige uma conscientização frente à ingestão fracionada e em pequenas quantidades de comida, assim como o controle de seu desejo. O excesso, nesse caso, deixa de fazer parte do repertório do comportamento do sujeito e essa perda pode levá-lo a um estado de frustração, já que o ato de comer tem uma representação simbólica para ele, representação que engloba rituais, tanto individuais quanto familiares, assim como sentimentos de amor, prazer, segurança, conforto, angústia, medo etc. Todas essas mudanças oriundas do procedimento cirúrgico atingem não só o paciente, mas toda a unidade familiar.

A cirurgia bariátrica surge como uma possibilidade de mudança eleita por um dos membros da unidade familiar que se submete à cirurgia, retornando com um leque de mudanças, com padrões diferentes e com novas possibilidades a serem aceitas ou não pelo sistema familiar. Dificuldades de aceitação e adequação da família podem estar associadas ao medo da redistribuição de papéis. As famílias que se reorganizam frente às mudanças passam a ser coadjuvantes no tratamento dos pacientes.

Alguns pacientes, ao optarem por essa forma de tratamento - a cirurgia - passam a ser vistos como uma ameaça ao sistema, pois a maioria das famílias tende a buscar sua homeostase, que era mantida mediante a doença da obesidade que mantinha o funcionamento disfuncional do sistema familiar.

A cirurgia de obesidade, ou mais precisamente, o emagrecimento de um dos membros da família, pode ser uma dessas circunstâncias. Ao entendermos a família como um sistema que tende à homeostase – que permanecerá estável enquanto não houver mudanças no ambiente externo ou nos elementos internos –, é possível compreender que, quando a obesidade está a serviço da manutenção desse equilíbrio, o emagrecimento passa ser uma ameaça ao sistema. (BENEDETTI, 2006, p. 108).

Desta forma, necessitando do sintoma da obesidade para garantir seu funcionamento conhecido e habitual, a família sente-se ameaçada quando a cirurgia acontece, podendo reagir mal a ela. Seus membros podem resistir a acionar os recursos para lidar com a mudança que convida à reorganização do funcionamento. Neste caso, pode-se pensar que a família entrará em crise não concedendo a mudança.

Cada família possui um sistema de regras, valores e estilo próprio que conduz o seu funcionamento determinando sua dinâmica e assim a diferenciando das demais. Pierron (2009, p. 16), ao pensar na metáfora clima familiar, imagina "que cada família terá seu clima e este caracterizará o estilo e a individualidade dos membros desta.

Este clima traz para os sujeitos memórias, regras, limites, crenças e tradições que os diferenciara do clima de outras famílias"

Podemos pensar a cirurgia bariátrica como o início de um processo de mudança que poderá ocasionar a quebra do padrão e hábito alimentares. Os padrões de comportamento são repetidos de diferentes formas dentro do contexto familiar alternando num nível as vezes consciente, outras vezes inconsciente, ao longo das gerações.

Segundo Cerveny (2011, p.33):

A família quebra padrões interacionais do passado e pode fazer reformulações no presente. As rotinas, regras e rituais que fazem parte do cotidiano de um sistema familiar protegem-no e asseguram uma continuidade de uma geração para outra, em meio às mudanças externas.

Na mesma direção, para Pierron (2009, p.19):

A figura da família que externava segurança hoje já não externa mais. Deparamos agora com uma visão insegura e inquieta. A cada momento, há mudanças nas funções, papéis e lugares que cada membro ocupa.

É neste contexto que se encontra a família, tanto a família do magro quanto a do gordo. Essas se distinguem nas suas histórias e papéis dados ou escolhidos dentro do contexto contemporâneo.

Ainda compartilhando do pensamento de Pierron (2009) observa-se que toda família trabalha, por meio da transmissão, para perpetuação, e não para a sua duplicação ou repetição. É preciso, pois, afirmar logo de início: a biologia da família não esgota a totalidade de seu sentido e de seus valores.

A obesidade tem efeito transgeracional, não só pela sua hereditariedade e fisiologia, mas também pelas relações que surgem neste contexto de doença, seja como causa ou consequência. Entretanto esta doença pode afetar e repercutir tanto em nível psíquico quanto fisiopatológico nas gerações futuras.

A interdisciplinaridade supera os limites de cada área e profissão na tentativa de encontrar justificativas para a compreensão da obesidade. Cada um com seus recursos e ferramentas buscará cuidar de uma totalidade de comprometimentos que envolvem a obesidade.

Este estudo pretende preencher uma lacuna entre a escolha da cirurgia bariátrica como comportamento repetido por vários membros de uma mesma família

e o significado que esta tem para estes. Uma das propostas deste estudo é compreender as relações familiares daqueles que, como alternativa de tratamento, repetiram a escolha da cirurgia bariátrica.

As transformações emergentes do procedimento cirúrgico repercutem tanto na vida do paciente quanto na de sua família. A reorganização da dinâmica familiar também passa a ser interesse deste estudo devido à sua importância na fase pós-operatória que exige mudanças tanto alimentares quanto comportamentais. Pensando que o sujeito influencia e é influenciado pelo contexto, infere-se que a família, neste caso, é afetada pelas mudanças vividas por aquele que decide operar.

Portanto, entender o sistema de crenças, regras, valores e rituais que conduz cada família a ser entrevistada também é interesse deste estudo uma vez que se pretende identificar se a repetição da escolha da cirurgia é oriunda da necessidade de ser igual e de pertencer frente à dificuldade de acolher as mudanças e enfrentar a transformação.

4 OBJETIVOS DA PESQUISA

4.1. OBJETIVO GERAL

- Investigar o significado atribuído à obesidade e emagrecimento induzido pela cirurgia bariátrica em famílias com mais de um membro operado.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar eventos que contribuíram à história do ganho de peso;
- Relacionar a obesidade a ritos e hábitos familiares;
- Compreender ações e motivações frente à escolha pela cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento contra obesidade;
- Identificar a dinâmica familiar após a cirurgia bariátrica.

5 MÉTODO

5.1. DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de casos múltiplos, exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2006), com o propósito de investigar os significados atribuídos à obesidade e emagrecimento induzido pela cirurgia bariátrica em famílias com mais de um membro operado. Segundo a autora, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares por trabalhar com “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.” (MINAYO, 2006, p.21)

5.2. PARTICIPANTES

A pesquisa foi constituída por duas famílias, cada uma com três membros que foram submetidos à cirurgia bariátrica, com escolaridade entre segundo grau completo e superior completo. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e após terem concordado em participar, foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por eles assinado.

As entrevistas aconteceram no espaço físico mais adequado aos entrevistados e em horários previamente agendados de forma a não causar interferência nas suas rotinas. As entrevistas foram realizadas individualmente com o intuito de garantir a privacidade dos entrevistados, sendo gravadas no formato MP3. No que tange à caracterização desses sujeitos, são cinco do sexo feminino e um do sexo masculino reunidos em duas famílias. As três mulheres entrevistadas da primeira família foram caracterizadas da seguinte forma:

S1- 50 anos, segundo grau completo, recasada, uma filha, seis irmãos, dona de casa, com dois anos e meio de operação, 36 kg de perda de peso, atualmente sem comorbidade e sem uso de medicação.

S2- 36 anos, nível superior completo, casada, um filho, dois irmãos, estudante, dois anos de operação, 30 kg de perda de peso, atualmente sem comorbidade e sem uso de medicação.

S3- 55 anos, nível superior completo, casada, três filhos, professora, três anos de operação, 26kg de perda de peso, atualmente sem comorbidade apenas dores eventuais no nervo ciático e sem uso de medicação.

Os três membros da segunda família são duas mulheres e um homem respectivamente caracterizados:

S4 – 60 anos, nível superior, casada, dois filhos, três irmãos, economista, onze anos de operação, 55 kg de perda de peso, atualmente sem comorbidade e sem uso de medicação.

S5- 24 anos, nível superior completo, solteiro, um irmão, estudante, quatro anos de operado, 50kg de perda de peso, atualmente sem comorbidade e sem uso de medicação.

S6- 63 anos, nível superior completo, casada, duas filhas, três irmãos, administradora, três anos de operação, 49 kg de perda de peso, atualmente sem comorbidade e sem uso de medicação.

5.3. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: observação participante e entrevista aberta a partir de uma pergunta disparadora. Segundo Minayo (2006), uma entrevista é considerada aberta quando o informante, entrevistado, é convidado a falar livremente sobre um tema. Nesta pesquisa, todos os pacientes foram entrevistados pela pesquisadora.

A pesquisa foi realizada por meio da entrevista aberta direcionada em nível individual, utilizamos uma pergunta disparadora para iniciar a obtenção dos depoimentos. Não foi necessário fazer uso do caderno de campo uma vez que para obtenção de informações complementares foi utilizado questionário com perguntas relacionadas a dados sócios demográficos e dados da obesidade e cirurgia bariátrica. O ambiente físico no qual as entrevistas aconteceram foram propícios à concentração

dos entrevistados nas suas próprias narrativas de forma que não ocorreram interrupções.

A escolha pela entrevista aberta (MINAYO, 2006) emergiu da necessidade de permitir aos membros da família narrar de forma livre suas histórias facilitando o acesso aos conteúdos mais complexos e profundos. Por meio da técnica, pretendemos identificar no discurso eventos que contribuíram à história de evolução da obesidade, bem como ritos e hábitos familiares atrelados à doença além das motivações que conduziram membros de uma mesma família buscar a cirurgia como alternativa de tratamento.

Pretendemos fazer uma devolutiva aos participantes para apresentar os resultados obtidos com a pesquisa.

5.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise irá incluir a estrutura familiar como todo uma vez que os membros/sujeitos da pesquisa não se restringem apenas a um subsistema familiar. A análise de dados será pautada na técnica de análise de conteúdo, que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, que possibilita refletir a totalidade do fenômeno em estudo (MINAYO, 1994).

Os registros, após a leitura e transcrição das entrevistas, serão organizados em torno de categorias temáticas sugeridas pela leitura e análise das entrevistas. A autora explicita que:

a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rúbricas ou classe as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. (MINAYO 2006 p. 88) *apud* (BARDIN, 1979, p. 117).

Sendo assim, a partir da análise do material obtido com a pesquisa, foram construídas categorias que facilitaram a compreensão dos dados sendo em seguida construídos tópicos descritivos que nortearam a discussão.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Para a realização do estudo, foi feito um contato inicial com a clínica Cirúrgica Osiris Casais do Hospital Aliança Salvador-Bahia, que trabalha com a cirurgia bariátrica, com a finalidade de obter autorização para a realização da pesquisa. O estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12), do Conselho Nacional de Saúde, com parecer de número: 1.268. 342.

Em atendimento a resolução 466/12, os informantes foram devidamente esclarecidos quanto aos propósitos do estudo e garantidos quanto aos seus direitos à participação livre, sigilo de sua identificação e confidencialidade dos dados fornecidos. Foram incluídos no estudo apenas aqueles que concordaram em participar mediante preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em periódicos, revistas e demais meios científicos e/ou em encontros, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa, não havendo qualquer acordo restritivo à divulgação.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas com membros de duas famílias submetidas à cirurgia bariátrica, foram construídas três categorias temáticas que contemplam tópicos importantes para discussão e compreensão mais profunda dos dados obtidos com esta pesquisa. Os tópicos têm caráter explicativo e discursivo, pois visam contemplar e substanciar a categoria temática. Essas categorias serão então analisadas por meio desses tópicos que servirão de instrumento para análise com o intuito de sustentar a argumentação do tema.

Dessa forma, nossa análise vai transcorrer por meio da construção dessas categorias temáticas que auxiliarão a análise e a busca por respostas aos objetivos construídos que originaram a pesquisa. As categorias temáticas pretendem favorecer uma compreensão mais ampla e profunda acerca do significado subjacente a trajetória do sujeito que opta pela cirurgia como alternativa de tratamento contra a obesidade. Por meio do cruzamento dessas três categorias temáticas pretendemos chegar à conclusão desse estudo. Visando a preservação da identidade, não serão informados os nomes dos participantes, estando estes identificados como S (sujeito) e um número.

A análise foi realizada utilizando-se as seguintes categorias temáticas: i) A obesidade e sua marca na identidade; ii) Um novo contrato de vida: a mudança de olhar e iii) A identidade consagrada: uma nova versão de si.

A primeira categoria será analisada através dos tópicos: Marcas da Obesidade e Representação do corpo. A segunda categoria será analisada através dos tópicos: Aspectos importantes atrelados à trajetória do peso: Influência genética, Casamento e gravidez, Questões emocionais, Hábitos e padrões alimentares seguida do segundo tópico: A escolha pela cirurgia e sua repetição. E a terceira será analisada através dos tópicos: Uma nova versão de si e as relações familiares.

6.1 - A OBESIDADE E SUA MARCA NA IDENTIDADE

A primeira categoria temática será analisada por meio dos tópicos Marcas da Obesidade e Representação do Corpo. O primeiro tópico pretende elucidar o

sofrimento causado pela obesidade presente na fala de todos os entrevistados. Tal sofrimento vem atrelado ao preconceito que o obeso sofre na sociedade pós-moderna que, com exigências das mais diversas ordens, não aceita um corpo que fuja das formas consideradas “perfeitas”, ou seja, que se traduz e se apresenta a partir de um corpo magro. A representação ou marca da obesidade vem acompanhada de sentimentos e emoções negativas que o sujeito tem de si mesmo. Essas emoções reverberam no corpo do sujeito, demonstrando uma constante insatisfação com suas formas, já que acredita não fazer parte de um padrão estético que lhe permite vivenciar um sentimento de pertença a um grupo social.

Este sentimento de exclusão é percebido mediante sua baixa autoestima e sua percepção de que é um sujeito feio. Por este adjetivo, entendemos que é aquele que possui má aparência. Benedetti (2003) diz que o homem moderno obeso é não só o homem feio e estigmatizado, mas também um doente que precisa de ajuda por meio de tratamento médico e psicológico. Assim, os sentimentos advindos dessa imagem pejorativa influenciam em sua vida social, já que ele evita estar em locais nos quais precise se apresentar corporalmente e vivenciar o significado e a representação que o seu corpo carrega.

Além das marcas emocionais advindas da representação negativa corporal, a obesidade traz limitações de ordem física e comprometimento de funções biológicas. Quanto à parte física, nos deparamos com dificuldade de movimentos básicos como andar, correr, brincar com filhos, subir escada, tomar banho, calçar sapatos etc. Quanto à parte biológica, ocorrem comorbidades que a doença traz para a vida de quem dela sofre. Dentre as comorbidades, foram identificadas dores nas articulações, cansaço, hipertensão e apneia do sono. Esse aspecto foi identificado na fala de S1 quando menciona: “Eu tinha apneia do sono, eu roncava muito, cansava, não conseguia dar uma andadinha que eu estava cansando por conta do joelho e o colesterol era lá em cima” (Entrevista, S1, 2015).

Identificamos que além das limitações físicas e comorbidades, comportamentos que simbolizam atividades rotineiras como comprar roupa e tirar foto passam a ficar em desuso diante dos empecilhos estéticos representados a partir do preconceito e de estereótipos que o sujeito obeso vivencia.

As ideias supracitadas aparecem nas falas de S1 e S6 que compartilham o seguinte pensamento a respeito das Marcas da obesidade:

Era uma coisa que me incomodava muito, me deixava muito para baixo, autoestima muito baixa e agora depois que eu não sou mais obesa, mudou tudo, mudou tudo na minha vida, eu me divirto mais, me sinto mais alegre, a minha autoestima aumentou muito, eu agora consigo uma coisa que não conseguia antes, sair em foto da família. Eu não fazia questão porque eu me achava feia, me achava gorda, agora não. A obesidade é uma doença, você tem que admitir que está doente para você conseguir se curar. Eu não conseguia dormir, não conseguia andar, queria comprar uma roupa e não conseguia calçar meus saltos altos que eu gosto tanto, eu não conseguia porque o peso não deixava, cansava muito, o joelho doía. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Quando eu tinha o corpo obeso, eu procurava evitar me ver porque não me sentia bem com aquele corpo e naquele corpo. Eu evitava comprar roupa, não queria sair, ficava naquele esconderijo; naquela camuflagem. (ENTREVISTA, S6, 2015).

Os sujeitos têm internalizado um discurso de que os corpos compatíveis com as exigências sociais são considerados normais e aqueles que não se encaixam no padrão são vistos como anormais e doentes. Tal ideia se apresentou no discurso de quase todos os entrevistados. Os estereótipos construídos acerca do corpo obeso conduzem a uma trajetória marcada pelo sofrimento e pela frustração de inúmeras tentativas de dietas para conquistar o emagrecimento. Essa trajetória também carrega as marcas do preconceito e da discriminação que o obeso vivencia. O corpo gordo passa a ser referência negativa e na maioria das situações ganha o lugar de ponto de referência. A narrativa da entrevistada S2 evidencia tal inferência:

A obesidade sempre foi presente em minha família, a gente sempre lutava contra a obesidade, sempre fazia dieta, sempre fazia atividade física, mas só que a gente nunca conseguia emagrecer, nunca conseguia chegar ao corpo, que é um corpo normal, saudável. Todo mundo fala "Ah olha a gordinha ali.", todo mundo fala, todo mundo percebe, todo mundo se chateia, quem não chateia? Me sentia mal, sentia falta de ar, cansaço. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Tal fala nos permite compreender os sentimentos que marcam a vida desses indivíduos quando se percebem sendo vistos de forma negativa como ponto de referência de outra pessoa.

Ainda com referência à trajetória de sofrimento que marca a vida do sujeito obeso, foram identificadas, em alguns deles, críticas e uma imagem reduzida a alguém guloso, que não se controla e não tem força de vontade para emagrecer. Adjetivos como preguiçoso, sujo, comilão, dentre outros, fazem parte da construção identitária deste sujeito. A fala da entrevistada S3 melhor evidencia tal inferência:

A obesidade para mim era uma tristeza, porque a gente se sente gorda, se sente feia. Há muita discriminação em relação a isso, as pessoas têm na mente que a pessoa que é gorda come demais, eu era uma gorda que não comia demais. (ENTREVISTA, S3, 2015).

Os sujeitos que sofrem da doença carregam o estigma que vem representado a partir das marcas corporais que o identifica e diferencia. Goffman (1959) em: “A representação do eu na vida cotidiana”, defende que os indivíduos buscam a projeção de imagens melhoradas de si mesmos a fim de serem reconhecidos e aceitos em seus grupos sociais. Segundo o autor, o estigma se apresenta nas formas de deformações físicas, de desvios de comportamento e na busca pela religião. A partir da fala dos sujeitos pensamos em estigma social como a deformação física que o corpo obeso sofre a partir da exigência corporal advinda das normas culturais pós-modernas.

O referido autor ainda sustenta que esses estigmas sociais frequentemente levam à marginalização e, conseqüentemente, mobilizam o sujeito a buscar uma legitimação de sua identidade. O sujeito obeso acaba por ser identificado como alguém que sofre não apenas por carregar um excesso de peso e comorbidades, mas também como aquele que carrega um preconceito, vivenciando privações e discriminações. Para o autor supracitado, estigma se definiria pela situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena. Essas constatações foram identificadas na fala de quase todas as entrevistadas, aparecendo fortemente na fala de S4:

Tudo eu cansava, fora a roupa, eu sem querer ir para o lugar, ficar procurando roupa que combine e nada fica bem, nada fica legal. É um desconforto muito grande, além do gasto, mas é muito chato, você não se sente bem nos lugares, fica estranha. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Uma das entrevistadas compara a discriminação que o obeso sofre com o preconceito vivido pela pessoa negra. Ela sofre os dois preconceitos e faz um movimento comparatório deixando evidente na sua fala que o preconceito vivenciado pelo obeso é mais sofrido a partir do seu ponto de vista, compartilhando ainda aspectos importantes que deixam implícito uma possível exclusão social por não ter espaço na sociedade, espaço este traduzido tanto pela dimensão corporal, quanto pelo estigma. A dimensão corporal está sendo usada no sentido de dificilmente as pessoas quererem dividir o espaço com um sujeito obeso, seja em um elevador, na cadeira do ônibus, em um banco da praça, dentre outros. O olhar perpassa tanto por

uma dimensão espacial, por acreditar que o espaço não o comporta, quanto por uma dimensão de rejeição. Em sua entrevista isso fica muito evidente:

É ruim demais, você sabe que preconceito com o obeso é maior do que com o negro. Então você sente, eu tinha pessoas que não falavam comigo, depois que eu operei e emagreci, fazem questão de falar comigo. É desconforto para tudo, você ocupa lugar, ah outra coisa, eu transpirava, pense, transpirava demais que me incomodava, imagine o povo, era um suor que não tinha mais, então eu via que aquilo ali não estava legal, incomodava tudo, tudo, cansava e eu sempre muito ativa e eu nunca me entreguei. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Dessa forma, percebe-se o quanto as marcas corporais trazidas e deixadas pela obesidade estigmatizam um sujeito que ganha na sua identidade uma digital que o categoriza e o torna diferente dos parâmetros estabelecidos pela sociedade. Goffman (1980) diz que um indivíduo que carrega um estigma se define por ser aquele que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana, mas, por possuir um traço que infere uma imperfeição, é afastado da atenção do olhar do outro, ficando impossibilitado de ser visto a partir de seus outros atributos. Dessa forma, surge no estigmatizado a sensação de não saber e não ter acesso ao pensamento dos outros sobre ele. Sustentando-se nessa sensação, o autor defende a ideia de que a pessoa passa a não acreditar em si e em outros atributos que carrega.

Segundo Almeida (1998), quando identificamos alguém, esse indivíduo a que estamos nos referindo é colocado dentro de uma categoria socialmente determinada, a qual carrega uma variedade de símbolos e de estereótipos preestabelecidos culturalmente.

Em concordância com o pensamento de Le Breton (2010), percebemos que as marcas corporais se apresentam associadas a ritos de passagem e significados construídos por uma comunidade. Dessa forma, entende-se que o olhar sobre o obeso no passado não era o mesmo que hoje lhe é conferido, os discursos das sociedades pós-moderna deram margem para a construção do estigma social que a doença obesidade atualmente carrega.

Podemos refletir sobre pontos do percurso feito por esses sujeitos na sua construção identitária a partir dos significados que essas marcas deixam na sua identidade. Nesse percurso, identificamos como o estigma caracteriza e determina a forma como o sujeito se percebe e se define. Assim, adentramos na discussão do segundo tópico que foi nomeado como Representação do Corpo.

Pensando no corpo como veículo de representação, entendemos que o corpo obeso pode ser analisado por meio de um acúmulo de representações subjetivas construídas a partir das experiências e vivências sociais, incluindo a exclusão do obeso de participar de certas experiências por não se sentir pertencente e, portanto, evitando participar da vida social, deixando de assumir uma posição ativa na sociedade. Com relação à dimensão que o sujeito exerce no âmbito social, Touraine (1999, p. 220) diz que “o sujeito é a vontade de um indivíduo de agir e de ser reconhecido como ator”.

A representação negativa advinda do olhar individual se soma ao olhar externo e define um único olhar do indivíduo sobre si mesmo. O corpo analisado e percebido a partir de um momento histórico específico é comparado ao modelo de corpo moderno construído socialmente. Este modelo de corpo atual é visto sobre o prisma da perfeição, das definições musculares e da magreza. A gordura e os registros que ela deixa nas marcas corporais perde seu simbolismo e, portanto, passa a ser mal vista. O que antes era sinônimo de fartura e fertilidade, hoje representa o fracasso e a improdutividade. A falência do corpo gordo se atrela ao sofrimento pelo qual as pessoas passam quando este corpo é visto e representado de forma negativa. O obeso carrega atributos que o reduzem a uma visão limitada, como confirma S3:

O gordo é muito discriminado e eu me sinto triste quando eu vejo uma pessoa assim, sinto mesmo. Me estressava, queria vestir uma roupa e não podia. Você entra numa loja e não tem esse número, é uma frustração desgraçada, é muito triste não ter esse número, só trabalhamos até tal número, você se sente rejeitada sim, fora do mundo, do padrão do mundo. (ENTREVISTA, S3, 2015).

Por meio da representação do corpo, percebe-se como a identidade se constrói na interação entre o eu e o outro. O olhar externo modela e consolida a visão que o sujeito constrói de si mesmo, assim, pensemos em nós como produtos constituídos em relações. Através do olhar do outro vamos construindo uma identidade flexível e maleável a qualquer novo grupo de pessoas com as quais nos relacionamos. Através de como o outro me enxerga e me nomeia, inicia-se a trajetória percorrida para me constituir como ser humano. A identidade, por sua vez, é mutante, não se pode pensar na construção da identidade a partir de um olhar objetivo e estático.

Sustentando tal inferência nos fundamentos da Teoria Sistêmica, percebemos uma mudança de pensamento que ultrapassa os pressupostos da ciência tradicional. A partir de um dos conceitos desenvolvidos no período conhecido como Cibernética

de Primeira Ordem, a objetividade que retrata uma observação a ser feita fora do sistema na busca por uma verdade objetiva sem causar influência a ele, evidenciamos que a vida ao ser composta pela subjetividade de quem a compõe não se restringe a uma condição de causa e efeito, portanto entendemos que, somado a essa equação, deparamos com inúmeras lacunas que retratam o movimento e a passagem que acontece nos bastidores: mundo subjetivo e interrelacional.

Para sustentar tal pensamento, nos apoiamos na fala de Vasconcellos (2002, p.225) quando esta diz que:

A Primeira Cibernética trata dos processos morfostáticos (manutenção da mesma forma) resultantes de retroação negativa por retroação autoreguladora, a qual conduz o sistema de volta a seu estado de equilíbrio homeostático, otimizando a obtenção da meta. A Primeira Cibernética trata, pois, da capacidade de auto-estabilização ou de automanutenção do sistema

O ano de 1880, período marcado pelo fim da idade industrial, é marcado por uma passagem importante na mudança de alguns paradigmas. Tal mudança resulta na passagem da Cibernética de Primeira Ordem ou dos Sistemas Observados para a Cibernética de Segunda Ordem ou dos Sistemas Observantes. Conceitos como circularidade, subjetividade e auto-reflexividade ganham sua importância perante a observação dos acontecimentos da vida. As histórias de vida passam então a serem vistas de forma recursiva e interligada. Segundo Laura Fruggeri (1998, p.55) *apud* Bateson (1972); Maturana e Varela (1987), os indivíduos, em seu processo de construção do mundo, são limitados pelas crenças, mapas e premissas que têm a respeito de si. A autora supracitada complementa afirmando que “as crenças mantidas pelos indivíduos constroem as realidades, e estas são sustentadas por meio da interação social, a qual, por sua vez, confirma as crenças que se originam socialmente” Dessa forma, podemos pensar a identidade do obeso sendo co-construída a partir da representação que seu corpo tem no social somando aos significados atribuídos a ele.

Com base na perspectiva histórica do construcionismo social, Guanaes (2006) diz que as pessoas constroem a si mesmas a partir dos processos relacionais e discursivos que vivenciam determinando, assim, suas realidades pessoais e sociais. Logo, entendemos que fatos expressivos da nossa vida mudam quem somos.

Assim, o olhar do outro influencia na composição e construção do ser humano. Essa equação, fruto da relação eu e o outro, favorece a construção da imagem que construímos de nós. As falas de S1 e S6 retratam a imagem que uma pessoa obesa constrói de si:

Porque eu me sentia horrível, me sentia triste, era joelho doendo, era tudo que eu sentia, entendeu? E, e a autoestima também, eu acho que piorava, eu não tinha mais vontade de fazer dieta pra poder emagrecer porque eu não conseguia, era o tempo todo de dieta e não conseguia perder peso, até remédio para emagrecer eu tomei, entendeu? Me sentia horrível, de pesada. (ENTREVISTA, S1, 2015).

A sensação é de tristeza, de não estar fazendo parte do mundo, de não se conformar com aquele corpo gordo, de não aceitar aquele corpo e sofrer muito com o que vê no espelho e quando olha para os outros. (ENTREVISTA, S6, 2015).

A identidade negativa que o obeso severo porta um sofrimento que o conduz a um afastamento, chegando à marginalização social. Por vezes, o obeso se vê buscando alternativas sejam elas por meio de dietas, sejam através de atributos estéticos que disfarcem as formas que o marca e o categoriza. A entrevistada S2 fala do sofrimento quando era portadora da identidade de obesa:

Assim, quando eu estava gordinha, eu realmente e sentia muito discriminada não só por mim mesma, porque a discriminação primeiro vinha por mim, mas pelas outras pessoas também. O corpo obeso realmente me incomodava bastante, eu fazia dietas loucas, ficava sem comer, dieta de sopa, dieta de não sei o que, só bebia líquido, então eu me sentia mal por não conseguir chegar ao corpo que eu queria, então eu me sentia muito frustrada com isso. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Dessa forma, percebe-se o quão prejudicada fica a relação do obeso com a sociedade. Segundo Goffman (1980), utilizamos aspectos da identidade social de uma pessoa para assim poder construir, ou não, uma identificação pessoal para com ela. Por ter uma identidade que não o legitima e o aproxima de uma deformação física, este sujeito sofre várias dificuldades e preconceitos como, por exemplo, estabelecer e ampliar vínculos sociais, se inserir no mercado de trabalho, estabelecer relações afetivas conjugais:

Ninguém quer amar o gordo, ninguém quer ficar sentado de junto do gordo, o quer conversar com o gordo, existe isso e muito, a gente não pode dizer que não existe, o gordo soa muito, ele transpira, tem mau cheiro e as pessoas nem, tem gente que nem se indigna a disfarçar, ninguém, eu canso de dizer ninguém é gordo e feio por que quer não. (ENTREVISTA, S3, 2015).

O obeso severo então se vê limitante no exercício dos diferentes papéis que deveria assumir tanto em nível individual quanto conjugal e social. Benedetti (2003) colabora trazendo a afirmação de que “a avaliação do próprio corpo, as cognições e os sentimentos sobre ele derivam, por um lado, do desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo e, por outro, da socialização, da reação dos outros ao seu corpo”. A mesma conclui que o olhar que o sujeito constrói do próprio corpo e o significado que constrói sobre ele sofre influência das relações sociais da mesma forma que as influenciam, com a ressalva de que a condição física do obeso somada às avaliações sociais de cunho negativo repercutem numa construção de imagem, por sua vez, negativa.

Logo, a sociedade moderna, marcada pelas exigências de padrões estéticos, considerados belos, a serem seguidos, não concebe espaço para o pertencimento do obeso severo que enfrenta uma série de consequências negativas que marcam e limitam sua trajetória. Vejamos:

Todo mundo é vaidoso e quando você tá fora do padrão de beleza que a sociedade aceita você se sente mal. Então não só doença como a parte estética com certeza influencia bastante na vida da pessoa, mas só que tem pessoas que se sentem muito bem sendo gordinhas ou não, não é uma questão de todo mundo, é uma questão pessoal, é como se você tivesse um padrão de beleza que você se compara como se fosse uma nota, você tem uma nota e você se observa e se sente abaixo daquela nota, então você se cobra você fica triste porque você não consegue atingir aquele padrão, aquela estética e isso te deixa triste, mas é bem isso, uma comparação, você se compara muito e se cobra e você como não consegue alcançar aquele objetivo você se decepciona. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Dessa forma, percebemos que a trajetória percorrida pelo sujeito com obesidade mórbida é uma busca por uma legitimação e sentimento de pertença associados a uma troca ou substituição da digital da sua identidade, ou seja, uma busca pela contemplação de marcas consideradas positivas que possibilitem vivências e sentimentos mais saudáveis que favorecem a construção de espaços de inclusão e pertencimento. Como mecanismo de sobrevivência, os obesos constroem barreiras para se proteger do sofrimento decorrente da exclusão. Essas barreiras podem potencializar as dificuldades que a obesidade traz para a vida dessas pessoas além de favorecer espaço para o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos que comprometem ainda mais esses indivíduos.

6.2 - UM NOVO CONTRATO DE VIDA: A MUDANÇA DE OLHAR

Na análise do segundo tema utilizamos tópicos descritores. O primeiro deles diz respeito a Aspectos importantes atrelados a trajetória do peso: Influência genética, Casamento e gravidez, Questões emocionais, Hábitos e padrões alimentares e o segundo refere-se A escolha pela cirurgia e sua repetição. Nos deparamos com os diversos motivos que conduzem um sujeito obeso a buscar a cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento. Para alguns, essa busca é guiada pelo desejo de sentir-se melhor diante da própria imagem, enquanto para outros a motivação vem do desejo de sobrevivência.

Dando continuidade à análise dos tópicos construídos a partir do tema, abordaremos os aspectos considerados como relevantes na história do ganho de peso identificados, a partir da fala dos entrevistados.

O primeiro tópico construído a partir da análise das entrevistas foi a influência genética como responsável pelo surgimento da doença. Na literatura acerca da origem das doenças, Rosenbaum (2012) diz que a obesidade tem origem multifatorial e o exato mecanismo do desenvolvimento não está totalmente elucidado. As causas incluem uma combinação de fatores genéticos, endócrinos, comportamentais, socioeconômicos, psicológicos e ambientais. Logo a obesidade tem origem de uma complexa interação entre os genes, fatores ambientais e comportamento humano.

Para tal sustentação, as falas de S4, S5 e S6 contemplam respectivamente a ideia da origem multifatorial:

Eu acho que é uma questão de metabolismo mesmo de família porque minha, ela não era obesa, mas ela era gorda. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Então sempre foi um caso presente na nossa família, que a gente sempre teve muitos gordinhos na nossa família e a obesidade sempre assombrou a gente nesse quesito. Porque quando a gente é gordinho a gente come e mastiga muito rápido. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Para mim é uma questão genética e o hábito alimentar da minha família só fez contribuir. (ENTREVISTA, S6, 2015).

Portanto, como complemento da literatura que aborda as causas da obesidade, Benedetti (2012, p. 117) acrescenta que “a obesidade, enquanto doença crônica, demanda uma compreensão global que contemple aspectos psicológicos em um

conjunto articulado de fenômenos, cujo sintoma manifesto é engordar.”. Ao considerar os aspectos psicológicos, percebemos que a origem do ato de comer de forma excessiva e compulsiva pode estar condicionada à vivência de sentimentos de angústia, desilusões, tristeza, raiva etc. Os indivíduos que recorrem à comida a utilizam tanto como recurso de enfrentamento ou mesmo como válvula de manifestação de sintomas por carecer de outros recursos que possibilitem um enfrentamento desses sentimentos de forma mais saudável quanto pelo padrão comportamental de obtenção de prazer e estabelecimento de relações pela oralidade.

Um dos tópicos importantes identificados como relevantes na história do ganho de peso foram os eventos na trajetória de vida como casamento e gravidez. A literatura diz que uma série de fatores pode contribuir para o ganho de peso. Rosenbaum (2012) ressalta que momentos importantes da idade de um sujeito podem influenciar no ganho e acúmulo de peso. Dentre eles destacamos as influências pré-natais na qual enfatiza que a ingestão calórica da mãe durante a gestação pode influenciar na altura, peso e composição corpórea do feto. Destaca ainda que o uso de contraceptivos orais contribui para o aumento do peso considerando, porém, que este aumento é pequeno e enfatiza que a gestação promove uma série de alterações no organismo da mulher, levando a um legado aumento de peso. Somado a aspectos da idade adulta da mulher, ressalta que a menopausa ocasiona um aumento de peso e alteração na distribuição da gordura além da redução dos níveis de estrógeno e progesterona que leva à deposição central de gordura.

A entrevistada S2 retrata esse ponto quando compartilha:

Até os 21 anos eu era magérrima, magérrima, vestia qualquer tipo de roupa, depois que eu tive meu filho que aí começou a minha luta pra poder emagrecer porque eu engordei dele 24 quilos, depois disso eu não consegui recuperar nenhum quilo e só fiz engordar mais ainda. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Outras falas sustentam tal inferência, dentre elas destacamos respectivamente as falas de S3 e S4:

Eu casei eu tinha 17 anos, eu tive Adriana comecei a engordar depois que tive Adriana com 19 anos, com 22 anos já tinha 3 filhos e aí vi que tava gorda, foi aí que eu comecei a sentir na pele os efeitos da obesidade na vida afetiva de uma mulher e pra mim foi assim, foi um trauma, porque eu conheci ele tinha 11 anos, ele 16, a gente começou a namorar e assim aquela coisa do príncipe encantado que você acha; a pessoa acha que nunca vai te magoar, nunca vai te rejeitar, nunca vai arranjar outra. Eu nunca esqueço disso, ele começou a ficar na rua, arranjar mulher... (ENTREVISTA, S3, 2015).

Eu tomei anticoncepcional aí eu acho que essas coisas todas ajudaram a ganhar peso. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Outro tópico foi nomeado por Questões emocionais, este foi construído para contemplar a influência da condição psíquica no ganho de peso uma vez que a comida surge como válvula de escape no alívio de estresse, frustração, dores emocionais e angústias. Benedetti (2012), diz que, na literatura psicológica, a tendência à hiperfagia por parte dos obesos é vista como uma resposta a tensões emocionais uma vez que o alimento é usado como gratificação substitutiva na busca por afeto, compensação ou recompensa. Para a autora, o ato de comer vai além do atendimento às necessidades biológicas de sobrevivência, estando inserido na história de vida de cada sujeito.

Tal dado aparece no discurso de S3 quando verbaliza que “Eu canso de dizer ninguém é gordo e feio por que quer não, acontece às vezes relaxa um pouquinho aqui, às vezes é uma depressão aí dá pra comer aquela coisa toda”. (ENTREVISTA, S3, 2015).

Ainda sobre as questões emocionais, observamos a constância dos sentimentos de ansiedade na luta pela perda de peso. O desejo de emagrecer conduz todos a recorrerem, inicialmente, a tratamentos clínicos que incluem organização alimentar, ajuste de dietas e uso de medicação. Esse tratamento, na maioria das vezes, possibilita a perda de peso e permite que os sujeitos em tratamento vivenciem a satisfação ao identificarem na balança a redução numérica que confirma o efeito de emagrecimento. Porém, essa redução, às vezes, estagna antes da obtenção do peso ideal ou, quando alcança este, o sujeito se depara com o reganho de peso.

Assim, a trajetória é marcada pela perda e ganho de peso e, nessa dinâmica, encontramos sujeitos que vivenciam a frustração diante do efeito sanfona de engorda e emagrece bem como sentimentos de insatisfação corporal permanente. Benedetti (2003) confirma que as inúmeras tentativas de perda de peso se apresentam atreladas ao sucesso de perdas ponderais significativas associadas à recuperação de alguns quilos e até mesmo aquisição de novos. Este ciclo de perda e ganho de peso se caracteriza como efeito sanfona terminologia corroborada pela literatura. Tal dado vem explicitado na fala de S3, S5 e S6 respectivamente:

Chegou uma hora que eu tava já me rendendo pra balança, eu digo: eu to perdendo feio porque eu controlava minha alimentação, fazia dieta, aquela coisa toda, quando eu pensava que perdia 2 quilos daqui a pouco eu engordava 3 e aquilo foi me chateando mesmo. O que me motivou foi a guerra contra a balança que eu vi que tava perdendo e eu estava perdendo porque eu comecei a fazer dieta desde quando meu primeiro filho nasceu, seis meses depois que eu parei de amamentar, aí eu comecei a fazer dieta controlando o peso e aí tem vez que você se priva de muitas coisas. O resultado não é o que você espera e eu ia pra endocrinologista fazendo acompanhamento, fazendo dieta, aquela coisa toda e aí eu emagrecia, daqui a pouco eu engordava de novo, foi isso que me motivou eu sentir que eu perdi a guerra contra a balança e isso me deixou triste, olhe quer saber do mais eu vou fazer e acabou e faria de novo se fosse preciso. (ENTREVISTA, S3, 2015).

Nesse ponto a cirurgia bariátrica foi um meio porque antes da cirurgia bariátrica eu tinha tentado outros métodos de emagrecimento. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Eu já tinha tentado todos os métodos, tinha tentando regime da lua, do céu, de tudo o que você possa imaginar e não dava certo, emagrecia, mas depois voltava tudo e com a bariátrica foi mudança total. (ENTREVISTA, S6, 2015).

Outro aspecto emocional é o desejo de resgatar a imagem anterior na qual sentimentos de bem-estar estavam associados ou desejo de se ter nova imagem para aqueles que sempre estiveram acima do peso. Tais sentimentos caracterizam uma época na qual o sujeito podia ser considerado mais feliz por não estar submetido aos sofrimentos advindos da doença. Na entrevista S4 refere que:

Eu não era gorda, eu jovem não era gorda, eu dizia: eu quero voltar ao meu corpo, eu não era gorda quando eu casei estragou depois. Eu era magra, eu casei com 60 quilos, eu já fui gorda adolescente, mas nunca de ficar assim. Emagrecer pra mim era questão de honra, eu disse eu não nasci assim. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Portanto podemos perceber que as questões emocionais podem até não serem influências primárias para o processo de ganho de peso, mas assumem um lugar importante na manutenção deste. Ainda segundo Benedetti (2012), não se pode dizer que os distúrbios psicológicos são causa ou consequência da obesidade. No entanto, pensar que não existe tipo algum de relação entre a obesidade e os fenômenos psíquicos seria retornar a uma concepção dicotômica do ser humano em que mente e corpo são entendidos como duas entidades separadas e independentes uma da outra. Dentre as falas trazidas pelos entrevistados a elegida para evidenciar tão inferência é a de S4:

Também essa situação de instabilidade, falta de emprego, isso leva a obesidade. E uma das coisas da obesidade é o emocional; o emocional da obesidade é triste, se eu ficava triste, se eu tinha um problema eu engordava, se eu tinha uma alegria eu também engordava tudo pra mim era motivo de engordar. Tudo para o obeso é motivo pra engordar, na tristeza ela engorda; ele come porque tá triste e se ele tá alegre ele come porque tá alegre. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Mediante os dados encontrados na literatura, não se pode afirmar que aspectos psicológicos são vistos como causadores da obesidade; porém, por meio dos dados obtidos nas entrevistas e das ideias de alguns teóricos que correlacionam o ganho de peso a um descontrole alimentar, podemos pensar e inferir que a comida é utilizada como válvula de escape diante do sofrimento e dos movimentos que a vida convida estes sujeitos a vivenciarem seja de forma positiva ou negativa.

Neste cenário subjetivo, as questões de ordem emocional que contemplam sintomas ansiosos e depressivos merecem ser validadas, pois suas influências, seja de maneira primária ou secundária, encontram-se entrelaçadas à história de evolução do peso.

Outro tópico está relacionado a hábitos e padrões alimentares familiares. Pensando no aprendizado e no sistema de crenças e de valores intrafamiliar, percebemos como um padrão comportamental influencia no outro. Pais que têm hábitos alimentares não saudáveis transmitem para os filhos e assim a comida dentro daquele sistema familiar ganha um lugar central. As reuniões se dão ao redor da comida e, na maioria das vezes, não há escolha de alimentos saudáveis para realização dos eventos.

Utilizando um conceito da terapia familiar sistêmica, percebemos o quanto alguns padrões acabam inconscientemente sendo transmitido de uma geração para outra. Muitas vezes não se pode responsabilizar uma geração por determinado padrão considerado disfuncional, pois a probabilidade de ser uma herança familiar é grande e, dessa forma, identificam-se a repetição e perpetuação de determinados valores, rituais e crenças. Benedetti (2003, p. 35), ao afirmar que a família é o núcleo primário no qual um indivíduo se desenvolve, sustenta que:

[...] uma série de condutas alimentares, permeadas por fatores constituintes e herdados, é transmitida de geração a geração dentro de uma família, de sorte que, ao nascer, a criança, passa a ser depositário de todos os gostos e formas de comer do grupo familiar.

Vemos que a combinação desses aprendizados associados às experiências alimentares construídas através das interações sociais define um padrão alimentar.

Dessa forma, nem sempre esse determinismo advindo da herança familiar e, por conseguinte a perpetuação acontece, pois as famílias também sofrem influência das transformações culturais que, quando não afeta o sistema como um todo, respinga em alguns sujeitos que passam a se diferenciar por meio das mudanças. Estamos nos referindo às mudanças advindas da industrialização que favoreceram a chegada ao mercado de alimentos mais calóricos, com baixo valor nutricional, além das comidas fast-food e do fácil acesso conferido a todos esses avanços. Além disso, percebemos um comportamento mais sedentário também influenciado e visto como consequência dos avanços tecnológicos que facilitam a organização da vida dos sujeitos, a partir da utilização de equipamentos que desmerecem e facilita a não utilização da força física. Assim, segundo Cervený (2011, p. 41):

Em algumas famílias, certos padrões são facilmente percebidos nas relações do cotidiano, enquanto que outros vêm de maneira camuflada e são mais difíceis de detectar. As gerações subsequentes, pela conquista de maiores informações, por meio do acesso à comunicação, pelo desenvolvimento sociocultural, com mudanças significativas na família, podem dispor de outros recursos que possibilitam lidar com situações de maneira diferente de como lidaram seus antepassados. Isso resulta tanto em uma maior percepção das repetições dos padrões interacionais, como em uma melhor maneira de lidar com as mesmas.

Ao descrever os padrões da própria família, S5 e S6 dizem que:

É uma família que gosta de comer, a gente gosta de comer muito, então sempre que a gente tá junto tem aquele banquete, aquele festival de comida, é a cultura da nossa família: uma alimentação farta. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Na nossa família tudo é em função da comida. (ENTREVISTA, S6, 2015).

A fala de um dos entrevistados explicita que o padrão alimentar é um fator agravante tanto no ganho quanto na manutenção do peso, este ainda deixa implícito que as crianças podem se beneficiar ou não da educação alimentar que os pais ensinam e, dessa forma, deixa na sua fala a responsabilidade dos pais na escolha por fazer diferente ou perpetuar um padrão que não é considerável saudável. A família citada anteriormente ainda nos traz a percepção da influência dos rituais familiares e do sentido que a ele lhe é conferido quando a comida é introduzida. Dessa forma os rituais são perpetuados e recheados do sentido que a comida tem para a família, nas

quais podem vir atrelados a fatura e busca por sentimentos mais positivos devido as angústias vivenciadas.

Agora o fator agravante do obeso, ele pode dizer à desculpa que for é a alimentação, é a alimentação, nada mais é do que alimentação... Outra coisa são os pais né". (ENTREVISTA, S4, 2015).

Foi unânime a consideração da ineficiência diante dos tratamentos clínicos destinados a combater a obesidade mórbida. A busca pela gastroplastia como opção de tratamento foi considerada por todos como a mais eficaz. A escolha deu-se em virtude do sofrimento diante da condição limitante da doença e da preocupação com a saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, a cirurgia foi referida por todos como última tentativa na luta contra a doença. Foi ainda consensual a opinião dos entrevistados acerca da mudança drástica que a mesma traz e exige em nível de novos padrões comportamentais. Pensando nos benefícios e aspectos positivos da cirurgia, os entrevistados compartilham do mesmo pensamento. Apenas uma entrevistada ressalta a complicação cirúrgica que teve no pós-operatório imediato, mas que ainda assim se fosse preciso optaria novamente pela gastroplastia como alternativa de tratamento.

Foi a melhor coisa que fiz somente não foi bom o pós-operatório, mas ali eu tinha muito apoio, da família. Faz 11 anos agora em novembro ou em dezembro que operei. É outra vida. Se precisasse fazer faria novamente. (ENTREVISTA, S1, 2015).

A literatura, ao abordar os riscos cirúrgicos, não se abstém de co-responsabilizar o paciente nesse processo. Repetto e Rizzoli (2006) sustentam a necessidade de se oferecer ao paciente uma boa orientação quanto todos os cuidados pós-operatórios e sobre as mudanças de hábitos que serão necessárias após a realização da cirurgia, bem como sobre a necessidade de uma boa adesão ao acompanhamento pós-operatório para obter o melhor resultado possível, ou seja, emagrecer com saúde.

Arasaki e colaboradores (2005, p.287) acreditam que:

[...] o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é uma alternativa eficaz, embora radical, a ser empregada quando falham os métodos clínicos tradicionais. Operações bariátricas surgiram em 1951, na forma de derivações jejunoileais e evoluíram para as diversas técnicas atualmente disponíveis. Na década de 1990, tornaram-se difundidas e mais seguras, apresentando bons resultados em longo prazo.

Os autores acima complementam com um dado importante a respeito da mortalidade, enfatizando ser inferior a 1% e tendo como causa geralmente tromboembolismo pulmonar ou sepse. Ressaltam ainda a existência de complicações menores como seroma de ferida cirúrgica, queda de cabelo, unha quebradiça e secura de pele, infecção da ferida operatória, hérnia incisional, obstrução intestinal por aderências, litíase renal, anemia ferropriva ou megaloblástica, esta por deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico. E enfatizam que maus resultados podem ser atribuídos à falta de preparo do paciente, escolha inapropriada da técnica, e abandono do acompanhamento ambulatorial.

Assim, diante dos dados oriundos das entrevistas e dos dados encontrados na literatura, podemos dizer que, das seis entrevistadas, apenas uma passou por uma complicação pós-operatória. Percebe-se então a compatibilidade de tal dado com a literatura.

Seguindo a análise, vamos falar sobre a influência familiar e a escolha pela cirurgia que é o último tópico descritor da segunda categoria temática. Assim, todos os entrevistados tentaram alguns tratamentos mais conservadores antes de optar pelo procedimento cirúrgico. Para a realização cirúrgica existem critérios determinados pela literatura que precisam ser seguidos, o encaminhamento envolve um protocolo que tem como critério primário avaliar se os candidatos à cirurgia bariátrica tem IMC compatível com as exigências determinadas. Segundo Arasaki e colaboradores (2005), o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é uma alternativa eficaz, embora radical, a ser empregada quando falham os métodos clínicos tradicionais. São candidatos à cirurgia aqueles que tentaram tratamento clínico por 2 anos, no mínimo, e que têm IMC superior ou igual a 40 kg/m². Também podem ser operados aqueles com índice entre 35 e 40 kg/m² que sejam portadores de comorbidades como hipertensão arterial, diabetes melito, síndrome de apneia do sono, ou de artropatia, concomitantes à obesidade moderada. Evita-se operar pacientes de alto risco clínico (com cardiopatias, hepatopatias, com insuficiência renal crônica etc.), dependentes de álcool ou drogas, portadores de psicose grave ou retardo mental.

Observamos que, para a maioria, a motivação pela gastroplastia como tratamento estava atrelada ao sofrimento, advindo tanto das limitações físicas quanto do estigma acerca do corpo obeso que trazia reflexo direto na forma como cada um olhava para própria identidade.

A escolha da cirurgia bariátrica acabou tendo a mesma origem e motivação para quase todos os entrevistados. Nessa trajetória de luta contra a obesidade, o sujeito, ao passar pelas inúmeras tentativas sem sucesso, vivencia as angústias advindas de sentimentos de não pertencimento, exclusão, limitação, desesperança e falta de motivação para exercer papéis e funções tanto profissionais quanto sociais e pessoais. Seus relacionamentos, de modo geral, se apresentam comprometidos, as relações conjugais também são afetadas devido ao fato da sexualidade ficar, em parte, comprometida, tanto em decorrência de limitação física quanto em decorrência de um olhar de menos valia para com o próprio corpo, igualmente as relações parentais, uma vez que as limitações físicas, às vezes, impedem o desenvolvimento de atividades laborais como as exigidas para o ato do brincar. Além disso, surge a questão do estigma social que inviabiliza alguns pais de estarem em locais sociais como, por exemplo, eventos da escola, devido à discriminação com o corpo gordo. Todos esses fatores comprometem a condição de sujeito enquanto agente social no mundo. Pensando nos aspectos motivacionais de cada entrevistado a escolher a cirurgia como alternativa de libertação de tantos sofrimentos, medos, limitações, doenças e angústias, foram encontrados aspectos atrelados a doença como identificado na fala de S1:

Foi uma questão de saúde, não foi questão de vaidade, a realidade é essa, que eu não dormia direito, tinha apneia do sono, roncava muito, cansava, não conseguia dar uma andadinha que eu estava cansando por conta do joelho, o colesterol era lá em cima, agora não, dou minhas caminhadas sem problema nenhum, estou fazendo minha academia e feliz da vida, sem problema. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Outro tópico construído aborda a influência da família. A escolha pela cirurgia se apresentou na forma de repetição de padrão, uma vez que um dos membros obteve sucesso com a cirurgia e este êxito acabou influenciando outros membros. O diagnóstico de obesidade, ao ser estendido a todos, favorece uma vivência compartilhada de sentimentos semelhantes dentro do sistema familiar. Os diálogos se desenrolam em torno da temática e padrões alimentares de consumo são vivenciados e compartilhados nos encontros familiares. Em meio a esses valores, crenças, rituais e regras, é construída a identidade da família.

Ainda discorrendo sobre a influência da família, notamos, por meio das narrativas, que as tentativas de emagrecimento eram também compartilhadas entre

os membros da família, chegando, em alguns momentos, a ocorrer troca de dietas. Assim, a partir do momento em que um dos membros decide escolher a cirurgia e obtém êxito com esta, acontece um despertar interno nos demais membros que passam a desejar a mesma mudança que viabiliza novas vivências facilitadas pelo processo de perda de peso.

Este dado se confirma nas falas de S2 e S6:

Olhe, todas as alternativas que eu fiz não deu certo, eu tomei remédio, fiz academia, fiz tudo possível e o que me motivou mais foi ver as pessoas da minha família fazendo e dando resultado, eram pessoas que lutavam contra a obesidade da mesma forma que eu, faziam atividade física, dieta, tomavam remédio para emagrecer, tomei muita sibutramina e não adiantava, eu emagreci, chegava no máximo a 76 quilos, parava de tomar o remédio, engordava tudo de novo, então os resultados positivos que eu vi dentro da minha família, foi o principal motivo que me fez fazer a cirurgia. Eu não gosto de fazer cirurgia, tenho muito medo, mas me motivou, eu disse: eu vou fazer por uma qualidade de vida melhor, fui e fiz e na época eu estava me separando. (ENTREVISTA, S2, 2015).

O que me motivou mesmo foi ver o sucesso das minhas irmãs e sobrinho porque no meu caso, eu sou a mais velha, mas fui a última a fazer, de quatro irmãos, três de nós fizemos, eu tenho três irmãs que fizeram e também um sobrinho. Então eu vi que eles ficaram bem e fui fazer. (ENTREVISTA, S6, 2015).

As famílias compartilham das mesmas dores, doenças, sabores e dissabores. Por ser considerada núcleo primário de formação e desenvolvimento do sujeito, entendemos a instituição família como uma rede de significação que se constrói e se reconstrói por meio das experiências compartilhadas. Dessa forma, foi considerado como dado relevante da pesquisa o compartilhamento intrafamiliar da mesma escolha de tratamento diante da doença:

Minha irmã fez e aí outras pessoas da família fizeram. Ao ver o resultado pensei que realmente é uma solução para um problema que não é fácil você superar. Se você tem um grau de obesidade grande, se você tem complicações na sua saúde, eu recomendo que faça. Sinto não ter feito antes, podia ter feito a mais tempo. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Pensando ainda nos aspectos motivadores, mencionamos as seguintes falas que retratam a trajetória percorrida até a escolha da cirurgia como tratamento. S1 justifica apenas como uma questão de saúde, apesar de referir que sua sexualidade melhorou a partir da perda de peso, o que repercutiu no resgate de sua autoestima.

Foi questão de saúde, não foi questão de vaidade, a realidade é essa; que eu não dormia direito, eu tinha apneia do sono, eu roncava muito, cansava, não conseguia dar uma andadinha que eu estava cansando por conta do joelho, o colesterol era lá em cima, agora não, agora dou minhas caminhadas sem problema nenhum, estou fazendo minha academia e feliz da vida. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Dentro da discussão dos aspectos importante para escolha da cirurgia foram encontrados dados relacionados à busca pelo resgate da imagem corporal de magra sobre a qual sua construção de identidade se iniciou:

Eu jovem não era gorda, eu dizia: eu quero voltar ao meu corpo, eu não era gorda... Ah, isso pra mim era questão de honra, eu disse eu não nasci assim. (ENTREVISTA, S4, 2015).

O entrevistado S5 retrata, a partir da sua fala, aspectos importantes sobre a influência da estética e a necessidade de uma mudança drástica com o intuito de manter a esperança diante do emagrecimento ainda não alcançado, mesmo após inúmeras tentativas por meio de outros tratamentos.

Nesse ponto a cirurgia bariátrica foi um meio porque antes da cirurgia bariátrica eu tinha tentado outros métodos de emagrecimento. Para controlar o meu peso não tive sucesso em nenhum deles e a cirurgia veio para me ajudar no momento em que eu estava com um peso bem elevado, então foi uma saída drástica, mas que hoje eu agradeço muito ter feito essa cirurgia porque foi muito boa pra mim... não só doença como a parte estética com certeza influencia bastante na vida da pessoa. Penso na cirurgia como tratamento contra a obesidade, porque você primeiro tenta uma reeducação alimentar com diversas dietas, então você tem várias opções, alternativas, mas quando você não consegue, você falha em todas elas, você se sente (eh) sei lá, pressionado, com dificuldade de conseguir atingir o seu peso ideal, a redução de peso sem uma medida drástica como a cirurgia bariátrica, ela é uma opção e como eles tem pontos positivos e negativos, na minha opinião tem um balanço extremamente positivo no tratamento da doença. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Pensando nas inúmeras motivações que conduzem um sujeito a querer emagrecer percebemos que questões físicas, biológicas e emocionais têm sua relevância e influência neste processo.

Diante da realidade na qual o emagrecimento parece ser impossível, estes sujeitos optam pela escolha cirúrgica como alternativa de libertação da doença. Todos, inicialmente, partem para o processo acreditando que será a cura e a solução da doença. Porém, muitos não compreendem que é o início de mais um tratamento, pois ainda não se descobriu a cura para a doença. A literatura traz que a obesidade é

uma doença de difícil diagnóstico e de difícil controle, porém algumas pesquisas confirmam que para a obesidade mórbida a cirurgia bariátrica ainda é uma alternativa eficaz pensando no controle do peso e no tratamento de comorbidades.

Olhando cuidadosamente para a trajetória feita pelo sujeito obeso até a escolha da cirurgia, entendemos que o fim dessa trajetória representa a falência do corpo. Ao ter essa percepção, estes partem para a escolha do procedimento cirúrgico como alternativa de recomeço. Nesse momento, a cirurgia entra na vida daqueles que esperam e desejam uma mudança. Tal inferência se confirma na fala de S5 quando diz que:

A cirurgia é uma escolha drástica que a pessoa faz na luta pelo emagrecimento; na luta contra a obesidade, mas só que ela tem muitos pontos positivos, e alguns negativos. Por ela ser muito drástica, as mudanças ocorrem muito rápido e para quem não tem um certo preparo para esse tipo de coisa, não consegue absorver essas mudanças no começo, ela é bem impactante. Ao mesmo tempo ela traz diversos benefícios também no curto prazo e no longo prazo imagino também que ela seja muito benéfica porque você começa e é obrigada a mudar o estilo de vida. A reeducação alimentar é uma reversão do pensamento, o modo de enxergar o seu dia a dia, o seu cotidiano, sua vida, você repensa muito a sua vida, mas eu vejo ela como uma coisa extremamente positiva, apesar dos seus pontos positivos e negativos eu acho que eu, o balanço é muito positivo porque os resultados são muito bons. (ENTREVISTA, S5, 2015).

6.3 UMA NOVA VERSÃO DE SI E AS RELAÇÕES FAMILIARES.

Através do relato dos entrevistados, podemos perceber uma mudança no olhar deles, sobretudo quando se retratado divisão identitária: eram uma pessoa antes do procedimento cirúrgico e outra pessoa após o mesmo. Inicialmente abordamos os novos significados na vida do sujeito submetido à cirurgia bariátrica e, em seguida, as transformações no seu olhar sobre si mesmo e as mudanças ocorridas em suas relações familiares.

Todos os entrevistados apontaram a cirurgia como um procedimento positivo que alterou o seu estilo de vida. S1 enfatiza o distanciamento de uma preocupação constante com sua saúde e com sua qualidade de vida, evidenciando o prazer obtido com essas mudanças:

Depois que eu fiz à bariátrica, eu penso que vou viver mais, porque era muita dor que eu sentia, muito mal estar, eu só vivia em médico, agora não, é diferente, faço meus exames de rotina, mas não tenho mais aquela preocupação de colesterol estar alto, de que vai entupir uma veia e eu vou

ter um infarto ou um derrame ou qualquer coisa assim, posso até ter, mas o risco é menor, então o significado da bariátrica para mim foi a minha melhora, a melhora da minha vida. Agora está tudo de bom na minha vida, então eu digo para as pessoas o quê? Façam, corra atrás, se você tem vontade de ter uma vida saudável, de voltar a ser feliz, se está se sentindo infeliz porque está obesa? Faça a bariátrica porque obesidade é doença, a pessoa magra não vai fazer uma bariátrica, mas uma pessoa obesa, com o índice de massa altíssimo, está doente, então tem que correr atrás, não é só porque está gordo, tem os outros fatores também que prejudicam. É diabetes, colesterol alto, hipertensão, é tudo. Então o que eu digo é, corra atrás, faça, procure um médico, não vai se arrepende bariátrica é uma cirurgia como outra qualquer. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Mudanças que se refletem positivamente na saúde, na condição física, nas pazes com o espelho, no reconhecimento do corpo ganham espaço e relevância dentro deste cenário. Além dessas mudanças, evidencia-se uma sensação de bem-estar e de um novo significado de vida. Tais transformações se encontraram nas falas de S2 e S6 quando dizem que:

Representou uma mudança de vida, principalmente uma mudança de qualidade de vida. Porque você se sentindo mal, sentindo falta de ar, sentindo cansada é uma coisa ruim e de repente você emagrece, começa a ter hábitos alimentares saudáveis, consegue viver melhor, fazer atividade física melhor, consegue fazer tudo melhor. Olhe a minha autoestima mudou muito, sabe? Você se olha no espelho e se vê assim, qualquer roupa cabe em você, fica bonita sem ter aquela vergonha de ficar se escondendo atrás de uma roupa maior, isso para mim mudou demais, hoje eu já uso umas roupas mais apertadas, já uso roupas mais curtas, mais decotadas, então a minha autoestima aumentou muito. Antigamente eu nem me importava como saía de casa, botava um vestido longo solto estava ótimo, hoje não, me visto, me pinto, me maqueio, faço tudo e quero sair sempre assim, bem comigo mesma, porque hoje eu me sinto muito bem, acho que tenho que tirar só um pouquinho da barriga, mas o resto assim, todo mundo fala: “poxa, você não ficou magra daquele jeito, magérrimo, como muitas ficaram”, mas ainda estou no processo de emagrecimento, mas também não quero ficar magérrima, só quero ter um corpo que eu olhasse no espelho e me sentisse bem, claro que uma roupa M, uma roupa p caísse bem em mim e não uma G ou GG e hoje eu consigo isso, me satisfaz bastante, estou muito feliz com a cirurgia, muito mesmo... outras pessoas que não são da minha família também já fizeram e que estão felizes com o corpo, então eu só tenho a indicar, realmente quem tem à vontade, não só a vontade, mas todos os requisitos para fazer, que não tenha medo de fazer, que vá e faça porque é uma cirurgia segura, principalmente se você escolher o profissional correto. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Representou outra qualidade de vida, mudei totalmente, até no trabalho mesmo, pois agora tenho mais disposição. Eu trabalho com treinamentos e com cursos e tudo que eu executava me cansava antes pelo próprio corpo e pelo peso. Agora ficou bem mais fácil descer e subir escada, pois com o corpo gordo eu quase não aguentava, agora está mais tranquilo, até porque não sinto dor nas pernas que eu sentia. Como eu já disse antes agora eu começo a me enxergar. Houve realmente uma mudança da autoestima. (ENTREVISTA, S6, 2015).

Percebemos que o reconhecimento de um novo corpo esteve presente na fala da maioria das entrevistadas que deixaram implícito um condicionamento de mudança identitária a partir da mudança corporal. Sentimentos de mais valia e autoestima passaram a ser vivenciados a partir disso. Infere-se que a inserção no mercado de trabalho e o resgate de algumas relações somente foram possíveis mediante a mudança corporal que provocou um olhar diferente para a identidade e, portanto, um sentimento de pertença conduzindo esses sujeitos a serem e se apresentarem enquanto agentes sociais.

Uma entrevistada conseguiu deixar explícito esse sentimento de apropriação de uma nova identidade e o quão longe foi possível chegar com ela, podendo revisitar o passado, mudar alguns papéis e assumir novas atribuições. Dessa forma S3 retrata que:

Acho que todo mundo que tem problema de obesidade deveria ter acesso e fazer a cirurgia. A mudança foi no meu corpo mesmo e na minha maneira de me ver diante do espelho. Antes eu passava, não queria me ver, só olhava o rosto né? Para pentear o cabelo para sair pra trabalhar, não queria olhar daqui para baixo. O que mudou foi em relação a mim, mas a ninguém não. Aí hoje eu me olho, preciso fazer uma plástica que ainda não fiz, a da barriga, que eu quero fazer, do seio, do braço que cai tudo, da perna que vou fazer, pretendo fazer, mas me sinto muito bem. Quando pego assim, que eu vejo isso aqui, lá dentro eu me sinto maravilhosa, quando levanto de manhã que enxergo, que chego diante do espelho, eu me olho todo dia de manhã, e aí eu vejo isso aqui fininho, sinto que ganhei o mundo. Eu me sinto mais segura em relação a vida, em relação a lidar com as pessoas, eu me sinto fortalecida em relação a isso, bem mais resolvida comigo mesma, mais fortalecida do que quando eu era gorda. (ENTREVISTA, S3, 2015).

Ainda sobre a cirurgia, dentre as inúmeras mudanças consideradas positivas por todas as entrevistadas, foi identificado como dado relevante o resgate da sexualidade. Os prejuízos advindos da obesidade não comprometem apenas o corpo na sua funcionalidade e identidade, mas também a relação de prazer consigo mesmo e com o outro. Tal reflexão só foi possível por meio dos dados que evidenciaram o quão libertador a cirurgia foi para a sexualidade dos entrevistados. A fala seguinte confirma tal inferência:

Quando você é gorda, o marido pode te amar, mas a gente sempre sente uma diferençazinha para sair, para acompanhar e depois da bariátrica, não. Eu emagreci então mudou o meu relacionamento com meu marido, mudou para melhor. Eu era uma pessoa triste e agora sou alegre, feliz porque meu marido está mais companheiro, mais ainda do que era, entendeu? Me apoia em tudo, está sempre ali comigo, faz questão de estar comigo sempre, fazia antes e agora faz mais ainda, entendeu? Gente é horrível você se sentir feia,

com a auto estima lá em baixo. Eu quero me amostrar (risos), então eu faço questão mais ainda de estar saindo. Então eu faço questão de fazer programação, sair, viajar, entendeu? Sempre, não paro, agora não paro, agora saímos sempre, como eu disse, eu tinha vergonha de me mostrar, tem gente que é indiscreta e diz: “oh você está gorda”, agora me diz que eu estou magra, você vai entender o pensamento da pessoa, “você era gorda, agora você está magra demais”, vá entender, mas estou bem, muito bem e não quero engordar mais... questão de sair mais, de me amostrar mais, é o ego da gente mais vaidoso, quer ficar mais bonita, se arrumar mais para sair, então to mais vaidosa agora. (ENTREVISTA, S1, 2015).

A sexualidade é reconhecida também por meio das experiências advindas do subsistema conjugal. O corpo obeso, para alguns, carrega a vergonha, devido ao preconceito que sofre socialmente, por simbolizar inutilidade e despertar olhar de rejeição do outro. Como esta pesquisa tem um número maior de entrevistadas do sexo feminino se evidencia o quanto é mais difícil para as mulheres terem que olhar para a relação conjugal e pensar na sexualidade como forma de obter e dar prazer. Se para si é difícil o encontro com o prazer pelo fato de muitas vezes esse corpo se apresentar coberto e escondido nas suas formas e definições, como é estar na condição de despertar e proporcionar prazer? O medo das críticas, a esquiva para não vivenciar o sentimento de rejeição, todos esses aspectos conduzem o obeso a se refugiar e se esconder dentro das suas dobras e formas corporais.

A redescoberta da própria sexualidade e o encontro prazeroso com o próprio corpo foi um dos dados percebidos e confirmados por meio da fala de S3 e S2, respectivamente:

Eu tinha vergonha de tirar a roupa na frente de meu marido e hoje não tenho, eu ando pela casa nua e antes eu não fazia isso. É assim, você passa na rua as pessoas te olham com outros olhos, te fazem elogios, o lugar onde eu trabalho as pessoas falam, ave maria, você emagreceu, está com o corpo ótimo. Gente isso é EGO, o ego da gente vai lá pra cima, é você se sentir, eu me sinto fortalecida para enfrentar o que eu enfrento. Como mulher, como pessoa, como gente, em tudo me sinto bem, muito bem, muito mais do que eu me sentia antes. Meu humor melhorou, as vezes ficava estressada, hoje não me estresso mais, não por isso, mas por outros problemas. A gente se sente melhor mais magra, as coisas que eu tinha vergonha de fazer quando eu era gordinha ou gorda, hoje não tenho mais. Na hora de ser feminina, na hora do sexo, não estou nem aí. Como mulher, como pessoa, como gente, em tudo me sinto bem, muito bem, muito mais do que eu me sentia antes. (ENTREVISTA, S3, 2015).

Todo homem quer ter uma mulher bonitinha, magrinha e ele não falava assim: “Ah, você está gorda, vá emagrecer”, mas ele sempre falava: “Oh amor vá procurar fazer uma academia, vamos fazer academia juntos.” Eu sei que incomodava, nenhum homem quer uma mulher feia, gorda do seu lado, eu sei que eu incomodava a ele também. Tinha muita vergonha de sair na rua. Hoje saio e vejo todo mundo olhando, me achando bonita, sou paquerada, toda mulher gosta disso. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Assim, a cirurgia traz uma mudança na relação tanto individual quanto conjugal, no quesito sexualidade. Uma das entrevistas resume tal mudança quando diz que:

Ah, mudou sim, porque melhorou a relação íntima da gente. Não melhorou mais porque ele não fez, ele tem uma barriga enorme e se ele tivesse feito melhorava em tudo, a relação, o sexo, tudo, já pensou dois gordos? É de lascar, agora quando ele vem, lá vou eu no embalo. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Houve uma mudança na minha relação íntima e atribuo ao meu novo corpo. (ENTREVISTA, S6, 2015).

Um novo sujeito emerge à medida que um corpo vai se despedindo dos seus quilos e da sua forma. Pode-se dizer que um renascimento se inicia e para defini-lo e autenticá-lo, surge uma nova identidade com sua nova digital.

Todavia devemos abrir um espaço para pensar que nem sempre todos os sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica conseguem se deparar com um estado de completude positiva diante da nova identidade. Uma entrevistada aponta tal dado quando sinaliza que a cirurgia bariátrica abre espaço também para uma condição de vulnerabilidade psíquica. A mesma relaciona essa vulnerabilidade ao vazio que o alimento deixa quando já não pode mais ser utilizado como válvula de escape. A mesma faz ainda ressaltar que podem surgir novas compulsões e assim ocorrer a substituição de um padrão pelo outro:

Você tem que ter cuidado para não trocar os hábitos porque tudo na vida é hábito; é vício. Existe a compulsão por compras, você se empolga e sai comprando um guarda roupa. Tem também a compulsão por bebida que é trágico. Eu tenho e conheço vários casos. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Tal dado obtido deixa a lacuna para outra investigação que, neste momento, por só ter sido evidenciado em um único discurso e não ser objetivo do trabalho preferimos sinalizar, mas não aprofundar.

Pensando nos efeitos subjetivos da cirurgia bariátrica, deparamo-nos com um novo olhar diante das mudanças proporcionadas pela mesma. O sujeito inicia uma despedida de marcas negativas que retratam o fim de um sofrimento e inicia um recomeço de vida, vivenciando um sentimento de felicidade, de alegria, de vitalidade, de autoestima, de saúde, de permissão para se expor diante do olhar do outro, das pazes com o espelho, do fortalecimento, da segurança, da força, do reconhecimento e do sentimento de pertença.

A fala de S1 descreve as novas sensações e sentimentos que traduzem o novo olhar:

Estou muito feliz com isso, deixei de ser obesa para estar no padrão para o meu peso, para a minha altura, a obesidade é uma doença você tem que admitir que está doente e conseguir se curar. Você tem que correr atrás e agora, graças a Deus, estou bem, estou ótima e não me arrependo, não me arrependo mesmo. Minha família aceitou, porque assim, a minha família é muito unida. A cirurgia bariátrica na minha vida mudou para melhor. Mudou tudo, a minha autoestima, a minha saúde, eu sou uma pessoa alegre, alegre não, mais feliz. Mudou o relacionamento com meu marido, melhorou muito. Antes que não queria comprar, não fazia muita questão, eu imaginava ir numa loja para poder comprar e não conseguia, saía triste, porque ia comprar e não comprava, porque terminava experimentado várias roupas e não dava, agora não, agora sou diferente, agora eu me sinto bem, me sinto uma pessoa realizada, que eu me olho no espelho e digo assim: poxa que mudança. A gente faz mais programa, sai mais, passeia mais e eu quero sair mais em foto (risos). Eu estou me sentindo muito feliz, muito satisfeita, muito de bem com a vida e isso não tem preço. O meu hábito alimentar melhorou bastante, pois antigamente eu não me preocupava, pensava como gordo, comia tudo que via, agora não, agora eu me preocupo com a alimentação e também atividade física que eu tenho mais disposição para fazer, que antes eu não tinha, antes eu tinha uma preguiça enorme de andar, eu era muito pesada, então eu tinha preguiça. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Além dos sentimentos acima citados foi identificada a sensação de bem estar e uma nova relação com a comida, assumindo novos hábitos alimentares após a realização da cirurgia:

Você tem fôlego para fazer as coisas, você tem disposição para fazer as coisas, a parte da saúde conta muito. Então, hoje, eu me sinto mais, sabe? Mais livre para mostrar meu corpo, usar um biquíni, não ter vergonha de estar todo mundo na piscina e eu tirar minha canga e ir para uma piscina, hoje eu me sinto livre para fazer isso, me sinto muito à vontade, sabe? Então melhorou muito nisso também, acho que ele também vê. Melhorou no casamento, também. Ah, sei lá, você sai na rua, todo mundo te olhando, te achando bonita, paquera, toda mulher gosta. Então, a saúde principalmente, você anda, corre, eu não corria, eu corro hoje na esteira e você não se cansa, sabe? Isso é gratificante, você sente que seu corpo está acompanhando você, respondendo àquilo que você está pedindo que ele faça, isso é gratificante. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Para alguns, a mudança de olhar advém da representação que o novo corpo passa a ter somadas às experiências que vivenciam com e a partir desse novo corpo. Dessa forma, se confirma que o corpo na nossa sociedade é instrumento de definição e descrição do que se é. A definição de uma identidade se dá pelo simbolismo e representação que cada corpo carrega. Estar sob o olhar do outro sempre foi um padrão de esquivia recorrente nos obesos, para não vivenciarem a sensação de

discriminação, preconceito e sentimento de não pertença. Com a cirurgia, percebe-se um movimento convidativo e interno de estar no mundo para ser visto a partir da sua nova forma corporal. S3 confirma tal ideia:

A mudança foi no meu corpo mesmo e na minha maneira de me ver diante do espelho, pois antes eu passava e não queria me ver, olhava o rosto para pentear o cabelo, para sair para trabalhar, não queria olhar daqui para baixo. O que mudou foi em relação a mim, mas a ninguém não e aí hoje eu me olho, lá dentro eu me sinto maravilhosa, quando levanto de manhã que enxergo, que chego diante do espelho, eu me olho todo dia de manhã, e aí eu vejo isso aqui fininho, isso aqui lá dentro para mim eu ganhei o mundo... Eu me sinto mais segura em relação a vida, em relação a lidar com as pessoas, mais fortalecida, eu sou mais forte hoje do que eu era quando era gorda. (ENTREVISTA, S1, 2015).

O esperado é que, a partir do sentimento de apropriação de um corpo mais prazeroso, o sujeito possa cuidar deste de forma a evitar o reganho de peso. Porém, parece que essa mudança ocorre mais num plano individual em detrimento do familiar. Cada obeso tem sua história singular e, apesar de compartilharem, às vezes, das mesmas comorbidades, cada um carrega consigo uma história própria que o diferencia e classifica. “Em inúmeras sociedades humanas, as marcas corporais são associadas a ritos de passagem em diferentes momentos da existência ou então são vinculadas a significados precisos dentro da comunidade” (LE BRETON 2014, p. 38). Neste sentido, podemos pensar o corpo obeso como uma marca também associada aos ritos de passagem de um mesmo sistema familiar.

Sob uma perspectiva familiar não se identifica a mudança em decorrência da manutenção de rituais familiares. Tal dado apareceu como dinâmica intrafamiliar nas duas famílias estudadas. A ideia do banquete e da reunião ao redor da comida continua presente e, assim foi percebido nos discursos que não foram encontradas alternativas para comemorar e estreitar relações que não fossem a partir do alimento que surge como elo de vinculação e compartilhamento:

Mudou para mim, pois muita coisa eu hoje já não consigo comer, mas o hábito da minha família não mudou. Sempre pergunto: podemos marcar alguma coisa que não seja com comida? (risos) (ENTREVISTA, S4, 2015).

A consciência individual se evidencia também na fala se S5 quando diz que:

Hoje eu não como mais, continuo indo para os lugares, restaurantes com a família, para as festas de família que geralmente tem aqueles banquetes, mas ao invés de comer muito eu como menos. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Percebemos a valorização de atividades laborais primárias que se encontram perdidas em meio ao peso passa a ser resgatada e colocada em uma outra condição de utilidade e importância. S4 confirma quando externa:

Autoestima, qualidade de vida, porque é qualidade de vida, a autoestima, a vaidade, eu sempre fui muito vaidosa, eu sempre gostei de maquiagem, de me vestir, de me calçar, gente era tudo muito feio, o melhor que comprasse, era tudo muito feio. (ENTREVISTA, S4, 2015).

Por fim, percebemos o mesmo movimento externo de ir para o mundo em busca de novas experiências que justifiquem a sua função de vida e de agente social por meio da fala de S5:

A gente se sente mais leve, se vê melhor, começa a se enxergar melhor, autoestima aumenta você não sente mais aquela fome, o tempo inteiro você se sente com o maior controle do seu corpo. Bom, basicamente não mudou muita coisa, a não ser a questão de comer, alimentação, antigamente eu comia mais e hoje eu não como mais, então eu continuo indo para os lugares, os restaurantes com minha família, as festas de família que geralmente tem aqueles banquetes, mas ao invés de comer muito como eu comia antes, eu como menos, bem menos, continuo então agindo com todo mundo da mesma forma. Talvez eu tenha ganhado um pouco mais de confiança, me apresentar em público por estar mais feliz com meu corpo, mas nada muito relevante eu diria, porque eu sempre fui tranquilo quanto a isso, então eu acho que nenhuma mudança eu apontaria como relevante assim. Primeiro a gente tem um emagrecimento em curto prazo. De muitos quilos, a gente vê, a gente se sente mais leve, se vê melhor, começa a se enxergar melhor, autoestima aumenta você não sente mais aquela fome, o tempo inteiro você se sente com o maior controle do seu corpo, mas os pontos negativos são mudanças drásticas, você tem que mudar, de uma hora para outra, da noite para o dia, toda sua dieta, você se controlar, não comer só besteira, coisas saudáveis, você ter que tomar as vitaminas, ter um acompanhamento, os exames de sangue de tempos em tempos para acompanhar o seu organismo, são esses pontos positivos e negativos que eu me refiro. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Contudo, em meio ao cenário de transformações consideradas por todos como positiva, cabe ressaltar que o processo cirúrgico, ao exigir uma mudança em todos os níveis, sendo os mais importantes, o nível alimentar e comportamental, sustenta o quão devem ser cuidadas e acolhidas às mudanças alimentares drásticas originadas da determinação pelas etapas a serem seguidas da dieta nutricional que exigem um período de dieta líquida seguida da pastosa para, por fim, iniciar ingestão da dieta

sólida. A família pode ser um coadjuvante, tanto positivo quanto negativo, dependendo da forma como irá acolher e cuidar do membro operado.

Algumas famílias são colaborativas, pois se reorganizam para acolher as mudanças necessárias advindas da cirurgia, facilitando o enfrentamento e favorecendo um sucesso cirúrgico. Outras não consideram importante a necessidade de mudar o hábito e, desta forma, transferem a responsabilidade exclusivamente para aquele que, para emagrecer, opta pela cirurgia. Assim, este membro ao sentir-se sozinho, sem esse suporte, pode fazer uso de recursos disfuncionais que não irão favorecer a uma mudança comportamental. Assim, adentramos no tema das relações familiares para obter uma maior compreensão dessa teia de relações e a influência que exerce diante do sucesso do tratamento numa perspectiva de longo prazo.

Algumas famílias apenas acolhem e se reorganizam para uma mudança de padrão e hábitos temporários sem de fato mudar suas crenças e valores acerca do lugar e função que a comida tem. Enquanto outras conseguem se beneficiar e mudar por completo o padrão comportamental.

Neste sentido foram encontrados nas entrevistas dados que confirmam o quanto o apoio familiar favoreceu no sucesso do tratamento. Tal dado por ser confirmado a partir da fala de S1 quando explicita:

A família aceitou, agregou, não ficou dizendo: ah não faça, você é maluca, não, não, a família aceitou, minhas irmãs, minhas sobrinhas, minha filha, meu marido, até primas, porque a gente é unida demais. A minha família é muito unida. Tanto primo quanto sobrinho, quanto meus irmãos, então todos aceitaram a bariátrica assim sem problema, sem tabu, aceitaram de boa, aceitaram mesmo sem problema nenhum, então a convivência com eles é tranquila, sabe que eu não posso comer muita coisa, então ta sempre ali, não fica forçando, então isso é uma ajuda porque quando a gente é bariátrica a gente não come bastante, você não aguenta comer, tem coisa que você não pode comer, não é que você não vá comer você come, mas é regrado, isso já satisfaz, o meu pensamento ta de magra. Eu tenho três sobrinhas e uma cunhada que fizeram bariátrica, então a gente pensa o que? Se for ter uma reunião tem que ter uma alimentação pra pessoa que fez bariátrica e para quem não fez bariátrica, a gente se preocupa com isso porque a nossa família é muito grande, entendeu? Minha alimentação mudou, meu marido não fez bariátrica, minha filha não fez, mas eles seguem a minha alimentação porque é mais saudável, de vez em quando eu faço uma comidinha fora da dieta porque ninguém é de ferro, mas geralmente a nossa comida é saudável, frutas, verduras, sucos, não tem fritura, nada disso, então a nossa reunião familiar continua a mesma, eles não ficam falando toda hora: “ah, você fez bariátrica, você”, cada qual sabe, então a gente prepara tudo direitinho pra quem é pra quem não é, pra quem é bariátrica. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Refletindo ainda sobre o suporte familiar, foi encontrado como resultado que as relações familiares consideradas saudáveis propiciam possibilidades de sustentação e suporte imprescindíveis para um enfrentamento mais saudável diante do processo de mudança. S1 no seu discurso externaliza que o suporte da sua família ajudou a não ter depressão:

Minha família me apoiou muito, não tive problema nenhum de adaptação mesmo com todas as dificuldades que passei no pós-operatório e reoperação que tive que fazer devido a uma complicação que me fez voltar ao hospital, me internar novamente e ficar alguns dias lá. (ENTREVISTA, S1, 2015).

Assim, ainda analisando as relações familiares percebemos que para algumas famílias a obesidade ganha um lugar no passado e os encontros familiares evidenciam diálogos em torno da doença sobre outra perspectiva, ou seja, as dores e as limitações são abordadas com cunho de despedida. Por meio dos resultados encontrados podemos inferir, a partir da percepção de S2, que nada mudou com o procedimento cirúrgico:

A gente continuou vivendo da mesma maneira que a gente sempre viveu, a gente sempre se encontra no final de semana, sempre tá junto, sempre se fala todos os dias, não mudou nada. (ENTREVISTA, S2, 2015).

Entende-se, com essa fala, que a mudança foi apenas voltada para uma adaptação para enfrentar o pós-operatório, não ocorrendo assim mudanças profundas em nível de rituais, valores e crenças familiares. Assim S5 compartilha a permanência e manutenção dos padrões familiares:

Olha, eu vou dizer, na minha família não mudou muita coisa não, assim, cada um tem a sua preferência de alimentação e a gente respeita, mas minha mãe sempre foi uma pessoa que preza mais a alimentação saudável, já meu pai preza mais a alimentação que a gente fala de fast food, aquelas alimentações que ele gosta mais, que ele tem uma experiência melhor, então ele não liga muito em ser saudável ou não, meu irmão ele é uma pessoa “no limo” entre as duas, as vezes tá meio saudável, as vezes ele está mais, mais liberal na alimentação, então nada mudou muito assim drasticamente na minha família, mas é uma coisa que cada vez mais a gente preza a saúde. Então a gente tenta sempre selecionar alimentação mais saudável em detrimento da alimentação que é mais prejudicial à saúde. Então, mas só que não há uma, não é uma coisa que se abraça de corpo e alma, a gente pensa, mas é muito assim, não sei dizer, tem, tem uma grande mudança na alimentação, não sei se a alimentação mais saudável, mas ela tá mais presente na nossa mesa entendeu? É uma família que gosta de comer, a gente gosta de comer muito, então sempre que a gente tá junto, aquele banquete, aquela, festival de comida, até hoje é, por mais que a gente tenha hoje quatro, quatro membros, geralmente a reunião de família gira em torno de 16 pessoas, 4 é 25%. E

ainda assim os banquetes continuam, sempre sobra comida, cada vez mais as pessoas comem menos, não só a gente as pessoas veem a experiência que tem na nossa família e começam a repensar a sua própria alimentação, sua própria vida, sua própria saúde, então todo mundo passa a comer um pouquinho menos, a comer um pouquinho melhor. Mas é a cultura da nossa família; uma alimentação farta e aquela coisa. (ENTREVISTA, S5, 2015).

Logo a partir da citação acima se percebe a dificuldade apresentada por algumas famílias em se reestruturarem ao redor do sujeito que fez a cirurgia bariátrica. As famílias inicialmente tentam inserir uma mudança na qualidade dos alimentos ingeridos, mas a quantidade e o significado da comida entre os familiares permanecem o mesmo anterior à cirurgia bariátrica. O alimento farto na mesa, a quantidade de ingestão de alimentos representam um valor familiar, muito difícil de ser abandonado. Portanto, está é uma família que, mesmo tendo aderido à cirurgia, apresenta um mecanismo de retroalimentação negativa, quando continuam se reunindo ao redor da mesa para comer muito, mantendo a sua homeostase, ou seja, os comportamentos semelhantes aos padrões anteriores à cirurgia. Por homeostase entende-se uma dinâmica familiar onde os seus membros não conseguem adquirir novos hábitos depois do procedimento cirúrgico mantendo comportamentos baseados nos padrões pré-estabelecidos.

Ocorreram algumas mudanças no padrão alimentar, porém para todos o funcionamento familiar permaneceu homeostático não havendo mudança do desempenho de papéis exercidos por membros da família.

Na percepção de S5, a comida tem um cunho cultural. As reuniões e encontros se dão sempre rodeados e abastecidos de comida mesmo sabendo que sobrar, mas tem que se ter fartura. Por ser uma família de muitos membros operados, o entrevistado deixa explícito na sua fala que nos encontros sempre há desperdício de comida pelo fato de os membros operados não conseguirem ingerir a quantidade devido a um estômago reduzido que já não comporta a mesma quantidade de ingestão de alimento. Mas, ainda assim, os registros na mente e os valores familiares acabam mantendo o mesmo padrão de funcionamento. Podemos pensar que o prejuízo fica para aquele que não operou devido à dificuldade de dar limite à ingestão diante da diversidade e quantidade excessiva de comida exposta.

Aqueles que operaram se deparam com a limitação biológica imposta a partir da redução do seu estômago. A cirurgia nesse ponto pode ser vista como o fator positivo para esse controle e, conseqüentemente, o convite à reflexão acerca da

necessidade de mudar os pensamentos para evitar alguns desconfortos que os sujeitos operados passam quando decidem se exceder na ingestão do alimento ou na qualidade deste. A fala de S4 traz exatamente a necessidade de mudar até a forma como vai ingerir o alimento, sendo convidado a mudar o ritmo da sua mastigação e o tempo para concluir a refeição. Podemos pensar que o tempo que leva diante do prato a convida a rever e mudar o olhar diante da sua relação com a comida.

A fala de S4 confirma tal ideia ao explicitar que:

Em função da cirurgia, era pra mudar o hábito alimentar das coisas que fazem em casa, eu mudei é claro. Minha alimentação mudou porque muita coisa eu não consigo comer, mas o hábito da família não conseguimos. E as pessoas me cobram; meu marido diz: Ah vou marcar um jantar e respondo: gente pode marcar alguma coisa que não seja comida (risos). Pra eu almoçar bem, principalmente almoço, levo duas horas. Eu levanto, eu sento, eu espero, minha, minha alimentação, a minha é muito difícil, meus irmãos, às vezes, ninguém aqui em casa é mais assim, só eu, é muito difícil, é muito difícil e se travar é russo, dói, incomoda, tem que esperar passar. Às vezes, é como eu lhe disse, há desperdício por causa disso, agora pra mim está sendo um sacrifício mudar o hábito na minha casa porque não tem mais os meninos, então faço só comprar aquilo até pra meu marido não comer muito, mas não mudou muito. (ENTREVISTA, S4, 2015).

A fala explicitada traduz a discussão proposta anteriormente na qual ressaltamos o significado que a comida tem dentro de um contexto familiar. Podemos inferir que, ao ocupar um lugar central, a comida exerce um espaço de dominação que ganha sentido a partir do momento no qual se recorre a utilização da comida com justificativas, na maioria das vezes, advindas do âmbito das emoções que passam a dar sentido aos eventos e experiências vivenciadas. Esta mesma fala confirma a limitação que cada paciente é convidado a experienciar em decorrência da redução do estômago que já não comporta a mesma quantidade de comida.

A entrevistada enfatiza os recursos que utiliza para lidar com as dificuldades da ingestão de alimentos bem como para tentar manter um padrão alimentar mais saudável a ser compartilhado por todos os membros da sua família. Todavia percebemos o quão é difícil mudar padrões que já estão enraizados e caracterizam determinada família. Quando o desejo de mudar não é compartilhado por todos os integrantes, é fácil perceber a luta que o sujeito operado precisa estabelecer para sustentar as mudanças alimentares proposta pela cirurgia:

A gente também tem que se conscientizar, eu faço gastronomia hoje, na faculdade eu vejo muita coisa. Então, eu acho que mudou um pouco, não pela cirurgia, mas pela consciência da gente hoje na área alimentar que, antigamente, não tinha tanta informação antes. (ENTREVISTA, S4, 2015).

No pós-operatório tive problema de mastigação porque quando a gente é gordinho a gente come, mastiga muito rápido. Então essa parte tive que me reeducar realmente porque no começo eu passei mal algumas vezes, onde eu mastigava e engolia muito rápido, as vezes eu engasgava e passava mal. Antigamente eu comia mais e hoje eu não como mais, então eu continuo indo pros lugares, pros restaurantes com minha família pras festas de família que geralmente tem aqueles banquetes, mas ao invés de comer muito como eu comia antes, eu como menos, bem menos, continuo então agindo com todo mundo da mesma forma. (ENTREVISTA, S5, 2015).

As postulações disponibilizadas neste capítulo permitem assegurar que a falta de suporte familiar pode, em algumas situações, não comprometer negativamente à adesão do “ex-obeso” à proposta da cirurgia. Mas, ao pensarmos na mudança brusca e rápida que esta exige e ao entendermos que essas mudanças não são internalizadas na mesma velocidade com que surgem, pensamos na importância desse suporte para a facilitação e promoção de espaços capazes de acolher o sujeito recém-operado e ajudá-lo a enfrentar, de forma mais saudável, o processo, sem precisar recorrer a padrões comportamentais e hábitos antigos considerados prejudiciais na luta contra o peso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do texto, tivemos como objetivo geral i) investigar o significado atribuído à obesidade e emagrecimento induzido pela cirurgia bariátrica em famílias com mais de um membro operado. Especificamente também objetivamos ii) avaliar eventos que contribuíram à história do ganho de peso; iii) relacionar a obesidade a ritos e hábitos familiares e iv) compreender ações e motivações frente à escolha pela cirurgia bariátrica como alternativa de tratamento contra obesidade. Tudo isso para responder a questão inicial de pesquisa referente os significados atribuídos à cirurgia bariátrica e possíveis transformações que podem acontecer no funcionamento da dinâmica familiar após a cirurgia. Para tanto, fizemos uso de estudo de casos múltiplos, exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2006).

Como podemos depreender da exposição teórica ao longo do texto, podemos afirmar que a pessoa obesa sofre sérias restrições em nossa sociedade. Diante de valores atribuídos ao corpo magro pela estética, saúde e prazer, o indivíduo gordo se sente rejeitado por um olhar discriminador que o transforma em alguém fora dos parâmetros sociais em nossa era contemporânea. O ideal de magreza, aceito pela comunidade, cada vez mais, exclui e rejeita um corpo gordo que representa doença, descuido, desprezo, vergonha e estigma social. Depois de inúmeras dietas sem êxito permanente, o sujeito gordo, atingido pela exclusão social e pelos comprometimentos na sua saúde, termina por optar pela cirurgia bariátrica como alternativa de transformar sua vida, buscando um sentido de pertencimento.

Os vexames e humilhações por ele passados, por carregar um corpo gordo rejeitado pelos demais, finalmente se extinguem quando, diante da cirurgia, o sujeito perde quilos e ganha coragem, autoestima, elevando seu sentimento de valia, passando a assumir uma vida cada vez mais ativa, sem necessitar utilizar padrões de comportamento precedentes à cirurgia.

Em nosso estudo, verificamos que a identidade da pessoa, após a operação bariátrica, sofre transformações. A pessoa se divide entre o gordo que foi e o magro de agora. A relação que o sujeito bariátrico estabelece com o seu próprio corpo pós-intervenção cirúrgica reflete um sentimento elevado de autoestima, de quem, pela primeira vez, é "convidado" a participar de grupos sociais que o veem como indivíduo

operante, de opiniões relevantes que contribuem para a sociedade. Ao se olhar no espelho, o indivíduo operado enxerga alguém (a si mesmo) digno de confiança e aceitação, alguém que finalmente é reconhecido pelos meios sociais aos quais pertence.

Em meio a essas transformações, identificamos uma ruptura caracterizada pela despedida da antiga identidade e a comemoração da chegada de uma nova identidade. Assim, alguns sujeitos tidos como “ex-obesos” passam a comemorar e ritualizar a data da cirurgia definindo-a como a data do renascimento.

Muitos sujeitos bariátricos revelaram a mudança que a cirurgia e o novo corpo provocaram em seus relacionamentos sociais e afetivo-sexuais. A vontade de sair mais de casa, de se arrumar e o prazer estabelecido com sua nova imagem corporal, a vaidade de usar roupas que delineiem suas formas físicas, a maquiagem das mulheres, permite-lhes ampliar o espaço doméstico e permanecer mais autoconfiantes e encorajados nos espaços públicos. Ser visto deixa de ser uma humilhação submetida aos olhares recriminatórios e passa a ser encarado como uma oportunidade de receber elogios e reforços positivos de que o novo corpo é bonito, saudável e digno de apreciação. Sair de casa para as ruas representa uma ampliação de territórios, uma metáfora das infinitas oportunidades que se abrem na vida de um ex-gordo.

De encarcerado em suas dobras corporais de gordo à sensação agradável de expor um corpo mais magro e esbelto, apreciado e elogiado, o indivíduo adquire confiança para adentrar em outros territórios de sua vida, da vida social e de sua afetividade.

Aqueles indivíduos que estavam solteiros e sem parceiros, sentindo-se mais encorajados e confiantes para buscar relações, ousam uma maior exposição social na tentativa de experimentar envolvimento amoroso. Os casamentos de indivíduos bariátricos foram beneficiados por este sentimento positivo que eles expressam com relação a si mesmos e isso se refletiu no apoio e na dedicação e apreciação de seus companheiros (as). Sentir-se bem com seu próprio corpo passa a significar sentir-se bem com o parceiro. Significa adotar uma postura diversificada com sua própria sexualidade, pois o novo corpo não pode ser visto sem passar pelo estigma de um corpo inaceitável e indesejado.

A nova dimensão do prazer encontra espaço para se expandir e o sujeito passa a se amar e se sentir mais amado. Como a sua relação com seu novo corpo melhora e o satisfaz, é natural que isso se estenda para os seus relacionamentos.

Tanto no subsistema parental, fraternal e conjugal quanto nas relações com a família de origem e sociais, identificamos uma melhora do vínculo decorrente da satisfação com o corpo que permite uma maior sociabilidade e vontade de estar e participar de encontros familiares e eventos sociais. A participação nestes favorece a vivência do sentimento de pertencimento, sendo este traduzido a partir da garantia que o indivíduo tem de fazer parte de um determinado grupo com crenças, valores, preconceitos e regras próprias que formam uma identidade. Esse sentimento também possibilitou aos sujeitos definirem seu lugar no mundo sem medo de expor sua singularidade traduzida por meio da nova identidade, mesmo que esta tenha as marcas das cicatrizes que o definem ao espelho, somadas a um estômago que não é naturalmente normal.

O corpo, como fator determinante para um novo olhar de si e com ele a experiência de emoções e sentimentos mais saudáveis, foi unânime no discurso dos entrevistados. Dessa forma, entendemos que um dos grandes efeitos positivos da cirurgia é a mudança corporal e a repercussão desta na vida dos “ex-obesos”. Por meio da nova relação com o corpo, surge outro significado que justifica querer e resgatar a vida dando outro sentido a ela. Podemos inferir que as transformações advindas da cirurgia consistem em uma permissão de reinserção no mundo, a partir dos novos desejos, projetos e sonhos construídos ou mesmo resgatados.

Porém, a transformação nem sempre é mantida por ele quando o seu contexto não se compromete e contribui para a aquisição de novos hábitos comportamentais ligados à comida, ao exercício físico, a pensamentos e atitudes que revelavam uma relação de dependência do sujeito gordo com a comida. O contexto que o circunda necessita exercer as mudanças necessárias a serem adquiridas para reforçar as crenças do sujeito bariátrico de que seus novos hábitos garantirão uma saúde e uma qualidade de vida superior àquela apresentada por ele antes da intervenção cirúrgica.

Alguns contextos familiares, mesmo se esforçando por adquirir esses novos comportamentos em torno da comida, acabaram por ceder a padrões de comportamentos anteriores à cirurgia, por não admitirem estabelecer os novos padrões necessários para que a magreza e a saúde permaneçam como ideal a ser seguido. O que ocorre neste tipo de família é o mecanismo denominado de homeostase, onde os membros acionam seus comportamentos anteriores conhecidos para manterem o *status quo* precedente ao da cirurgia bariátrica, já que estão

habitados a eles e não abrem mãos de valores e crenças atrelados aos comportamentos familiares expressos ao redor da comida.

Ao acionarem os mecanismos de retroalimentação negativa, os membros familiares se sentem mais "confortáveis" com aqueles comportamentos conhecidos, mesmo que adoecidos e prejudiciais. Se o sistema de crenças e os valores ao redor da comida não forem transformados, é possível que o contexto familiar não entre em morfogênese. Este fenômeno significa a atribuição de mudanças em comportamentos alimentares novos como o controle na quantidade e na qualidade de alimentos ingeridos, nos programas estabelecidos ao redor da comida, que evidenciam novas formas de lidar com o corpo, com a mente e com as atitudes expressas pelo sujeito que antes pensava e agia como uma pessoa gorda.

Como resultado da pesquisa, vimos que, além da influência genética, eventos como casamento e gravidez somados aos hábitos alimentares são considerados fatores que contribuem no processo de ganho de peso. Além destes, emergiram nas narrativas dos entrevistados, ou, seja, falas sustentando que hábitos e padrões compartilhados dentro do núcleo familiar contribuem tanto para o ganho quanto para a sua manutenção, uma vez que foi unânime a presença de rituais familiares preenchidos pela comida.

No que se refere aos aspectos atrelados à escolha da cirurgia como alternativa de tratamento, evidenciamos que as várias tentativas de tratamento clínico para o emagrecimento sem êxito somado à condição de sofrimento decorrente do estado de morbidez e do preconceito social foram motivações consideradas importantes na escolha pela cirurgia bariátrica. Além disso, a influência familiar advinda do resultado cirúrgico positivo de alguns membros de uma família já operados permitiu com que os demais se encorajassem e optassem pela mesma escolha para tratar a obesidade.

Os sujeitos operados fizeram movimentos mais individuais em busca da mudança de alguns comportamentos considerados prejudiciais para adesão da proposta cirúrgica, uma vez que o emagrecimento não acontece única e exclusivamente pela cirurgia. Esta é somente uma aliada, mas a cada indivíduo e seu sistema familiar caberá um importante papel de compromisso e responsabilidade diante da escolha. Dessa forma, identificamos, a partir das narrativas, que a família, como um sistema maior que segue leis, não mudou seus valores, crenças e rituais, sobretudo aqueles realizados em torno da comida. Percebemos que na família nuclear

houve uma adaptação dos membros frente à necessidade de escolher alimentos mais saudáveis; porém, não ocorreu a mesma mudança na família de origem.

Construímos a hipótese de que a dificuldade em manter as mudanças comportamentais que envolvem novos valores, crenças e rituais pode estar condicionada à falta de suporte familiar e aos inúmeros convites implícitos da família de origem de retorno aos antigos hábitos para a manutenção de um sentimento de pertença a um sistema familiar. Tal hipótese deixa uma lacuna para futuros estudos.

Considerando os efeitos subjetivos, vistos de um prisma positivo, chega-se à conclusão que a trajetória percorrida por uma pessoa que sofre de obesidade se dá a partir de uma identidade que, ao longo do trajeto, passa por transformações que concebem o direito de apropriação dos benefícios e o dever de se assumir numa nova versão e viver a vida.

Assim, concluo que um dos mais relevantes dados desse trabalho é que a cirurgia proporciona uma oportunidade para a reconstrução identitária da pessoa. Por meio dessa construção, apropriando-se da nova identidade, os entrevistados resgatam um olhar de mais valia de si próprios, resgatam relações conjugais, mudam ou tentam mudar padrões comportamentais e se direcionam para o mundo na tentativa de se reinserir. Esse dado responde ao objetivo principal do trabalho que foi investigar o significado atribuído à obesidade e emagrecimento induzido pela cirurgia bariátrica em famílias com mais de um membro operado.

Realizar essa pesquisa nos proporcionou uma mudança de olhar que antes se aproximava apenas da doença e da cirurgia e se distanciava do sujeito que ela portava. Olhando para esse universo subjetivo do “ex-obeso”, podemos pensar em intervenções possíveis para, de forma mais efetiva, cuidarmos do sofrimento dessas pessoas e, assim, juntos desenvolvermos formas de controlar a doença. Medidas voltadas para conscientização e incentivo de hábitos alimentares saudáveis se fazem necessárias. Políticas públicas e parcerias estabelecidas entre poder público e profissional da saúde podem viabilizar espaços de conversações nos quais ações voltadas para educação desde a primeira infância até a terceira idade podem favorecer a ampliação do conhecimento diante da doença bem como aproximação ao mundo subjetivo desses sujeitos.

Como resultado relevante desse estudo, viu-se que mesmo uma das entrevistadas tendo passado por complicações importantes pós-operatória, ainda

assim a mesma reforça que a cirurgia bariátrica foi e é para ela uma das alternativas de tratamento mais eficazes para tratar obesidade mórbida. Sabemos que todo ato cirúrgico envolve risco e que a proposta da cirurgia traz exigências àqueles que a ela se submetem, todavia, deve-se considerar que a responsabilidade pelo fracasso ou sucesso tem que ser partilhada, e o paciente dessa forma é um dos atores principais deste cenário.

Por fim, os resultados aqui alcançados, nos permitiram refletir sobre o surgimento da identidade que foi alcançada. Diante de tantos movimentos subjetivos vivenciados pelos obesos, nessa trajetória em busca de um emagrecimento e libertação de um corpo no qual vivenciariam anos de aprisionamento, foi encontrada assim a libertação para se buscar outras formas de viver e se enxergar. Esta, concebida por meio de um ato cirúrgico, porém escolhida a partir de um movimento de devoção pela esperança de se ter uma vida melhor.

A expectativa de vida se amplia, não apenas por saírem de uma zona de risco determinada pelo Ministério da Saúde diante das comorbidades associadas e advindas da doença obesidade, mas pelo desejo interno, individual e subjetivo, de viver a vida sob um novo ângulo, aproveitando cada momento e cada conquista. Uma sede de viver novos fatos e ressignificar os antigos, recuperando partes importantes que precisaram ser deixadas para trás na sua trajetória de vida, favorece o entendimento do que eles definem como sentido de vida e estado de felicidade facilitado pelas conquistas advindas do processo do emagrecer no qual a cirurgia é a esperança para toda essa vivência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.A.N.; GIAMPIETRO, H.B.; BELARMINO, L.B.; MORETI, L.A.; MARCHINI, J.S.; CENEVIVA, R. Aspectos Psicossociais em Cirurgia Bariátrica: A associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD: arq. bras. cir. dig**, vol. 24, n. 3; p. 226-231, 2011.

APPOLINÁRIO, José C.; BENCHIMOL, Alexander K.; COUTINHO, Walmir F.; FANDIÑO, Julia. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 26, n. 1, jan./abr, 2004.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. **Amor Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BENEDETTI, C. **Obesidade e emagrecimento**: um estudo com obesos mórbidos submetidos a gastroplastia. Dissertação (Mestrado) – PUC, São Paulo, 2001.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro**: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor; 2003.

BÖSZÖRMÉNY-NAGY, I.; SPARK, G. M. **Lealdades invisibles**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

BRETON, D. L. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. Tradução Marina Appenzeller. 6 ed. Campinas: Papyrus, 2013.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. Os Roteiros Familiares e a Perda. In: _____. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 153-165.

CASTRO, M.R.; CARVALHO, R.S.; FERREIRA, V.N.; FERREIRA, M.E.C. Função e Imagem Corporal: Uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v.32, n 2-4, p. 167-183, dez. 2010.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo: desconstruindo a patologia**. Campinas: Livro Pleno, 2001.

_____. **Família e...: Intergeracionalidade, equilíbrio econômico, longevidade, repercussões, intervenções psicossociais, o tempo, filhos cangurus, luto, cultura, terapia familiar, desenvolvimento humano e social, afetividade, negociação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____. **Intergeracionalidade: heranças na produção de conhecimento**. São Paulo: Roca, 2011.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. In: Nunes MAA, Apolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1998

_____. Consenso latino-americano de obesidade: até onde já chegamos. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, vol.43, n.1, p. 05-06, 1999.

CUNHA, M. J. **O corpo e Imagem na sociedade de consumo**. Lisboa: Editora Clássica, 2014.

DSM-IV- TR TM- **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles; 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FONTES, F. **Obesidade e Sono. Um Duelo Perene**. Hospital Português, 2004. Disponível em: <http://www.hportugues.com.br/noticias/outras_edicoes/Folder.2003-03-08.3448/06-012004> Acessado em: 02 de Abr de 2006.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2006.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S (organizadores). **Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade**. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2011.

FRANCO, M. H. P. **Formação e Rompimento de Vínculos: o dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010.

GUIMARÃES, N. **Autoridade e Autonomia em Tempos Líquidos: a teoria sistêmica na contemporaneidade**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2014.

JAKICIC, J.M. The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. **J. Nutr.**, v.132, p. 3826S-3829S, 2002.

LEAL, C. W., BALDIN, N., O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, vol. 29, n. 3; 324-327, 2007.

LIPOVETSKY, GILLES; SERROY, JEAN. **A Cultura Mundo: resposta a uma sociedade desorientada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

MANCINI MC. Métodos de avaliação da obesidade e alguns dados epidemiológicos. **Revista Abeso**, vol. 3, n. 11. [on line], 2002. Disponível: <http://www.abeso.org.br>.

MELLO, E.D.; LUFT, U.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. **J. Pediatr. (Rio J.)**, vol. 80, n. 3, p. 173-82, 2004.

MCGOLDRICK, M.; Ecos do Passado: Ajudando as famílias a fazerem o luto de suas perdas. In: MCGOLDRICK, M.; WALSH, F. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, p. 76 104, 1998.

MC GOLDRICK, M.; GERSON, R. **Genogramas en La Evaluacion Familiar**. Bueno Aires: Celtia, 1985.

MC GOLDRICK, M.; GERSON, R.; PETRY, S. **Avaliação e intervenção familiar**. Tradução Sandra Maria Mallman da Rosa. Revisão técnica: Cynthia Ladvocat. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MINUCHI S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1988.

NASCIMENTO, C.A. D.; BEZERRA, S.M.M.S.; ANGELIM, E.M.S. **Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica**. Estudos de psicologia, 18(2), abril-junho/2013, 193-201. Disponível em www.scielo.br/epsic.

NUNES, M. A. et al. **Transtornos Alimentares e obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA, D.M.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Rev.Esc Enferm USP**, vol. 48, n. 6, p. 970-6, 2014.

PIERON, J. Philippe. **Une poétique de la famille**. Paris: Eds du Cerf, 2009.
Tradução: Elaine Pedreira Rabinovich.

RABINOVICH, E. P.; BASTOS, A.C.S. **Poética da família e da comunidade**. São Paulo: Annablume, 2012.

RIBEIRO, G.A. N. A., GIAMPIETRO, H.B, BARBIERI, L.B., PACHECO, R.G., QUEIROZ, R., CENEVIVA, R. Percepção Corporal e Cirurgia Bariátrica: O ideal e o possível. **ABCD: Arq. Bras. Cir. Dig**, vol. 26, n. 2, p. 124-128, 2013.

SEGAL, A.; FRANQUES, A.M. **Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica: a visão da COESAS-SBCBM**. São Paulo: Miró Editorial, 2012.

SEGAL, A. **Aspectos psiquiátricos da obesidade**. Revista Abeso, v. 4, n. 12, 2003.
Disponível: <<http://www.abeso.org.br>>. Acessado em: 15 de out de 2015.

SILVA, A. N. M. C.; COSTA, E. Obesidade Mórbida: fome? De ser feliz? **Pensando Famílias**, v. 5, n. 5, p. 75-81, 2003.

WATZLAWICK, P. Profecias que se autocumprem. In: WATZLAWICK, P. (org). *La Realidad Inventada: como sabemos lo que creemos saber?* Barcelona: Editorial Gedisa, 2000.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JAKSON, D. D. (orig. 1967). **Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo: Cultrix, 1988.

XIMENES, E. **Cirurgia da Obesidade: Um enfoque psicológico**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009.

ANEXO B - COLETA DOS DADOS**Nome:****Data:****Local:****TÓPICO NORTEADOR PARA NARRAÇÃO:**

- O QUE A OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA REPRESENTA PARA VOCÊ E SUA FAMÍLIA?

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Família, Cirurgia Bariátrica e suas Interfaces

Pesquisador Responsável: Priscila Brito Colombo

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Católica do Salvador – UCSAL

Endereço e Telefones Institucionais: Avenida Cardeal da Silva, 205 – Federação, CEP:40.231-902 Salvador, BA. Fone/Fax: (71) 3203-8902.

Telefones para contato: (71) 9207-8957

E-mail: priscilabrito.psicologia@gmail.com

Nome do entrevistado: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Email: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Família, Cirurgia Bariátrica e suas Interfaces”, de responsabilidade da pesquisadora Priscila Brito Colombo e sob orientação da professora Dra. Elaine Pedreira Rabinovich, para dissertação de mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador - UCSAL.

A obesidade situa-se, hoje, para além do paradigma entre saúde e doença devido a ser uma enfermidade que apresenta índices cada vez mais elevados, compondo um grupo de minorias, excluídos e discriminados, que se encontram marginalizados em uma sociedade que enaltece o corpo magro e esbelto. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2014), os homens têm mais excesso de peso do que as mulheres (54,7% contra 47,4%). De acordo com o levantamento, 50,8% dos brasileiros estão acima do peso ideal e destes, 17,5% são obesos. Atualmente existem inúmeros tratamentos para a obesidade e a escolha envolve a possibilidade de um tratamento clínico ou cirúrgico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a cirurgia é indicada para pacientes que apresentam IMC (Índice de Massa Corporal) > 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades, IMC entre 35 e 40 kg/ m² na presença de comorbidades e IMC entre 30 e 35 kg/m² na presença de comorbidades. Há necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar tanto no pré quanto no pós-operatório, é importante que o paciente esteja ciente tanto dos riscos quanto benefícios que a cirurgia traz bem como necessidade de mudança frente alguns padrões de comportamento. As mudanças provocadas pela cirurgia não afetam apenas diretamente o paciente, espera-se que o mesmo possa encontrar suporte em todo contexto que se encontra inserido de forma a enfrentar e superar as dificuldades. A família é vista como coadjuvante neste processo e assim entende-se que, quando esta não se posiciona de tal forma, efeitos negativos tendem a ocorrer devido à dificuldade de todos de sair de uma condição de homeostase, isto é, de não mudança. A proposta deste estudo é compreender as relações familiares daqueles que como alternativa de tratamento repetiram a escolha da cirurgia bariátrica.

Diante de tal realidade, o estudo aqui proposto tem como objetivo central compreender o significado da cirurgia bariátrica para membros de uma mesma família.

O método adotado para a pesquisa será o qualitativo, utilizando como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada tal escolha emergiu da necessidade de permitir aos membros da família narrar de forma livre suas histórias facilitando o acesso aos conteúdos mais complexos e profundos. Por meio da técnica pretende-se identificar no discurso a história de evolução da obesidade, escolha de tratamento bem como transmissão de padrões, voltados para relação com a comida e cirurgia como uma alternativa de tratamento, que se repetem e são compartilhados por membros da família.

O estudo seguirá as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12), do Conselho Nacional de Saúde. Em atendimento à referida Resolução, os informantes serão devidamente esclarecidos quanto aos propósitos do estudo e terão garantidos os seus direitos quanto à participação livre, sigilo da sua identificação e confidencialidade dos dados fornecidos. Serão incluídos no estudo os que aceitarem participar mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante dos objetivos e do público alvo desse estudo, considera-se que a aplicação de entrevistas semi-estruturada que contempla experiências pessoais poderá gerar riscos decorrentes da participação na pesquisa, ainda que possam ser mínimos. Dessa forma sintomas de ansiedade e sentimentos de baixa estima, tristeza e desconforto emocional, podem neste sentido serem considerados como riscos para os participantes.

Como procedimentos possíveis para minimizar riscos e desconforto o pesquisador irá cuidar da preservação de cada entrevistado buscando realizar a entrevista individualmente e em um espaço físico e horário mais adequado. Caso se identifique algum risco ou dano ao entrevistado, haverá a suspensão imediata da pesquisa, o pesquisador irá ainda disponibilizar seus meios de contato direto como e-mail e telefone. Caso seja observado a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica seja pela pesquisadora ou pela instituição, a pesquisadora, que possui formação em psicologia, com especialização e experiência em clínica da obesidade e cirurgia bariátrica, será a profissional responsável pela psicoterapia.

Eu, _____
_____, portador do RG nº _____ declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente Pesquisa.

Salvador/BA , _____ de _____ de 2015

Assinatura do participante da pesquisa
ou responsável legal

Priscila Brito Colombo
Pesquisadora responsável