

A INFLUÊNCIA QUE A RELAÇÃO FAMILIAR PODE EXERCER NO PACIENTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Jorge Amado
como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de psicólogo

2009

Lara Ribeiro Braga

Bacharel em Psicologia em Processos de atenção a saúde pela Unijorge (Brasil). Capacitação em
Psicólogo Perito Examinador de Trânsito responsável pela avaliação psicológica.

Orientadora:

Flávia Lopes

E-mail:

lara_braga@yahoo.com.br

RESUMO

Esse trabalho tem como base um estudo de caso clínico de característica qualitativa sobre as possíveis influências que uma família pode exercer sobre um paciente que passou pela cirurgia bariátrica. Esse método foi escolhido para obter maior compreensão de como a família e o paciente se comportam após a cirurgia, já que não se pode excluir a família de um problema tão complexo como a obesidade. Foi feita uma entrevista semi-estruturada com uma pessoa que já fez a cirurgia de redução de estômago, sobre as modificações de comportamento nas relações familiares e sociais que as envolvem após a cirurgia. O resultado analisado apontou que a cirurgia bariátrica pode exercer uma influência nas relações familiares, redefinindo os papéis desempenhados pelos membros dentro do sistema, colaborando com o processo de tratamento. Para isso fez-se necessário primeiro verificar as características clínicas da obesidade, as comorbidades psiquiátricas mais frequentes em pacientes obesos, e o conceito de sistema familiar.

Palavras-chave: Obesidade, cirurgia bariátrica, sistema familiar

ASPECTOS CLÍNICOS DA OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é considerada como uma doença crônica, tendo um início gradual. A pessoa pode levar anos para engordar até chegar a um grau de obesidade mais grave. Muitas vezes o obeso não percebe a estrutura corporal que esta gradativamente aderindo. Por conta de não estarem atento a esse processo gradual e que é acompanhada de maus hábitos alimentares, ela começa a desenvolver outras doenças, podendo chegar a um caso de obesidade mórbida (SEGAL, 2002; McGOLDRICK, 1995).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV (DSM-IV) (2002), a definição de transtornos alimentares trás que a obesidade não é classificada como uma síndrome psicológica, mas que pode ser tratada como tal quando apresentarem fatores psicológicos que influenciam no tratamento médico.

A obesidade simples é incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) como uma condição médica geral, não aparecendo no DSM-IV porque não foi estabelecida uma associação consistente com uma síndrome psicológica ou comportamental. Entretanto, quando existem evidências da participação de fatores psicológicos na etiologia ou curso de determinado caso de obesidade, isto pode ser indicado anotando-se a presença de Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica. (DSM-IV, 2002, p.555)

A obesidade tem uma etiologia multifatorial envolvendo fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, psicológicos e sociais que atinge aproximadamente 20% da população brasileira e, que esta aumentando cada vez mais rápido. Essa doença esta associada a várias outras doenças da ordem médica como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, entre outras, e também podem estar associadas a doenças da ordem psicológica como a ansiedade, depressão e transtorno de compulsão alimentar periódica que serão abordados mais adiante (SEGAL, 2002).

A identificação da obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura no organismo em relação à massa magra corporal. Essa gordura pode ser medida com maior precisão através do Índice de Massa Corporal (I.M.C). A pessoa só será considerada obesa quando o I.M.C. for maior que 30kg/m² (SEGAL, 2002; VASQUES, 2004). De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) são classificados três graus de obesidade: obesidade de grau I que tem I.M.C. entre 30 e 34,9 kg/m²; obesidade de grau II em que tem I.M.C entre 35 e 39,9 kg/m² e; obesidade de grau III ou obesidade mórbida que tem I.M.C. acima de 40kg/m².

A cirurgia bariátrica é mais indicada para pacientes com obesidade de grau III ou obesidade mórbida (I.M.C. acima de 40 kg/m²), pois, o risco de morte é maior devido à piora da qualidade de vida; redução da expectativa de vida e altíssima probabilidade de fracasso dos tratamentos para perda de peso. Sendo que pessoas com obesidade grau II (M.C.I. maior que 35 kg/m²) também são indicadas para cirurgia quando associadas à outras doenças como apnéia do sono, hipertensão arterial, diabetes tipo 2 entre outras (FANDIÑO, BENCHIMOL, COLTINHO, APPOLINARIO, 2004).

Existem vários tratamentos para a obesidade, como atividades físicas, uso de medicamentos para perda de peso e acompanhamento nutricional, entre elas também se tem a cirurgia bariátrica que só é indicada como o último recurso para o emagrecimento (FANDIÑO, BENCHIMOL, COLTINHO, APPOLINARIO, 2004).

Os tipos de cirurgia bariátrica mais utilizados atualmente no combate a obesidade mórbida são: Gastroplastia Vertical com Bandagem; Lab Band, e a Capella. Os resultados esperados com essas cirurgias são a redução de peso, melhora das doenças associadas e melhora na qualidade de vida. Porém pode haver complicações logo após a cirurgia como também ao longo do tempo, ou seja, pacientes que não seguem a dieta corretamente podem sofrer alterações no organismo com o passar dos anos, como por exemplo, queda de cabelo, queda dos dentes, desnutrição, osteoporose, entre outras coisas (FANDIÑO, BENCHIMOL, COLTINHO, APPOLINARIO, 2004).

O acompanhamento multiprofissional composta por médico, psicólogo e nutricionista, antes e depois da cirurgia é muito importante para a recuperação do paciente. A avaliação psicológica para pacientes candidatos a cirurgia bariátrica no período do pré-operatório tem o papel de tentar conscientizar o paciente de suas escolhas e de desenvolver artifícios junto com ele para suportar as frustrações da ausência que o alimento lhe trará e auxiliar na reconstrução do sujeito (BENEDETTI, 2009).

A avaliação psicológica nesse primeiro contato com o paciente vai tentar desmistificar os conhecimentos sobre o resultado da cirurgia bariátrica trazidas pelos próprios pacientes, que geralmente contam histórias de pessoas que fizeram a cirurgia e conseguiram emagrecer e aparentemente não tiveram precisão de acompanhamento psicológico, é preciso também deixar claro sobre as mudanças que podem ocorrer na vida do paciente dali para frente e tentar fazer com que o paciente relacione a compulsão pela comida com sua subjetividade. Pois a comida para esses pacientes vai além da necessidade fisiológica, tem uma função psicológica de comer para tentar “saciar” as emoções desagradáveis ou para lhes proporcionar prazer (XIMENES, 2009).

Sendo assim a avaliação psicológica do pré-operatório não consiste em contra-indicar pacientes, e sim em deixar que o paciente tenha consciência do que pode acontecer após a cirurgia e que ele mesmo tome sua decisão quanto a fazer ou não a cirurgia bariátrica. Existindo a

possibilidade de alguns pacientes serem contra indicados pela psicologia para o procedimento cirúrgico. Portanto a decisão final será sempre a do paciente (BENEDETTI, 2009; XIMENES, 2009).

Segundo Segal 2002, as pessoas que sofrem de transtornos alimentares começam a ter uma atenção maior dos profissionais de saúde, pois é observado que o problema do “comer muito” vai além da ordem orgânica, do comer apenas o necessário, envolvem também aspectos psicológicos como a ansiedade, estresse e depressão. Esses aspectos podem desencadear o ato de comer compulsivamente para tentar preencher uma lacuna emocional. Por isso, é importante uma compreensão maior de como o paciente candidato a cirurgia bariátrica e sua família se comportam após a cirurgia, já que não se pode excluir a família de um problema tão complexo como a obesidade.

Desta forma é preciso ter uma compreensão melhor de quais as co-morbidades mais comuns e como elas podem se desencadear nos pacientes que se encontram no processo de tratamento da obesidade, pois os riscos dessas doenças se desenvolverem podem diminuir quando a família se implica no tratamento e conseguem dá um suporte emocional, para que o paciente em tratamento consiga suportar a ausência da comida.

PRINCIPAIS CO-MORBIDADES PSIQUIATRICAS COMUM EM PACIENTE OBESO

De acordo com Segal (2002) é comum alguns pacientes obesos, no pré e no pós-cirúrgico apresentarem sintomas depressivos e ansiosos. Isso não quer dizer que pacientes com sintomas depressivos no pré-operatório depois de feita a cirurgia irão melhorar desse sintoma pode ser que o sintoma se agrave, isso vai depender de cada paciente e da relação que o paciente estabelece com a comida.

Os obesos geralmente são pacientes que apresentam transtornos alimentares de compulsão periódica (TCAP). O paciente que apresenta esse tipo de transtorno faz a ingestão de alimentos em grandes proporções em um tempo determinado. Para ser caracterizado como uma TCAP é preciso que esse comportamento aconteça no mínimo duas vezes na semana durante seis meses e que esteja associada a um descontrole da quantidade de comida e de quais alimentos comeram (SEGAL, 2002; AZEVEDO, SANTOS, FONSECA, 2004).

Para esses pacientes é necessário um acompanhamento maior, pois como a alimentação fica restrita depois da cirurgia bariátrica, podem ocorrer episódios de compulsão alimentar durante sua recuperação. Alguns pacientes com esse transtorno também podem fazer o deslocamento ou substituição de sintoma, da comida para outra coisa, como por exemplo, o álcool, cigarro, comprar, malhar excessivamente, entre outras coisas (XIMENES, 2009).

Esse deslocamento da compulsão ocorre porque alguns pacientes não suportam a falta da comida, pois é nela que são depositadas as emoções do indivíduo obeso. Portanto é preciso depositar as suas tristezas, angústias, alegrias, enfim, seus afetos, em outras coisas. A família deve se envolver no processo de preparação do tratamento e continuar dando apoio após a cirurgia. Não é preciso invadir a individualidade do paciente, mas estar pronto e disponível para ajudá-lo (BENEDETTI, 2009).

Desta forma torna-se de extrema importância conceituar sistema familiar para compreender melhor como as relações familiares se organizam no processo de tratamento do paciente pós-cirúrgico, como é apresentado a seguir.

SISTEMA FAMILIAR

São encontrados vários conceitos para família, pois não existe um padrão universal, cada uma apresenta a sua própria característica. Cada membro que compõe o grupo familiar tem a sua própria identidade e a sua importância dentro desse sistema, formando assim uma única identidade característica daquela família (MINUNCHIN, 1982).

A formação da família depende do meio cultural e social onde vivem. Com o passar dos anos a estrutura familiar vai se moldando de acordo com a mudança cultural de cada região, sendo assim, a cultura influencia diretamente na sua formação e identidade. Cada família possui sua própria identidade e tenta preservá-la da influência de outras culturas (MINUNCHIN, 1982; SOUZA, 1997).

Famílias são formadas por grupos, esses grupos são compostos de uma (unipessoal) ou mais pessoas, caracterizando a família nuclear. Essa redução do número de membros na família é devido a vários fatores sociais, entre eles a influência cultural e econômica. Como afirma Salvador Minuchin:

A família mudará à medida que a sociedade muda. Provavelmente, de modo complementar, a sociedade desenvolverá estruturas extrafamiliares para se adaptar as novas correntes de pensamentos e às novas realidades sociais e econômicas. (1982, p.156)

Estrutura familiar, no entanto, é definida como um sistema e também como um subsistema de sistemas mais abrangentes que estão inserido no supra-sistema. O sistema, no entanto é definido por Hall and Fagen como “um conjunto de objetos com relações entre eles e seus atributos. Os objetos são as partes que compõem o sistema, seus atributos são as propriedades dos objetos, e é através de suas relações que o sistema se mantém integrado”. Portanto a família é

constituída de partes que são seus membros e cada um vai desempenhar um papel essencial para o funcionamento do todo (SOUZA, 1997; McGOLDRICK,1995).

O grupo familiar tem características próprias e seus membros têm sempre algo em comum, sendo assim o comportamento de cada um dos membros influencia ou é influenciado por outro do mesmo grupo. Cada membro que compõem o sistema familiar tem um papel ou função importante dentro desse sistema (SOUZA, 1997).

Essas funções são de fundamental importância para o funcionamento do sistema. As identidades de cada membro são definidas pelas fronteiras. Essas fronteiras delimitam o espaços entre o subsistemas, sistemas e supra-sistemas e preserva a identidade do sistema em relação ao ecossistema (SOUZA, 1997; McGOLDRICK,1995; MINUNCHIN, 1982).

A flexibilidade ou rigidez das fronteiras no sistema familiar dos seus membros com a sociedade depende da constituição de cada família. Essa flexibilidade das fronteiras cujo fácil permeabilidade é chamada de centrífuga e a de fronteira rígida que são impermeáveis é chamado de integrativa (SOUZA, 1997).

A estrutura familiar formada por esses membros pode mudar de acordo com algum acontecimento extrafamiliar ou intrafamiliar, ou seja, a estrutura da família pode ser modificada por fatores sociais (externos) ou por fatores dos próprios membros (internos). Por exemplo, a doença da obesidade, quando um dos membros resolve fazer a cirurgia bariátrica, esse terá que redefinir o seu papel dentro do grupo modificando assim a estrutura familiar que existia (SOUZA, 1997; McGOLDRICK,1995; MINUNCHIN, 2002).

Para Kübler-Ross (2005), o apoio da família é importante na recuperação e tratamento do paciente. Os familiares irão exercer funções diferentes e suas reações contribuem muito para a própria reação do paciente. A família é um dos agentes fundamentais no tratamento da obesidade, podendo colaborar ou dificultar o processo, porque é a partir dela que a criança terá o referencial de uma vida alimentar saudável ou não. Então se faz necessário alterar padrões do estilo de vida familiar como um todo, cuja contribuição dos pais passará a ser de modelos a serem imitados.

De acordo com Franques (2008), o termo adesão ao tratamento deve ser observado como um conjunto paciente/médico cujo paciente entende, concorda e segue a prescrição estabelecida por ele. E nesse processo são reconhecidas, não somente, as responsabilidades específicas de cada um, mas também de todos que estão envolvidos no tratamento direto ou indiretamente.

O ato de comer vai além da função fisiológica, existe uma função social, espiritual e também uma função psicológica. Essa última é o ato de comer para tamponar nossas emoções desagradáveis ou para nos dar prazer. Emagrecer é, portanto o controle da alimentação em conjuntura com o controle das emoções, de impulsos e de sentimentos, buscando assim, o equilíbrio e maturidade emocional (FERREIRA, 2004).

De acordo com Rolland (2002), a família é uma rede complexa de relações e emoções. Nela, as pessoas exercem seus papéis de forma definida, mas flexíveis. Ela é considerada como

uma unidade funcional que proporciona suportes emocionais, econômicos e sociais aos seus membros, possibilitando assim que eles tenham uma maior interação com o meio. Sendo assim, o impacto de uma enfermidade repercute sobre cada membro e sobre as relações sociais.

Desta maneira o presente trabalho pretende analisar como a família pode influenciar no processo de tratamento de um paciente que passou pela cirurgia bariátrica, por meio de estudo de caso.

METODOLOGIA

Sujeito

Participou da pesquisa uma paciente que passou pela cirurgia bariátrica a um ano e que foi acompanhada durante os seis primeiros meses após a cirurgia por equipe profissionais composto por medico, nutricionista e psicólogo. Hoje a paciente esta sendo acompanhada apenas pelos médicos e nutricionista.

A paciente tem 26 anos, perdeu 28 quilos depois da cirurgia e ainda encontra-se na fase de emagrecimento, já que só depois de dois anos o peso estabiliza. A mesma já tinha tentado todos os tipos de dietas, usado medicamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. A decisão da cirurgia veio quando descobriu que estava com hipertensão e pré-diabete.

A paciente reside em Salvador, atualmente com sua mãe e sua irmã que é mais nova que ela. Seu pai é separado da mãe há alguns anos, mas esta sempre frequentando a sua casa e participa ativamente de sua vida. Existe uma relação de amizade entre seus pais mesmo separados.

Material e Instrumento

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada individual, contendo um roteiro de questões previamente definidos para a paciente que já se submeteu a cirurgia bariátrica. Essa entrevista contém 13 questões e informações dos dados pessoais. Foi usado também o termo de consentimento livre e esclarecido para o paciente.

A entrevista foi gravada através de um gravador portátil e depois transcrita, onde foi analisada e dividida em categorias.

Uma parte da entrevista refere-se aos dados pessoais como escolaridade, profissão, idade, religião entre outras. A outra parte da entrevista refere-se a análise de dados das seguintes

categorias: apoio da família, aderência ao tratamento, sentimentos ou emoções, relação familiar e social.

CATEGORIAS	CARACTERISTICAS ANALISADAS
1. Apoio da família	Reações que contribuem para a reação do paciente; Colabora ou dificulta o tratamento.
2. Aderência ao tratamento	Alteração no estilo de vida familiar; Reeducação alimentar.
3. Sentimentos ou emoções	Tamponar emoções desagradáveis ou prazerosas.
4. Relação familiar ou social	Suporte emocional, econômico e social.

Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do estudo pelo Comissão de Ética do Centro Universitário Jorge Amado (ANEXO 1) foi feito o contato com a paciente, solicitando a autorização da entrevista por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). A entrevista foi feita na casa da paciente, em um dia que a casa estava vazia, portanto o ambiente estava tranquilo, deixando a paciente mais confortável para responder às perguntas.

RESULTADOS

Os resultados analisadas durante a entrevista foram categorizadas para depois serem analisados qualitativamente. Através das categorias de apoio familiar, adesão ao tratamento, sentimentos e emoções, e relação familiar e social, foram observadas como as interações do meio em que vive influenciam no processo de tratamento da cirurgia bariátrica.

Foi perguntado à paciente se ela identificava em sua historia de vida, algum tipo de influência que favorecesse os hábitos alimentares durante o processo de ganho de peso (obesidade). E se acha que atualmente isso ainda influência a sua relação com a comida.

Ela relatou que contava com a “ajuda” de outras pessoas no processo de tornar-se obesa ao longo da vida. Essas pessoas facilitam e “incentivam” seus hábitos alimentares. E que atualmente isso ainda acontece, mas que ela consegue, algumas vezes, não ceder, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Falas que representam a influência para comer

Exemplo de falas	
1	<i>“Os hábitos dos amigos de frequentar restaurantes fast food ou bebidas alcoólicas acabam incentivando a engordar”</i>
2	<i>“Ninguém chama a gente para sair para tomar leite, chama para beber cerveja ou para ir a um rodízio”.</i>
3	<i>“a comida por traz da festa que engorda poderia ser negado a mim, coisa que não acontecia”.</i>

A tabela 2 mostra as falas que representam as relações sociais, contando que a maior influência para comer muito era dos amigos e da sua família (mãe), pois as comemorações sempre envolviam muita comida.

Tabela 2 - Falas que representam as relações sociais

Exemplo de falas	
1	<i>“Minha família come muito, todos. Desde pequena convivo com muita comida em casa tudo era feito em grande quantidade e nunca tive limites por meus pais pra comida”.</i>
2	<i>“Atualmente recebo muitos convites para baladas, restaurante de rodízio nos finais de semana, festas open bar”</i>

A entrevistada pontuou algumas vezes durante a entrevista sobre a influência de seus familiares sobre seus hábitos alimentares na infância e hoje na sua vida adulta, como mostra a tabela 3. Relata que na infância, seus pais, responsáveis por sua alimentação, a influenciavam a comer demais. E que ainda hoje é responsável por sua alimentação só que a apoiando a seguir a dieta que deve fazer para obter os resultados esperados da cirurgia. Isto reforça a idéia de que os membros da família desempenham papéis de forma definidas, mas que podem se modificar a depender das situações.

Tabela 3- Família: agente fundamental no tratamento

Exemplo de falas	
1	<i>“Minha família come muito, todos. Desde pequena convivo com muita comida em casa tudo era feito em grande quantidade e nunca tive limites por meus pais pra comida”.</i>
2	<i>“Total apoio desde os exames ate a cirurgia. Continua dando apoio e comprando os alimentos certos pra não sair da dieta”.</i>
3	<i>“O cuidado em fazer minha comida por minha mãe me faz muito bem também”.</i>
4.	<i>“Sou sempre prioridade na escolha do local pra comer. Perguntam onde e o que posso comer sem afetar a dieta”.</i>

Foi identificado na entrevista o quanto era “solicitada” a atender as expectativas dos pais que por sua vez não davam condições para que a paciente suportasse as sobrecargas externas, substituir assim, seus medos, frustrações, tristezas e até mesmo as alegrias por comida como forma de alívio. Conforme tabela 4.

Tabela 4- Ato de comer para tamponar as emoções

Exemplo de falas	
1	<i>“lembro que quando era pequena, ia para a missa e depois da missa ganhava um saquinho de pipoca como recompensa”.</i>
2	<i>“quando eu me machucava ganhava doce”</i>
3	<i>“quando estou alegre eu como, quando estou triste como mais ainda”.</i>
4.	<i>“Os elogios do pai e da mãe que antes só criticavam é um alívio para mim”.</i>

Foi perguntado se houve alguma mudança nas relações que envolvem o lado social, profissional, familiar, psicológico e sexual. A paciente relata que houve mudanças importantes na sua vida após a cirurgia e que não é fácil superar a falta da comida sem o apoio da família e dos amigos, mesmo vendo os resultados (emagrecimento) obtidos, é preciso que as pessoas mais próximas dêem apoio para continuar a dieta, conforme Tabela 5.

Tabela 5- Falas que representam o apoio familiar

Exemplo de falas	
1	<i>“é uma luta constante, os desejos de quem come muito e come mal são muito complicados de mudar. Trabalho meu psicológico todos os dias”.</i>
2	<i>“Os elogios do pai e da mãe que antes só criticavam é um alívio para mim. O cuidado em fazer minha comida por minha mãe me faz muito bem também”.</i>
3	<i>“O processo de recuperação foi rápido, mas a adaptação esta sendo mais difícil”.</i>
4.	<i>“Sou sempre prioridade na escolha do local pra comer. Perguntam (a família) onde e o que posso comer sem afetar a dieta”.</i>
5.	<i>“me sinto mais bem disposta para o trabalho depois que os sintomas da pressão alta diminuíram. Minhas relações com os colegas de trabalho também melhoram.</i>
6.	<i>“hoje consigo mostrar o meu corpo com menos vergonha”.</i>

As mudanças relatadas acima pela paciente envolvem todo o meio familiar e social em que vive. Essas mudanças que envolvem seguir toda uma dieta fazer exercícios e conseguiu emagrecer são incentivadas por algumas pessoas outras já a influenciam para o contrario. Como relatou a paciente que alguns amigos não estão conseguindo se acostumar com a nova estrutura corporal dela. (Tabela 6).

Tabela 6- Influência para aderir ao tratamento ou não

Exemplo de falas	
1	<i>“uma amiga deixou um recado no Orkut da seguinte maneira: quero minha gordinha de volta”.</i>
2	<i>“minha família continua dando apoio e comprando os alimentos certos pra não sair da dieta”</i>

Foi observado durante a entrevista que a paciente afirma que não está mais suscetível as influências dos amigos e da família para comer como antes. Conseguindo hoje, elaborar e decidir o que pode ou não comer. De acordo com as fases apresentadas na tabela 7.

Tabela 7- Adesão ao tratamento

Exemplo de falas	
1	<i>“nunca ter tido limites e por gostar de comer bem é difícil dizer não. Escolher comer uma salada a um sanduíche é uma consciência que esta nascendo agora”.</i>
2	<i>“não deixo de sair com meus amigos para comer, mas hoje sei que não posso comer a mesma quantidade que eles”.</i>

Sabe-se que para chegar a obesidade é um processo de longo prazo e que pode ser controlado. Foi perguntado para a paciente o que a impediu de parar esse processo.

Segundo o relato da paciente ela não estava mais conseguindo ir a academia fazer exercícios, cansava muito rápido. Relatou que tentou fazer varias dietas, mas não conseguia manter e atribuiu a cirurgia como sua ultima opção para emagrecer. Conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Ultima cartada

Exemplo de falas	
1	<i>“antes de decidi pela cirurgia, já tinha tentado varias dietas, cheguei até a tomar remédio, mas sempre voltei a engordar”.</i>
2	<i>“Não me preocupava comigo, em cuidar de mim, quando percebi já estava muito gorda”</i>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento de um membro na família representa em geral, um forte abalo. Para a maioria das pessoas a enfermidade significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano. Muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir. (MELMAN, 2008, p.19-20)

A obesidade, em se tratando de uma doença crônica pode ser controlada. Mas, para que se consiga um peso considerado saudável tem que haver modificação de comportamento, reeducação alimentar, e muitas vezes elaborar questões emocionais relacionadas (FRANQUES, 2009).

Essas mudanças envolvem, não somente o paciente, mas seus familiares e todos que estão a sua volta. Ou seja, todo o meio social em que vive tem uma participação, nem que seja uma participação mínima, no processo de emagrecimento. Como pode ser observado nas falas da paciente (MINUCHIN, 1982; SOUZA, 1997).

A relação familiar com o paciente obeso é considerada uma relação de interação. O membro da família que protege o membro obeso excessivamente de sobrecargas externas não dá condições para que esse paciente consiga suportar frustrações, depositando na comida todas as suas emoções como forma de aliviar o sofrimento (McDOUGALL *apud* PACHECO 2009 p. 124).

Alguns pacientes portadores da obesidade que se submetem à cirurgia de redução de estômago podem comprometer toda a estrutura familiar. O impacto da cirurgia bariátrica na dinâmica familiar pode levar a causar alguns transtornos tanto para as interações sociais quanto para os membros da família (ROLLAND, 1995).

Existe resistência por parte de algumas famílias em aceitar que um dos membros faça a cirurgia, outras já aceitam com mais facilidade, como é o caso da paciente entrevistada. Sendo que algumas dessas famílias não conseguem mudar seus hábitos para ajudar no tratamento do paciente, outras já aderem com mais facilidade a nova situação (ROLLAND, 1995).

Muitas vezes os membros da família não conseguem perceber o sofrimento representado na vida do parente através da obesidade. Por mais próximo afetivamente que sejam, os familiares não conseguem perceber a importância e o significado do peso na vida do ente querido. Por isso, a importância de que os familiares participem dos acompanhamentos psicológicos antes e depois da cirurgia (BENEDETTI, 2009).

Através da entrevista pode ser observado que o impacto de uma enfermidade repercute sobre cada membro e conseqüentemente sobre as relações sociais e familiares, por exemplo, quando o membro da família faz a cirurgia bariátrica isso ira repercutir na dinâmica familiar desestruturando a família ou como um fortalecimento nos papeis já definidos (MINUCHIN, 1982).

O apoio da família é fundamental para o comportamento futuro do paciente, sendo que aquela precisa se implicar no processo de tratamento tanto do pré como no pós-cirúrgico, ficando claro nas falas apresentadas na entrevista (FERREIRA, 2004).

Para McGoldrick (1995), a família é um todo composta de elementos ou membros. Uma mudança em um dos seus membros afeta todo o grupo. Porém a família tem habilidades para criar um balanceamento entre mudanças e estabilidade. Seguindo o principio da circularidade, os comportamentos crença e sentimentos influenciam nas relações entre os diferentes membros.

Segundo Rolland (2002), a abordagem sistêmica reconhece a complexidade entre a família e a problemática de saúde. A doença influencia na dinâmica familiar que ira interferir na evolução da doença. As mudanças dentro do sistema se produzem segundo sua própria dinâmica interna ou suas interações com o ambiente, o qual também muda continuamente.

Como são observados nas falas da paciente entrevistada, na família de um obeso, todos os membros têm os seus papeis definido dentro do sistema familiar a partir do momento que um dos membros faz à cirurgia bariátrica as definições de papeis já estabelecidos são perdidos, ou seja, há uma desorganização do sistema que aos poucos começa a ser reorganizado, redefinido novos papéis (MINUCHIN, 1982; SOUZA, 1997).

Para Minuchin (1982), a família funciona como padrão que se repete, e o sintoma têm a função de evitar conflitos e manter o equilíbrio familiar. Deu-se o nome de “família psicossomática” que possuem características como aglutinação, superproteção, rigidez e falta de resolução de conflito.

Muitas vezes a pessoa obesa está na família desempenhando o papel de cuidadora ou superprotetora, como pode ser visto em uma das falas da paciente. É ela que cuida e se preocupa com todos os membros da família esquecendo de cuidar de si mesma. E a cirurgia muitas vezes vem como a ultima cartada para o emagrecimento, pois é nela que depositam toda a esperança de emagrecer esquecendo muitas vezes que não basta somente o ato cirúrgico, é preciso equilibrar suas emoções e encontrar um apoio familiar ou social para seguir com a dieta e manter o peso perdido (SARGENTIM, 2005).

Portanto, através da entrevista foi possível ver claramente que a cirurgia bariátrica parece exercer várias influências nas relações familiares, fazendo com que os membros também se envolvam no processo de tratamento podendo apoiar ou não. Quando o suporte familiar é dado ao paciente o tratamento se torna mais tolerável obtendo um controle emocional mais consistente.

No entanto, é necessário uma maior atenção a esse assunto, pois a família tem um papel importante no processo de emagrecimento do paciente, mas é preciso fazer futuramente uma pesquisa mais ampla de como esses familiares se envolvem e se sentem quando um dos membros faz a cirurgia, pois o sucesso da cirurgia depende não somente do paciente mas de toda a estrutura familiar.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association. . **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2002.

BENEDETTI C. Preparo psicológico em grupo para cirurgia da obesidade. In: Ximenes E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. 1.ed. Santos, 2009. cap. 11, p.79-89.

DOBROW, I. J; KAMENETZ, C. **Aspectos psiquiátricos da obesidade**. Revista de Brasileira de Psiquiatria, 2002, 24(supl III): 63-7.

FRAGUAS, A. M; Famílias e transtornos alimentares. In: OSORIO, L. C; VALLE, M. E. P. DO; **Manual de terapia familiar**. 1 ed. 2008

FRANQUES A. R. M. (Org.). **As especialidades associadas à cirurgia bariátrica**. São Paulo: COESAS, 2008.

FANQUES A. R. M. Adesão ao tratamento pós-operatório: por que é tão difícil? In: Ximenes E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. 1.ed. Santos, 2009. cap. 13, p. 99-107.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ROLLAND J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER B.; McGOLDRICK M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. cap. 18, p. 373-392.

SANTOS, A. M. dos; O excesso de peso da família com obesidade infantil. **Revista Virtual de textos e contextos**. Nº 2, dezembro de 2003.

SARGENTIM, M. D. F; O vazio do homem na pós modernidade: uma reflexão sobre as influências na expressão dos comportamentos adictos no paciente portador da obesidade mórbida. **Psicologia. Hospitalar**, V.3 n.1 São Paulo jul. 2005 Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092005000100003&lng=pt&nrm= Acessado em: 20/07/2009

SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDAS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. In: **Revista de Psiquiatria Clinica**. São Paulo, 2002, 29(2): 81-89.

SOUZA A. M. N de, **A família e o seu espaço uma proposta de terapia familiar**. 2 ed. Rio de Janeiro, agir, 1997.

XIMENES E. Acompanhamento psicológico pós-operatório: como, quando e por quê. In: Ximenes E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. 1.ed. Santos, 2009. cap. 12, p. 91-97.

XIMENES E. Complicações psicológicas pós-cirúrgicas em obesidade. In: Ximenes E. **Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico**. 1.ed. Santos, 2009. cap. 14, p. 110-116.

SOUZA L. V; SANTOS M. A. A família e os transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, 2006, 39 (3): 403-9.