

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

SHIRLEY DIAS GONÇALVES

OBESIDADE EM DISCURSO: CENAS DO GRUPO TERAPÊUTICO COM PACIENTES
DIAGNOSTICADOS OBESOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE.

FORTALEZA (CE)

2011

SHIRLEY DIAS GONÇALVES

OBESIDADE EM DISCURSO: CENAS DO GRUPO TERAPÊUTICO COM PACIENTES
DIAGNOSTICADOS OBESOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE.

Dissertação submetida à Coordenação de Pós-Graduação em
Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Cultura e Subjetividades
Contemporâneas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Lobo Miranda.

FORTALEZA (CE)

2011

G629o Gonçalves, Shirley Dias

Obesidade em discurso: cenas do grupo terapêutico com pacientes diagnosticados obesos em um hospital público de Fortaleza / Shirley Dias Gonçalves. – 2011.

89 f. : il. color., enc.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Lobo Miranda

Área de concentração: Cultura e Subjetividades Contemporâneas

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2011.

1. Análise do diálogo 2. Discurso – Análise 3. Biopolítica 4. Obesidade
I. Miranda, Luciana Lobo (Orient.) II. Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Psicologia III. Título

CDD 153.6

OBESIDADE EM DISCURSO: CENAS DO GRUPO TERAPÊUTICO COM PACIENTES
DIAGNOSTICADOS OBESOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE.

Dissertação submetida à Coordenação de Pós-Graduação em
Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Área
de Concentração: Cultura e Subjetividades Contemporâneas.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Luciana Lobo Miranda (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Homero Luís Alves de Lima

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

FORTALEZA (CE)

2011

Aos pacientes do grupo terapêutico do hospital pelas
inquietações e discussões propiciadas nos encontros.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que providenciou a realização do sonho de cursar o Mestrado.

Aos meus pais, Neylson e Fátima, pelo eterno incentivo aos estudos e por não medirem esforços para me oferecer uma educação de qualidade. Obrigada por existirem!

Ao meu noivo Danilo, pela paciência em me escutar nos momentos difíceis da elaboração deste trabalho e pelas sábias palavras de incentivo.

À professora Luciana Lobo Miranda, por ter me aceitado como orientanda, pela dedicação e parceria que construímos ao longo deste trabalho. Muito Obrigada!

Às amigas: Luísa, Luciana e Adriana pelas valiosas contribuições a esta dissertação.

Aos colegas de turma: Cândida, Sicília, Larissa, Dayane, Eleonora, Clarissa, Rebeca, Raquel, Alexandre, Farley, Paulo, Rômulo – pelas trocas, conversas e risadas nos encontros do Cantinho Acadêmico.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC, pelas ricas discussões em sala de aula durante o primeiro ano do curso de Mestrado.

Ao Hélder, secretário do Mestrado em Psicologia da UFC, pela disponibilidade em ajudar sempre que precisei de informações relativas às atividades acadêmicas do curso.

Ao professor Homero, por ter aceitado participar da banca examinadora desde a qualificação.

À professora Neuza, pela atenção no envio do material bibliográfico indicado na qualificação. Obrigada por ter aceitado participar da banca de dissertação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela concessão de apoio financeiro a esta pesquisa.

“O interessante não é ver que projeto está na base de tudo isto, mas em termos de estratégias, como as peças foram dispostas”.

Michel Foucault

(Microfísica do poder, 2008a, p.152)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar os discursos que circulam no grupo terapêutico realizado com pacientes diagnosticados obesos de um hospital público de referência em cirurgia bariátrica no município de Fortaleza-CE e como esses pacientes são subjetivados por esses discursos. Assim, esse estudo possui como tema central a obesidade, porém sem tomar como verdade os discursos biomédicos hegemônicos que a tratam enquanto fenômeno de doença, e sim questionar e problematizar discussões, com base em Michel Foucault, sobre os efeitos de verdade que esses discursos produzem. A metodologia utilizada foi a observação participante do referido grupo composto por pacientes de ambos os sexos que estão na fase pré-operatória da cirurgia bariátrica e também com aqueles que já se submeteram a essa operação. A cirurgia bariátrica funciona como uma estratégia biopolítica que incide sobre o corpo de uma população obesa. Dentre as táticas da biopolítica percebidas no grupo terapêutico, pode-se citar: o conjunto de práticas discursivas que funcionam como regimes de verdades (prescrições de dietas, hábitos, comportamentos e modos de viver em nome da saúde), especialistas (médicos, psicólogos, nutricionistas, etc) que proferem essa ‘verdade’, intervenções (clínicas, cirúrgicas) sobre a população obesa e subjetivação dos pacientes que são enredados na teia do poder, nas estratégias de condução de condutas de si e dos outros. Assim, esse trabalho não buscou construir um juízo de valor de se posicionar a favor ou contra a cirurgia bariátrica, nem assumir uma visão moralista diante da obesidade e sim problematizar como o corpo obeso é demarcado por práticas (discursivas e não-discursivas) de saber-poder que o constituem. Consistiu, ainda, em pensar diferentemente do que se pensa, criar formas que escapam, que se constituem como resistências, linhas de fuga e formas libertárias ao discurso médico-científico sobre saúde, beleza e boa forma dos corpos.

Palavras-chaves: Pacientes obesos; Cirurgia Bariátrica; Discursos; Biopolítica.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the discourses that circulate in the therapeutic group with obese patients diagnosed of a public hospital reference in bariatric surgery in Fortaleza-CE and how these patients are subjectivists by these discourses. Thus, this study has as central theme of obesity, but without taking as true the hegemonic biomedical discourses that treat obesity as disease phenomenon, but to question and problematize discussions, based on Michel Foucault on the truth-effects that these discourses produce. The methodology used was the participating observation of this group of patients of both sexes who are in the pre-operative bariatric surgery and also with those who have undergone this operation. Bariatric surgery works as a biopolitical strategy that focuses on the body of an obese population. Among the tactical biopolitics perceived in the therapeutic group, one can claim: the set of discursive practices that operate as regimes of truth (prescription diets, habits, behaviors and ways of life in the name of health), experts (doctors, psychologists, nutritionists, etc.) who pronounce the 'truth', interventions (medical, surgical) on the population of obese patients and subjectivity of patients that are entangled in the web of power, strategies for conducting behaviors of themselves and of the others. Thus, this study does not build a sense of value to stand for or against bariatric surgery, not taking a moralistic view on obesity but to question how the obese body is marked by practices (discursive and non-discursive) to knowledge-power that constitute it. This research consisted, also, to think differently than you think, create forms that escape, which constitute resistance, lines of flight and ways to libertarian medical-scientific discourse about health, beauty and fitness.

Keywords: obese patients; bariatric surgery; Discourses; Biopolitics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Cartaz da I Caminhada contra a Obesidade	21
FIGURA 2 - Fluxograma do atendimento do paciente na Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica de um hospital público de Fortaleza	25
FIGURA 3 - Capa do livro da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do hospital (figura alterada para ocultar a identificação da instituição)	26
FIGURA 4 - Fotografia dos tipos de cadeiras do hospital	29
FIGURA 5 - Fotografia da sala do grupo terapêutico com ênfase na balança	29
FIGURA 6 - Cartaz informativo da pirâmide alimentar	30
FIGURA 7 - Charge disponível em: http://www.orkut.com.br/Main#Album?uid=12096624726949374203&aid=1209337889 Acesso em: 29 de outubro de 2009	47
FIGURA 8 – Figura disponível em: http://www.orkut.com.br/Main#Album?uid=12096624726949374203&aid=1209337889&p=1 Acesso em: 29 de outubro de 2009	54
FIGURA 9 – Fotografia do assento preferencial para pessoas obesas tirada numa estação de metrô de São Paulo-SP	56

SUMÁRIO

ENSAIANDO AS PRIMEIRAS CENAS	12
1 – APRESENTANDO O ROTEIRO (<i>SCRIPT</i>) DA PESQUISA	18
1.1 – Os bastidores da pesquisa: contextualização do objeto de estudo	18
1.2 – Em cartaz: a Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica de um hospital público de Fortaleza-CE	23
1.2.1 – O protagonista: o grupo terapêutico	28
1.2.2 – O cenário	28
2 – CONTRACENANDO NO PALCO: CORPO OBESO, DISCURSO, NORMA, GOVERNAMENTALIDADE E BIOPOLÍTICA	31
2.1 – A centralidade do corpo na contemporaneidade	32
2.2 – Corpo obeso: (trans)formações discursivas	36
2.3 – A norma como mecanismo de disciplina e de regulação da vida	42
2.4 – Governamentalidade e Biopolítica	45
2.4.1 – Biopolítica como “política de risco”	49
2.4.2 – Biopolítica como “política molecular”	50
2.4.3 – Biopolítica como “Ethopolítica”	51
3 – ENCENANDO O ATO: A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO UMA ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA	54
3.1 – Cena 1: A cadeira	55
3.2 – Cena 2: Dificuldades na rotina do hospital	57
3.3 – Cena 3: “Comer de três em três horas”	60
3.4 – Cena 4: A cirurgia bariátrica como tecnologia política de controle da população	63
3.5 – Cena 5: A linguagem dos riscos	65
3.6 – Cena 6: ‘Não há cura para a obesidade, tem que ter autocontrole’	68
3.7 – Cena 7: A valorização do espaço público	69
3.8 – Cena 8: O grupo como rede de apoio e espaço para resistência	70
4 – FECHANDO AS CORTINAS SEM ENCERRAR O ENREDO	72
Referências	75
Anexos	80
Apêndice	91

ENSAIANDO AS PRIMEIRAS CENAS

Esta pesquisa é desdobramento de reflexões levantadas no decorrer de estudos sobre o corpo, que se estabeleceram em dois momentos durante o curso de Graduação em Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). O primeiro momento ocorreu durante a experiência de iniciação científica, quando desenvolvi pesquisas no campo de estudo da Psicossomática psicanalítica, nas quais o interesse era investigar as implicações subjetivas no processo de adoecimento orgânico, principalmente o câncer de boca. Esse tema se constituiu como objeto de estudo da minha monografia, que teve por objetivo analisar os sentidos atribuídos pelos pacientes de um hospital público de Fortaleza ao câncer de boca, bem como os efeitos e as implicações subjetivas dessa patologia no esquema corporal e na imagem do corpo.

O segundo momento de interesse de estudo sobre o corpo e, mais especificamente, sobre a obesidade, foi quando atuei como extensionista de Psicologia no Ambulatório do Programa Interdisciplinar de Nutrição aos Transtornos Alimentares e Obesidade (PRONUTRA). Esse programa era formado por uma equipe interdisciplinar (endocrinologista, psiquiatra, nutricionista e psicólogo) que realizava atendimentos clínicos com pacientes com “transtornos alimentares” e “obesidade” e que também promovia reuniões para as discussões dos casos clínicos.

Durante esse período, no PRONUTRA, despertou-me a atenção o quanto circulava, nos atendimentos e nas reuniões, a ideia de que os pacientes buscavam o corpo perfeito, isto é, um corpo magro e esbelto, e usavam, para alcançar isso, diversas formas de emagrecimento (dietas, vômitos, laxantes, etc). Esse emagrecimento vinha carregado de significados, como: ter uma vida melhor, ser mais feliz, ter mais amigos, entre outros.

Por outro lado, a temática do corpo gordo remonta-se também a questões relacionadas à minha história de vida. Lembro que, na infância, por volta dos 11 anos, comecei a engordar e fiquei, durante certo tempo, acima do peso considerado normal para a minha idade. Não gostava do meu corpo, principalmente da barriga, de tal modo que jamais vestia uma roupa que a deixasse à mostra, por considerá-la feia, mesmo sob a repreensão de minha mãe de que eu era criança e não deveria me preocupar com isso.

Além disso, durante a pré-adolescência, na escola, vivi o conflito ambivalente de ser a melhor amiga dos meninos da sala por ser extrovertida, alegre e comunicativa, porém não ser paquerada e cortejada por eles. Na verdade, eu fazia o papel de cupido e eles se

aproximavam de mim para conhecer as outras meninas da turma. Nesse sentido, essa ambivalência se assemelha ao que Fischler (1995) denomina de “duplo estereótipo do gordo”, que, por um lado, é brincalhão, de fácil relação social e simpático, apesar de sofrer em seu íntimo por sua corpulência, e, por outro, um gordo que suscita reprovação.

Nessa mesma época, ouvia meus vizinhos verbalizarem comentários diferentes a respeito da gordura. Ao verem uma criança gorda, diziam: “Que criança linda, forte, saudável!” Já quando se referiam a uma pessoa adulta gorda, que passava com sua barriga à mostra, diziam: “Essa pessoa não tem senso do ridículo, parece que não tem espelho em casa e não se enxerga”! Esses discursos me chamavam atenção, visto que o mesmo fenômeno, a gordura, recebia significados diferenciados: ora relacionado à saúde e à beleza, quando se tratava de criança, ora relacionado à feiúra em relação ao adolescente e ao adulto.

Na sociedade ocidental atual, o corpo ocupa uma centralidade e um lugar privilegiado, tendo em vista que os modos de subjetivação são deslocados para a exterioridade somática. O cuidado, antes voltado para o desenvolvimento das qualidades morais e sentimentos, dirige-se para a busca da saúde, beleza, jovialidade e longevidade (COSTA, 2004).

Com base nessa discussão acerca da política de subjetivação do corpo e na minha implicação com o tema, ecoam os seguintes questionamentos: como se produzem discursos sobre corpo gordo/obeso e como estes, por sua vez, ajudam a constituir sujeitos gordos? Como foi construída a noção de que ser gordo está associado à feiúra, ao fracasso, à preguiça, à falta de força de vontade, à incapacidade, enfim, a qualidades e características depreciativas?

Tais questionamentos evocam políticas de liberação e controle sobre o corpo inscritas em um tempo-espaço histórico que cabe a nós, pesquisadores no campo das ciências humanas, investigar. Essas indagações remetem à obra de Foucault (2008a), pensador das problematizações da presente pesquisa, que, em *Poder-Corpo*, ao ser questionado como a publicidade e a pornografia teriam recuperado o corpo como investimento do poder, aborda as tensões entre libertação e controle do corpo, afirmando: “Como resposta à revolta do corpo, encontramos um novo investimento que não tem mais a forma de controle-repressão, mas de controle-estimulação: ‘Fique nu... mas seja magro, bonito, bronzeado!’” (FOUCAULT, 2008a, p. 147). A esse respeito, Foucault (*Ibid.*) ainda afirma tratar-se mais de um jogo estratégico do poder do que propriamente uma repressão. Corroborando com o pensador francês, Serra (2003) indica um paradoxo no qual ao mesmo tempo em que se adquiriu a

liberdade em mostrar os corpos, estes são aprisionados em critérios estéticos, pois, para desnudá-los, é necessário ter a forma padrão socialmente aceita.

Nesse panorama, os corpos gordos e obesos fogem a esse padrão vigente na cultura ocidental, na qual é cultuado um corpo jovem e magro. Convém ressaltar que as terminologias gordo e obeso são diferentes, sendo o termo obeso definido segundo critérios da biomedicina, enquanto a categoria gordo não segue esse parâmetro (VASCONCELOS, 2004). A palavra ‘gordo’, atualmente, tem recebido uma conotação de ofensa, que legitima o preconceito e a discriminação contra grupos sociais, enquanto o vocábulo ‘obeso’ ou ‘portador de sobrepeso’ é considerado politicamente correto, uma tentativa da ciência de propor uma neutralidade asséptica ao termo (MENDONÇA, 2010).

A obesidade é definida pelo discurso médico como uma doença crônica de etiologia multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e se configura como um problema de saúde pública nos países desenvolvidos devido aos riscos e comorbidades que a acompanham, tais como: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apneia do sono, entre outras (FADIÑO, 2004). No Brasil, o Ministério da Saúde (2009) produziu dados que apontam o aumento da obesidade nos brasileiros, sendo 13,6% o índice em mulheres e 12,4%, em homens. Segundo informações da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel do Ministério da Saúde, a cidade de Fortaleza é a segunda capital brasileira com o maior índice de obesos: 18,2% (FORTALEZA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde - OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal – IMC, que é definido pelo peso do indivíduo dividido pela altura ao quadrado ($IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$); e no risco de mortalidade associada (FADIÑO, 2004). Assim, à medida que o IMC aumenta, mais a pessoa é considerada doente, obtendo a classificação em níveis, como: “obesidade leve” para IMC entre 30-35 kg/m², “obesidade moderada” para IMC entre 35-40 kg/m² e “obesidade severa ou mórbida” para índice acima de 40 kg/m² (GONÇALVES, 2004).

Atualmente, existe outro índice denominado Índice de Adiposidade Corporal – IAC, para medir a quantidade de gordura no corpo, definido pela fórmula ($IAC = [\text{Quadril} / (\text{altura} \times \sqrt{\text{altura}})] - 18$). Assim, no IAC, quanto maior a circunferência dos quadris em relação à altura, maior a chance de estar acima do peso. Há uma classificação diferenciada na tabela do IAC para mulheres e homens, sendo, em mulheres, o índice considerado: saudável, de 21 a 32 pontos; sobrepeso, de 33 a 38; obesidade, acima de 38 pontos e, nos homens, peso normal, entre 8 e 20 pontos; sobrepeso, de 21 a 25; e obesidade, acima de 25 pontos. A

diferença entre os dois índices é que o IMC mede o volume, a massa total distribuída no corpo, enquanto o IAC mede a gordura corporal, diferenciando massa gorda e massa magra¹ (NOVO, 2011).

A indicação do tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica ou gastroplastia, isto é, cirurgia que consiste na redução do estômago para obter a diminuição do peso, vem crescendo nos dias atuais (FADIÑO, 2004). Os pacientes indicados para tratamento cirúrgico são os que estão com IMC maior que 35 kg/m², associado à comorbidades e acima de 40 kg/m² (FADIÑO, 2004).

O presente estudo tem como referência os estudos de Michel Foucault (1995), para o qual os modos de subjetivação operam como dispositivos historicamente constituídos em práticas de saberes e poderes que produzem o sujeito. Foucault (1995) afirma no texto *O sujeito e o poder* que o tema geral de sua pesquisa e obra, ao contrário do que se poderia imaginar, não seria o poder, mas o sujeito. O autor se empenhou em estudar o poder por considerá-lo necessário para compreensão do sujeito, na medida em que o poder é um operador capaz de explicar como nos subjetivamos.

Foucault (1996a) diz ter apreendido com Nietzsche a recusa à busca de origens. Desse modo, o autor faz uma crítica à afirmação de que o conhecimento é inventado por um ou mais sujeitos, isto é, opõe-se a noção do sujeito como origem do discurso, pois a própria noção de sujeito é uma invenção histórica:

Em Nietzsche, parece-me, encontramos efetivamente um tipo de discurso em que se faz a análise histórica da própria formação do sujeito, a análise histórica do nascimento de um certo tipo de saber, sem nunca admitir a preexistência de um sujeito de conhecimento (FOUCAULT, 1996a, p. 13).

A partir dessa compreensão de que o conhecimento é construído historicamente e não *a priori*, não tomamos como verdade, neste estudo, os discursos biomédicos hegemônicos, que tratam a obesidade enquanto um fenômeno de doença, e sim nos interessa, a partir disso, questionar e problematizar discussões, com base em Michel Foucault, sobre os efeitos de verdade e as possibilidades de resistências que esses discursos produzem.

Tomando como ponto de partida essas problematizações, configura-se como objeto de estudo da presente pesquisa analisar quais os discursos que circulam no grupo terapêutico realizado com pacientes diagnosticados obesos de um hospital público de Fortaleza e como esses pacientes são subjetivados por esses discursos. Assim, objetivamos visibilizar como são construídos os discursos e os enunciados sobre o corpo obeso, que

¹ No presente estudo, iremos mencionar o IMC em detrimento do IAC, visto que, apesar da criação desse novo índice, a OMS ainda utiliza como referência o IMC.

produzem sujeitos obesos, sujeitos da cirurgia bariátrica, questionando: como esses discursos marcam esses corpos? Como produzem resistências?

Tendo como ponto de partida esses objetivos, tomei a liberdade de contar esta pesquisa para o leitor na forma de uma peça de teatro, pois considero teatro e pesquisa uma arte. Ambos narram histórias que são produtos do ato de dar sentido ao mundo, prática social que realizamos no nosso cotidiano, não pretendendo, assim, ser verdades absolutas. De acordo com Spink e Menegon (2004a), dar sentido é uma atividade relacionada não apenas ao senso comum, mas também à pesquisa científica, reduzindo a dicotomia entre ambos.

No teatro e na pesquisa cabem improvisos, ensaios, dúvidas e incertezas. O autor tem um tema principal de onde inicia e, a partir daí, vai ensaiando e experimentando, mas não tem a certeza aonde vai chegar. Segundo Vasconcelos (2011), a arte nasce da vivência do artista em contato com a vida, com as relações sociais, políticas, econômicas em um determinado tempo histórico. Assim, tanto a obra de arte (teatro, cinema, pintura, escultura, música, dança, literatura) quanto a pesquisa estão vinculadas ao tempo-espaço no qual são criadas, produzidas.

O primeiro passo para a produção desse ensaio foi a escolha do local para a apresentação do espetáculo, em outras palavras, para o desenvolvimento da pesquisa. Essa decisão foi motivada a partir da leitura de uma reportagem em um jornal² de grande circulação em Fortaleza-CE, que versava sobre o tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica realizada em um hospital³ da rede pública do Estado do Ceará.

Após a definição do *lócus* da pesquisa, o passo seguinte foi a formação do elenco da peça de teatro, composto por pacientes, de ambos os sexos, diagnosticados obesos que frequentavam o grupo terapêutico facilitado pela psicóloga da unidade de cirurgia bariátrica e metabólica do hospital. Esse grupo era formado tanto por pacientes em preparação para fazer a cirurgia bariátrica como por usuários já operados.

Para tecer o fio que conduz esse ensaio/estudo, serão apresentados, no primeiro capítulo, os caminhos trilhados na pesquisa, iniciando essa trajetória pela descrição dos bastidores, a caracterização do hospital e a apresentação dos protagonistas e do cenário da peça. No segundo capítulo, convido para o palco principal do teatro os conceitos: corpo obeso, discurso, norma, governamentalidade e biopolítica, para contracenarem, provocando o tensionamento e a discussão à luz do referencial teórico foucaultiano.

² A matéria foi publicada no Jornal Diário do Nordeste, no dia 15 de março de 2009 e o título da reportagem era 'HCC já realizou 294 cirurgias bariátricas'.

³ No capítulo 1, o hospital será apresentado mais detalhadamente.

No terceiro capítulo, apresento um ato teatral composto por cenas dos encontros do grupo terapêutico, no qual será discutida a noção da cirurgia bariátrica como uma estratégia biopolítica e, por fim, as considerações finais desse estudo.

1 - APRESENTANDO O ROTEIRO (*SCRIPT*) DA PESQUISA

1.1 – Bastidores da pesquisa: contextualização do objeto de estudo

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), o verbete bastidores é definido como “os corredores que contornam a cena, no palco, fora das vistas dos espectadores” (p.413). Assim, em alusão a esse termo, descrevo neste tópico os bastidores da pesquisa, contextualizando as visitas e conversas com os pacientes nos corredores e salas de espera do hospital.

As conversas no cotidiano são de grande relevância nesta pesquisa, pois compartilha-se a noção de que o conhecimento é produzido no cotidiano, portanto, por se produzir nele, não se pode dissociar o ato de conhecer do ato de intervir. Assim, o presente trabalho atua com os princípios da pesquisa-participante. Nessa perspectiva, pretende discutir o lugar do pesquisador, bem como a impossibilidade da existência de neutralidade na prática de pesquisa, visto que a participação da pesquisadora suscita um processo de produção e construção no grupo. A pesquisa foi construída com o auxílio de ferramentas, como: observação participante durante as visitas ao hospital, conversas informais com pacientes, acompanhamento e participação no grupo terapêutico e nas reuniões mensais.

A primeira visita foi realizada no dia 04 de junho de 2009. Ao chegar à instituição, apresentei-me como pesquisadora à recepcionista e esta informou que eu falasse com a assistente social no ambulatório, anexo do hospital. Em contato com a assistente social, a mesma salientou que eu procurasse o Centro de Estudo, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) do hospital para solicitar autorização para a realização da pesquisa.

Conforme solicitado, conversei com a responsável do CEAP sobre o interesse em desenvolver uma pesquisa naquela instituição e a possibilidade de frequentar o hospital com o intuito de fazer a investigação do meu estudo. Fui bem recebida e obtive a autorização para realização das visitas ao hospital. A responsável do CEAP também sugeriu que eu conversasse com o médico-cirurgião da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Assim o fiz, recebi o consentimento do médico para realização da pesquisa, bem como um convite para participar, no dia seguinte, dos atendimentos no ambulatório da unidade, que acontecem às sextas-feiras.

Desse modo, no dia seguinte, compareci ao anexo do hospital, onde fica o ambulatório da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Logo na entrada ao ambulatório,

vi homens e mulheres, estas em maior quantidade, sentados em bancos, à espera de serem chamados para a consulta com o médico. Sentei ao lado de três mulheres que estavam conversando e perguntei se elas sabiam como era o procedimento para participar do tratamento de cirurgia bariátrica. Uma delas me informou que a pessoa interessada deveria procurar um posto de saúde e que lá receberia o encaminhamento para o hospital em questão. Na ocasião, tive a impressão de ser olhada dos pés à cabeça por esta paciente que, provavelmente reparando no meu corpo, perguntou se eu estava buscando essas informações para algum parente que queria fazer a cirurgia bariátrica, pois achava que eu não precisava dessa cirurgia. Respondi que o meu interesse em relação à cirurgia bariátrica era devido a minha pesquisa de mestrado sobre o tema corpo gordo/obeso. Nesse momento, apresentei-me como pesquisadora, falei sobre a pesquisa e elas também se apresentaram e disseram estar em acompanhamento preparatório para a cirurgia.

A partir daí, iniciamos uma conversa informal, na qual indaguei os motivos que as levaram à decisão de fazer a cirurgia bariátrica. Uma delas (Sílvia⁴) respondeu que era o preconceito contra os obesos, afirmando ser este maior do que aquele contra negros e homossexuais, pois:

... pelo menos com o homossexual e com o negro, se falarem alguma coisa, dá processo, dá tudo e o fato de você ser gordo, o pessoal faz piada, faz tudo o que você possa imaginar (...) Eu digo porque eu já fui vítima disso, de preconceito, em todo canto (...) O meu esposo também começou com preconceito dentro de casa e foi o jeito eu ir atrás do tratamento⁵ (sic).

Sílvia relatou já ter sido abandonada e rejeitada pelo marido por estar gorda. As outras duas mulheres também afirmaram que seus esposos pedem para elas se cuidarem e emagrecerem. Essa cobrança na relação conjugal por um corpo magro corrobora com os estudos de Fischler (1995) que afirma ser o corpo da mulher cada vez mais exigido para se adequar ao padrão de beleza vigente culturalmente, uma cultura lipofóbica caracterizada pela ojeriza e rejeição à obesidade, bem como a obsessão pela magreza.

Ainda a respeito de sua relação com o marido, Sílvia comentou uma situação, na qual fez uma reportagem para um programa de televisão de Fortaleza sobre as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do obeso. Essa reportagem repercutiu negativamente na sua relação conjugal, pois o marido ficou sem falar com ela por ter sido motivo de piadas entre seus amigos. Apesar da aparição na mídia, na maioria das vezes, ser considerada motivo de

⁴ Todos os nomes citados neste estudo são fictícios.

⁵ Conversa gravada, com consentimento da paciente, durante a pesquisa exploratória realizada em junho de 2009 no hospital.

orgulho e importância devido aos minutos de fama de uma pessoa comum na televisão, nesse caso, o efeito foi o contrário, pois o que estava exposto não era a possibilidade de uma fama instantânea, mas a visibilidade da obesidade com toda a carga de doença e estigma que o corpo de Sílvia estava circunscrito.

A história da aparição na televisão também rendeu algumas risadas entre as mulheres. Interrompendo esse clima descontraído, um médico-cirurgião se aproximou e perguntou a uma das mulheres quantos quilos ela já tinha perdido. A mesma respondeu que tinha engordado e o profissional afirmou para as pacientes “Vocês sabem que não se opera sem perder peso”. Esse enunciado proferido pelo médico marcou uma nova cena enunciativa, outrora caracterizada pelo riso e agora carregada de significados normativos, configurando assim o exercício de poder da medicina nos corpos. De acordo com a perspectiva foucaultiana, o poder se exerce no domínio da norma⁶ e é a distinção entre normal e patológico que rege a sociedade (CASTRO, 2009). É essa diferenciação que classifica os indivíduos em sadios e doentes, em magros, gordos e obesos, sendo a obesidade classificada em níveis de patologia (leve, moderada, grave), de acordo com o Índice de Massa Corporal – IMC.

Após o comentário do médico, a conversa continuou por aproximadamente 45 minutos e findou com um convite de uma das pacientes para almoçarmos na cantina do hospital. Por alguns segundos, fiquei em dúvida se deveria aceitar ou não o convite, pois tive receio de que isso atrapalhasse de alguma forma a minha relação como pesquisadora com as pacientes. Estaria saindo de uma zona confortável que mantém um distanciamento crítico e pretensamente neutro ao aceitar habitar um território mais informal de um almoço⁷? Resolvi desafiar esse receio, aceitei o convite e almoçamos um prato denominado “gostozinho” que é uma mistura de carne moída com cuscuz. Durante a refeição, percebi a censura que uma paciente fez à outra por esta ter pedido um refrigerante, condenando-a por tomar essa bebida quando deveria estar evitando, visto que deve cumprir a dieta para perder peso. Ao final do almoço, despedimo-nos na perspectiva de nos encontrarmos em breve em outro dia qualquer, já que existia grande possibilidade disso acontecer, pois iria com mais frequência ao hospital.

Durante essas primeiras visitas ao hospital, fui informada pelo médico da Unidade de Cirurgia Bariátrica que aconteciam reuniões na última sexta-feira de cada mês com a presença da equipe técnica da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (médicos,

⁶ O conceito de norma será discutido no tópico 3.3 do terceiro capítulo.

⁷ Mesmo após longos questionamentos acerca da impossibilidade de neutralidade nas Ciências Humanas, o fantasma da objetividade asséptica parece sempre retornar.

enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistente social), dos pacientes operados e dos candidatos à operação. Os objetivos desses encontros são: fornecer aos pacientes informações explicativas sobre a cirurgia, os riscos, as complicações cirúrgicas, os resultados, os benefícios esperados, as recomendações sobre o que o paciente pode ou não fazer em busca de melhor resultado; esclarecer dúvidas dos pacientes; ouvir e discutir os depoimentos dos pacientes operados a respeito da sua história pregressa, das dificuldades e das conquistas obtidas com a cirurgia. O paciente tem que ir a, no mínimo, uma reunião antes de ser submetido à cirurgia, devendo constar no ‘termo de conscientização para cirurgia da obesidade’ (anexo 1) a data da participação dele na reunião.

Fui convidada pelo médico da Unidade de Cirurgia Bariátrica a participar dessas reuniões mensais. No decorrer da pesquisa, participei de duas reuniões mensais. Na primeira, estavam presentes membros da Associação dos Obesos e Ex-Obesos do Estado do Ceará e a moderadora da comunidade do Orkut denominada Gastroplastia Fortaleza, que fez um convite para participarmos da I Caminhada contra a Obesidade no dia seguinte (sábado) pela manhã no calçadão da Beira-mar de Fortaleza-CE. A escolha da data para esse evento foi representativa, pois dia 31 de outubro é o dia mundial de combate à obesidade. Participei da caminhada e, na ocasião, conheci e conversei tanto com pessoas que já se submeteram à gastroplastia quanto com aquelas que desejam fazer essa cirurgia. De um modo geral, percebi que, apesar dos riscos de morte que envolvem a gastroplastia, esta é muito valorizada pelos participantes devido aos efeitos significativos em relação à melhora da saúde e à perda de peso. Abaixo segue uma fotografia do cartaz do evento.



Figura 1

Na reunião mensal, conheci também os profissionais que compõem a equipe técnica, incluindo a psicóloga. Conversei com esta profissional sobre o meu interesse de pesquisa e ela gentilmente se colocou solícita a ajudar, convidando-me para participar dos grupos terapêuticos facilitados por ela semanalmente no ambulatório. Aceitei o convite e atendi a solicitação da psicóloga de submeter o meu projeto de pesquisa à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital, para obter a devida autorização para a realização da pesquisa. Assim o fiz, e o projeto foi aprovado, em fevereiro de 2010, sob o número do protocolo 388/2010.

Antes de narrar o que aconteceu nos encontros grupais, considero importante descrever como foi a minha participação e como me senti no grupo, pois esses bastidores são fundamentais para entender como a pesquisa foi vivenciada pela pesquisadora.

A princípio, observei os detalhes sutis dos cartazes e objetos presentes na sala onde aconteciam os encontros, bem como ouvia atentamente o que era discutido no grupo e nas conversas entre os pacientes na sala de espera do ambulatório. No decorrer dos encontros, minha postura tímida, marcada preementemente pela escuta, foi cedendo espaço para um sentimento de inquietude e uma enorme vontade de falar, participar e fazer comentários que se propunham muito mais a incitar dúvidas e reflexões do que a apresentar respostas, pois a visão de pesquisa utilizada neste estudo não se propõe a questionar e encontrar as respostas e verdades para as indagações da pesquisa, e sim a formular perguntas para fazer ecoar reflexões e possibilitar a dúvida, o estranhar de verdades tidas como evidentes e “naturais”.

Essa postura de pesquisadora pode ser exemplificada com um episódio ocorrido no primeiro encontro do grupo, quando, após apresentar o objetivo da pesquisa para o grupo, um paciente sugeriu que a dinâmica daquele encontro funcionasse de modo que eu perguntasse a eles o que interessava para a pesquisa e eles responderiam. Eu afirmei que não precisaria mudar o funcionamento do grupo devido a minha presença e sugeri que o encontro ocorresse como de costume.

Esses foram os primeiros passos do ensaio da peça de teatro/pesquisa. A seguir, iremos apresentar a unidade de cirurgia bariátrica e metabólica do hospital bem como os procedimentos necessários para a realização da cirurgia.

1.2 – Em cartaz: a Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica de um hospital público de Fortaleza-CE⁸

O hospital onde foi realizada essa pesquisa é uma instituição pública, fundada em 31 de outubro de 1928, que possui referência estadual no campo da assistência à saúde nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, bem como é referência de ensino, sendo reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC e Ministério da Saúde – MS. Possui como missão atuar como hospital geral de assistência terciária, com excelência nos atendimentos materno-infantil, clínico, cirúrgico, no ensino e na pesquisa.

Os serviços desse hospital contemplam vinte e sete especialidades médicas e cinco não médicas, a saber: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT; Serviço Especializado em Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT; Serviço de Vigilância Epidemiológica; Banco de Leite Humano e Centro de Estudo Aperfeiçoamento e Pesquisa – CEAP. A instituição dispõe de 276 leitos credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS e oferece atendimento ambulatorial, realizando aproximadamente 5.006 atendimentos/mês, 20.000 exames/mês, média de 1.000 internações/mês, 400 partos/mês e 350 cirurgias.

O hospital realiza cirurgias bariátricas desde janeiro de 2002 na Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, sendo o segundo maior do Brasil a oferecer esse serviço e o único da rede pública a realizar essa intervenção cirúrgica por videolaparoscopia. Segundo os dados do serviço de cirurgia, já foram realizadas, até o mês de agosto de 2010, aproximadamente 400 cirurgias bariátricas em convênio com o Sistema Único de Saúde - SUS.

São realizados, na Unidade, oito procedimentos cirúrgicos por mês, sendo duas cirurgias por semana nas quartas-feiras e sextas-feiras. A técnica cirúrgica utilizada é a Gastroplastia de Fobi-Capella⁹ por Laparotomia vertical ou subcostal bilateral e por laparoscopia.

⁸ As informações desse tópico foram retiradas de referencial bibliográfico produzido sobre o hospital e, por motivos éticos de preservação do sigilo do nome da instituição, não se fará referência e citação direta a tais livros.

⁹ A técnica Fobi-Capella consiste em criar uma pequena bolsa (30 a 50 ml) na parte superior do estômago, restringindo o órgão e conseqüentemente a quantidade de alimento capaz de ser consumido, bem como realizar um desvio de uma parte do intestino delgado, retardando a mistura do alimento com os sucos digestivos para evitar a absorção calórica completa.

Os pacientes indicados para a cirurgia são aqueles que possuem: Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40, independente de comorbidades; IMC entre 35 e 40, com doenças associadas; intratabilidade clínica da obesidade há pelo menos dois anos; idade entre 16 e 65 anos e entre 65 e 70 anos com boas condições clínicas. A contra-indicação da cirurgia ocorre nos seguintes casos: quando o paciente tem mais de 70 anos; possui doenças clínicas que contra-indiquem a cirurgia; faz uso de drogas ilícitas e álcool, estando com menos de seis meses de abstinência e quando o preparo pré-operatório é inadequado.

A figura abaixo demonstra o fluxograma dos atendimentos no Programa de Cirurgia Bariátrica do hospital, abrangendo desde os procedimentos para o ingresso do paciente no serviço até a realização da cirurgia.

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO

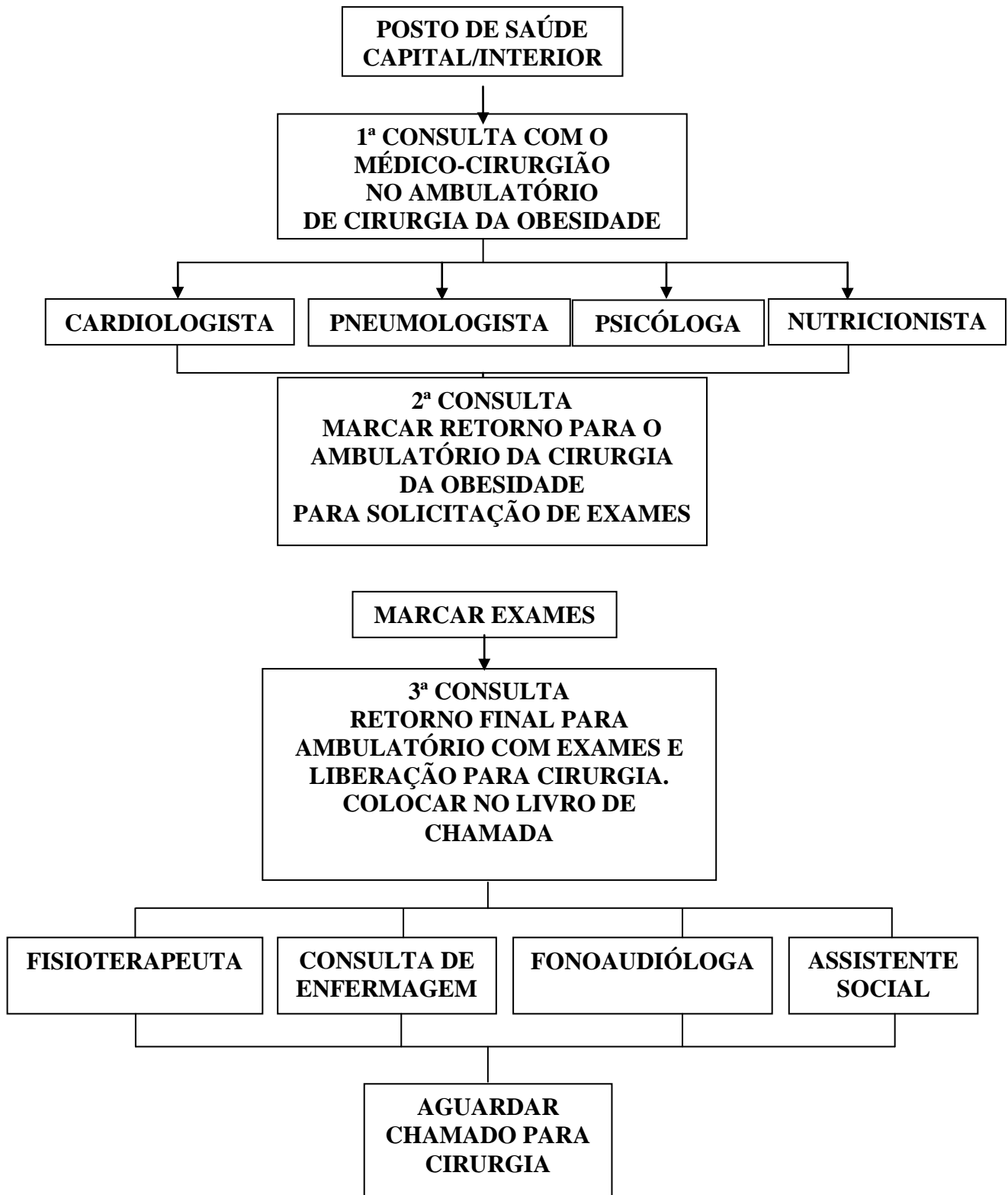


Figura 2

O paciente é encaminhado pelo médico do posto de saúde para uma consulta com o médico-cirurgião da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Na primeira consulta, o

médico faz a anamnese, o exame físico do paciente, explica os critérios de indicação e contra-indicação da cirurgia, recomenda o paciente a perder dez por cento do peso corporal antes da cirurgia e encaminha-o para os especialistas: cardiologista, pneumologista, nutricionista e psicólogo. Na Unidade de Cirurgia Bariátrica, existem dois psicólogos que realizam o acompanhamento dos pacientes do serviço através de atendimentos individuais e em grupos terapêuticos¹⁰. O paciente é convidado a participar do grupo terapêutico na primeira consulta e pode continuar no grupo após a cirurgia por quanto tempo quiser.

Na ocasião da primeira consulta, o paciente recebe um livro elaborado pela equipe técnica da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, que contém informações, tais como: os procedimentos realizados no pré e no pós-operatório, a dieta pós-cirurgia com uma sugestão de cardápio, as recomendações médicas sobre o que o paciente pode e não pode fazer no pós-operatório, as revisões pós-operatórias com a periodicidade dos retornos ao ambulatório, dentre outras. Abaixo, a capa do livro supracitado:

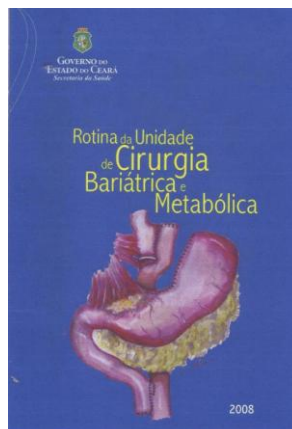


Figura 3

Após ter passado pelos especialistas (cardiologista, pneumologista, psicólogo e nutricionista), o paciente vai para a segunda consulta, na qual o médico verifica os pareceres dos especialistas e, caso estes sejam favoráveis, solicita os exames pré-operatórios, como endoscopia, raio X, eletrocardiograma, glicemia, hemograma, dentre outros.

Na terceira consulta, o médico analisa os exames e, caso estes não contraindiquem a cirurgia, o nome do paciente é colocado no livro de marcação da cirurgia, e o paciente é encaminhado para consulta de enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e serviço social. Durante a consulta de enfermagem, o paciente deve ler e assinar o 'Termo de Conscientização das consequências da cirurgia da obesidade ou Termo de Consentimento Informado' (Anexo 1) fornecido pelo Hospital. Esse termo consiste em informar os tipos de

¹⁰ O grupo terapêutico será melhor descrito no tópico 1.2.1.

técnicas cirúrgicas ao paciente e conscientizá-lo sobre os possíveis riscos, complicações e benefícios da cirurgia. Ao final do termo, há um teste de entendimento composto por dezenove (19) questões do tipo certo/errado para o candidato à cirurgia bariátrica responder. O objetivo deste teste é confirmar se o paciente compreendeu as informações sobre a cirurgia, repassadas pelo cirurgião e pela equipe técnica no preparo pré-operatório.

O termo de consentimento informado do hospital tem por objetivo “permitir que o paciente participe do seu próprio tratamento, de acordo com seu entendimento e vontade. É o exercício de escolha, por indivíduo capaz, após ser devidamente informado acerca de um tratamento específico” (Anexo 1, p. 1). Corroborando o exposto sobre a racionalidade do consentimento informado, Menegon (2004b, p. 851) afirma: “... a comunicação de riscos e de benefícios favoreceria a tomada de decisões esclarecidas e conscientes”.

A comunicação de riscos refere-se a insucessos, falhas, acidentes e danos, bem como a probabilidade de ocorrência destes (MENEGON, 2004b). Apesar dos riscos que envolvem a cirurgia bariátrica, o sujeito obeso é instigado a se submeter a essa operação de todo o modo, pois continuar obeso também se configura um risco, de acordo com a assertiva abaixo presente no termo de consentimento do hospital:

“A estatística no Brasil mostra que aproximadamente 0,5 a 1% dos pacientes morre após a cirurgia da obesidade, dependendo da técnica operatória ou da via de acesso, aberta (convencional) ou laparoscópica. Porém, permanecer obeso traz um risco percentualmente maior de complicações que pode levar a morte” (Anexo 1, p. 3).

As análises de documentos de consentimento informado realizadas por Menegon (2004a) apontam que a relação de responsabilidade dos profissionais quanto aos resultados é de não-responsabilidade, pois o que se estabelece entre profissional e paciente é uma relação contratual de meio e não de resultado. Esse dado também é observado no seguinte trecho do termo de consentimento do hospital: “A maioria dos pacientes consegue perder peso, foram bem sucedidos, mas não há garantia de qualquer benefício desta cirurgia [...] A operação funciona como um instrumento, um meio, um auxiliar à perda de peso” (Anexo 1, p.3).

Ainda a respeito da responsabilidade, Menegon (2006) afirma que, no consentimento informado, ocorre uma distribuição de responsabilidades, pois o profissional, ao informar os riscos e benefícios envolvidos, está cumprindo o seu dever, evitando, assim, o risco de ser cobrado por omissão da informação e, ao mesmo tempo, ao informar, teoricamente, a responsabilidade pela decisão e pelas possíveis consequências é do(a) paciente.

Assim, a breve descrição apresentada neste tópico sobre o processo de encaminhamento do usuário dentro da rede do serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

instiga-nos a investigar como é produzido o sujeito da cirurgia bariátrica e quais as relações saber-poder que constituem esse sujeito. Nessa perspectiva, vamos enfatizar o grupo terapêutico como personagem protagonista dessa peça de teatro/pesquisa, visto que se configura como um espaço de produção do sujeito da cirurgia bariátrica e, em seguida, iremos descrever o cenário que compõe esse ambiente.

1.2.1 – O protagonista: o grupo terapêutico

Nos meses de julho e agosto de 2010, iniciei a participação nos grupos terapêuticos realizados pela psicóloga com pacientes do pré e pós-operatório. Segundo esta profissional, o objetivo desse grupo é uma troca de experiências que possibilita maior consciência da operação aos pacientes que vão fazer a cirurgia e ajuda os já operados a trabalhar os conflitos mentais existentes.

Esses grupos são abertos, de modo que os pacientes podem entrar ou sair a qualquer momento. Os encontros acontecem às segundas e terças-feiras pela manhã no ambulatório da cirurgia bariátrica. Como só podia acompanhar um único grupo por questão da limitação de tempo, escolhi participar do grupo da terça-feira, pois, de acordo com a psicóloga, este é o dia em que há maior frequência dos participantes.

No total, participei de sete encontros do grupo terapêutico, com duração de aproximadamente 1 hora cada. O grupo era formado, em média, por treze integrantes, de ambos os sexos. Estes aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2), autorizando a gravação dos encontros e uso do conteúdo das transcrições para fins da pesquisa.

1.2.2 – O cenário

O grupo acontecia na sala utilizada pela Psicologia e pela Nutrição no ambulatório do hospital. A psicóloga utiliza a sala de segunda à quarta-feira no período da manhã, e a nutricionista, de segunda à sexta-feira à tarde.

Essa sala possui tamanho suficiente para acomodar um grupo de treze pessoas e contém um ar-condicionado que propicia um ambiente arejado. No recinto, há uma divisória de plástico que forma outra sala, onde a recepcionista do ambulatório atende ao público. Essa divisória possibilita o vazamento de som e, assim, prejudica a acústica da sala de grupo,

dificultando a escuta do relato dos pacientes. Há também, neste local, um banheiro, no qual há uma placa na porta indicando a proibição do uso.

A sala possui três tipos de cadeiras de diferentes materiais: as de madeira, que não possuem apoio para os braços; as de plástico com apoio para os braços; e as de ferro com estofado, conforme fotografia abaixo:



Figura 4

No processo de acomodação para o início do grupo, ocorre de pacientes empilharem duas ou mais cadeiras de plástico para que a estrutura da cadeira fique mais firme e eles possam sentar sem cair. As cadeiras que possuem braços parecem ser desconfortáveis para os obesos por limitar o espaço físico de acomodação, como comprova o seguinte relato de uma paciente: “Se a cadeira tiver braço, eu não sento. Se tiver braço, eu não vou caber. O mundo não é preparado para o obeso”¹¹. Assim, pode-se questionar a falta de infraestrutura das mobílias do hospital, que são, na maioria das vezes, planejadas e projetadas para pessoas ditas de tamanhos “normais”, desconsiderando a possibilidade da diferença e a especificidade do público obeso.

Naquele ambiente hospitalar, não há espaço para o excesso e a desmesura, pois a noção de controle, métrica e mensuração do peso é evocada pela presença da balança no canto da sala, onde ocorre o grupo terapêutico, conforme se observa na figura abaixo:



Figura 5

¹¹ Conversa gravada, com consentimento da paciente, durante a pesquisa exploratória realizada em junho de 2009 no hospital.

A psicóloga informou que a balança estava quebrada, porém, quando funcionava, era utilizada pela nutricionista do programa. É interessante notar que, mesmo quebrada, a balança permanece ali parecendo indicar a necessidade permanente dos pacientes controlarem o seu peso corporal.

O controle do peso corporal também é lembrado pelo cartaz fixado na parede da sala (figura 5) com o desenho da pirâmide alimentar que prescreve os tipos de alimentos que se deve comer e a quantidade/porção diária:



Figura 6

Assim, o cenário desta pesquisa é um local onde circulam práticas discursivas (cartazes, imagens) e não-discursivas (balança, cadeira) que auxiliam na produção do sujeito obeso. O conceito de prática em Foucault não é bem definido, sendo necessário reconstruí-lo ao longo de sua obra (CASTRO, 2009). Foucault (2008b, p. 133) conceitua prática discursiva como “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram para uma época dada e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa”. O autor inclui as práticas não-discursivas entre as condições de possibilidade da formação dos saberes e, desse modo, integra práticas discursivas e não-discursivas para formar o que denomina de dispositivo. Esses conceitos serão aprofundados no capítulo a seguir.

2 - CONTRACENANDO NO PALCO: CORPO OBESO, DISCURSO, NORMA, GOVERNAMENTALIDADE E BIOPOLÍTICA

“É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”.

Michel Foucault

(História da Sexualidade II – O Uso dos Prazeres. op.cit., p.13.)

A epígrafe acima despertou minha atenção por trazer a reflexão sobre a produção do conhecimento. Durante a graduação em Psicologia, estava “acostumada” a desenvolver pesquisas com o referencial positivista, marcado por uma característica linear, causal. No mestrado, passei a estudar autores como Michel Foucault e Gilles Deleuze, que possibilitaram produzir rupturas nos modos de pensar. Sentia a necessidade de me desacostumar, de colocar o pensamento em movimento, pois, ‘o conhecimento se produz em deslocamentos’¹².

Nesse contexto, foram os estudos de Michel Foucault que me propiciaram andar pelo descaminho, pelo desconhecido, a estranhar e questionar as evidências, as verdades dadas, as naturalizações. Vale-se ressaltar que esse caminho não está dado e pronto, ele foi sendo trilhado no decorrer dos ensaios desta pesquisa, pois, como já dizia o poeta e escritor espanhol Antônio Machado: ‘Caminante no hay caminos, se hace camino al andar’¹³.

Durante esse percurso, será utilizada a metáfora deleuzeana da teoria como uma caixa de ferramentas, que, segundo Foucault (2006, p.251), “se trata de construir não um sistema, mas um instrumento: uma lógica própria às relações de poder e às lutas que se engajam em torno deles” e a “pesquisa só pode se fazer aos poucos, a partir de uma reflexão (necessariamente histórica em algumas de suas dimensões) sobre situações dadas”. Nessa perspectiva, os conceitos foucaultianos (discurso, enunciado, formação discursiva, biopolítica e governamentalidade) operaram como ferramentas e instrumentos para esse estudo.

¹² Essa afirmação foi proferida pelo Prof^o Sylvio Gadelha durante a palestra intitulada ‘Deleuze, Foucault e Guattari e as contribuições para a psicologia’ na Universidade Estadual do Ceará no ano de 2009.

¹³ Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao caminhar (tradução realizada pela pesquisadora).

Inicialmente, serão apresentadas as perspectivas teóricas de diferentes áreas do conhecimento sobre a noção de corpo, enfatizando a centralidade deste na contemporaneidade, baseando-se principalmente nos estudos de Michel Foucault. Em seguida, será abordada a trans(formação) discursiva em relação ao corpo obeso, bem como os conceitos de discurso, enunciado e norma. Por fim, será discutida a noção de governamentalidade e biopolítica.

2.1 - A centralidade do corpo na contemporaneidade

A temática do corpo vem sendo estudada por autores de vários campos do saber, tais como: antropologia (LE BRETON, 2003), sociologia, história (DEL PRIORE, 2000; SANT'ANNA, 2000, 2002), psicologia, psicanálise (COSTA, 2004), dentre outros. No levantamento bibliográfico, realizado através do descritor 'corpo', na biblioteca da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), foram encontrados artigos que relacionavam corpo e dança (SIQUEIRA, 2008), corpo e literatura (FELERICO & HOFF, 2009), considerações teóricas sobre corpo na perspectiva psicanalítica (SANTOS, 2007), fenomenológica (ZOTTIS; LABRONICI, 2002), frankfurtiana (RAMOS, 2004), denotando uma diversidade de estudos sobre esse tema, bem como sua relevância. Conhecer essa perspectiva interdisciplinar a respeito do corpo se faz importante para compreender a sua configuração atual na contemporaneidade. Elegemos os autores: Foucault (2008a, 2008b, 2009a), Le Breton (2003), Couto (2007), Lima (2007, 2008, 2010), Ortega (2002), Sant'anna (2000, 2002) como interlocutores para problematizar a discussão sobre corpo que norteia o presente estudo.

O tema corpo ocupa um lugar de grande relevância nos estudos de Michel Foucault (2008a) tendo em vista que o corpo social surge do exercício do poder sobre os corpos dos indivíduos. A respeito disso, o autor acrescenta:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2008a, p. 80).

Foucault não se propunha a definir o que eram corpos, mas como se chegava a produzir corpos em práticas discursivas e não discursivas; dito de outra forma, como os corpos flagelados medievais se transformavam em corpos produtivos (nas fábricas), em obedientes (nas escolas), em obesos (na clínica médica), em “sarados” (nas capas de revistas),

em sexuados (nos mais diversos lugares). Assim, interessa produzir ecos para a pergunta que Foucault lançou em uma de suas conferências intitulada Poder-Corpo:

[...] do século XVII ao início do século XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante, metuculoso. Daí, esses terríveis regimes disciplinares que se encontram nas escolas, nos hospitais, nas casernas, nas oficinas, nas cidades, nos edifícios, nas famílias ... E depois, a partir dos anos setenta, percebeu-se que esse poder tão rígido não era assim tão indispensável quanto se acreditava, que as sociedades industriais podiam se contentar com um poder muito mais tênue sobre o corpo. Descobriu-se, desde então, que os controles da sexualidade podiam se atenuar e tomar outras formas...Resta estudar de que corpo necessita a sociedade atual... (FOUCAULT, 2008b, p.147-148).

Em sua obra *Vigiar e Punir*, Foucault (2009b) escreve sobre o processo que torna os indivíduos sujeitos a partir de uma rede de poderes que o dividem e o classificam. O autor tece uma análise do poder que age nos corpos, enfatizando as técnicas de controle e produção destes.

Foucault (2009b) salienta que, até o século XVIII, o suplício baseava-se na aniquilação e destruição do corpo através de castigos e violência. Com o apogeu no século XIX, a disciplina apropria-se desse corpo e aproveita-o ao máximo, retira-lhe a força para o trabalho, tornando-o um corpo útil e dócil. Machado (1981) esclarece que a disciplina é um diagrama de poder que trabalha o corpo, produz comportamento, fabrica um indivíduo necessário ao funcionamento da sociedade industrial. Esse processo de fabricação é acusado por Foucault (2009b) de empreender tecnologias de poder que produzem a massificação, como já era anunciado pelo marxismo, mas também o indivíduo como “uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama a ‘disciplina’” (p.185).

No entanto, o corpo não é um dado a priori sobre o qual incide práticas disciplinares que o bloqueia. É na incidência de múltiplas forças que ele vai sendo modelado, posicionado e produzido. Pode-se citar, na atualidade, a disciplinarização dos corpos aos quais se exige que sejam corrigidos em cirurgias de redução de estômago para que se tornem leves, saudáveis, desejáveis e ágeis para o trabalho.

No campo da antropologia, Le Breton (2003) afirma que em nossa sociedade a plasticidade do corpo torna-se lugar-comum, sendo a anatomia uma matéria-prima a modelar e o corpo uma construção, um objeto transitório, provisório, maleável, manipulável, um rascunho a ser corrigido. O corpo tornou-se um artefato a ser gerido e administrado de acordo com o interesse do sujeito e de seu sentimento de estética. Trata-se, portanto, de transformar o corpo e de fabricar a si mesmo, a exemplo dos inúmeros usos na atualidade de próteses *body building*; marcas corporais como as tatuagens, *piercing*; cirurgias estéticas; transexualismo, etc (LE BRETON, 2003).

Na atualidade, com a valorização da tecnologia na cultura ocidental, pode-se falar de uma transformação tecnológica do corpo, na qual se funde o biológico e o tecnológico caracterizado pela figura do ciborgue. Ciborgue é um híbrido de máquina e organismo, constituindo em um borramento entre as fronteiras homem/máquina de modo que não fica claro onde termina o humano e começa a máquina e vice-versa, como por exemplo, pessoas com órgãos artificiais, membros biônicos e próteses implantadas (LIMA, 2007). Nesse sentido, algumas técnicas de cirurgia bariátrica utilizam próteses, como anel e o balão intragástrico, que são instaladas no corpo para possibilitar uma restrição mecânica na capacidade física do estômago e, conseqüentemente, menor ingestão de comida devido à saciedade, resultando na perda de peso. Assim, o indivíduo que se submete a cirurgia bariátrica pode ser considerado também um ciborgue.

Para Le Breton (2003), o corpo é um motivo de apresentação de si, um emblema de si, sendo, muitas vezes, alvo de classificação e de julgamentos por parte da sociedade contemporânea. Esses julgamentos, quando direcionados aos obesos, não são apenas relativos à aparência física, mas também carregam uma rede de significados atribuídos a eles, tais como: uma pessoa improdutivo, incapaz, preguiçosa, desleixada com o corpo, que come muito e possui uma vida sedentária.

As exigências feitas ao corpo, para que seja saudável, magro e jovem, demonstram que este possui quase a mesma importância e os cuidados antes concedidos à alma, de tal modo que “o corpo tende a ser considerado o lugar privilegiado da subjetividade de cada um” (SAN’TANNA, 2002, p. 102). Segundo Fontes (2007), essa supremacia do corpo, caracterizada pelo hedonismo e por uma corpolatria¹⁴ – idolatria à forma física do corpo – já estava prevista na ordem do sistema capitalista. No capitalismo, o corpo se tornou o lugar ideal para o investimento da economia de mercado e o principal objeto de consumo (COUTO, 2007). A indústria e os laboratórios farmacêuticos, o mercado de cosméticos, cirurgias estéticas, produtos *diets* inventam fórmulas e técnicas para promover o desenvolvimento pessoal, o bem-estar e a juventude eterna, ideais que sustentam esse mercado, configurando o corpo como objeto de consumo.

Essa lógica do consumo engendra o desenvolvimento de hábitos e de comportamentos, tais como: praticar atividades físicas, ter uma alimentação balanceada e saudável, mudar a aparência através de intervenções estéticas e cirúrgicas, bem como ficar atento aos sintomas e ameaças do corpo, procurando seguir rigorosamente as prescrições

¹⁴ Expressão usada por Codo e Senne (*O que é corpo(latria)?*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1995).

médicas (COUTO, 2007). Esses comportamentos denotam uma constante vigilância sob o corpo, em que cada indivíduo passa a ser responsável por geri-lo. Nesse viés, somos julgados como modelos a serem copiados ou evitados a depender da saúde e da aparência que possuímos, como afirma Couto (2007, p.53):

[...] as pessoas inseridas nessa modalidade última de culto ao corpo, comprometidas com as transformações e remodelagens, são socialmente aceitas, integradas e aclamadas como exemplos a serem copiados. De outro lado, as pouco comprometidas, não fortemente estimuladas e estressadas com as obrigações crescentes das mudanças são socialmente excluídas, menosprezadas, consideradas irresponsáveis e culpadas pelos seus supostos defeitos e deficiências corporais.

Assim, constroem-se bio-identidades dos indivíduos responsáveis e também dos desviantes, aqueles que não se vigiam nem se controlam, considerados estultos e inábeis de cuidar de si (ORTEGA, 2002). É nesse contexto que se encontra o obeso, considerado desviante da norma¹⁵.

Apesar dessa responsabilidade sobre o corpo atingir ambos os sexos, o principal alvo dessa vigilância são as mulheres, que sofrem pressões sociais para ter o corpo remodelado e, para isso, consomem produtos em nome da beleza e saúde, tais como: medicamentos, alimentos *light*, cosméticos, cirurgias plásticas e ginásticas. Mesmo as mulheres que se encontram com o peso dentro dos padrões sociais seguem com o receio de engordar, buscando fugir do estigma que a imagem gorda associa (FREITAS, 2002).

Essas cobranças e pressões sociais em relação ao corpo feminino são práticas que se modificaram ao longo da história, pois, como afirma Sant'anna (2000), o corpo não escapa a história. A respeito dessas mudanças, Del Priore (2000) afirma que, apesar das revoluções feministas, as mulheres continuam submissas, sendo regradas por prescrições para alcançar a perfeição física:

No início do século XXI, somos todas obrigadas a nos colocar a serviço de nossos próprios corpos. Isso é, sem dúvida, uma outra forma de subordinação. Subordinação, diga-se, pior do que a que se sofria antes, pois diferentemente do passado, quando quem mandava era o marido, hoje o algoz não tem rosto. É a mídia. São os cartazes da rua. O bombardeio de imagens na televisão (DEL PRIORE, 2000, p. 15).

A identidade do corpo feminino na atualidade corresponde à tríade beleza-saúde-juventude veiculada nas academias e na mídia (revistas, novelas, filmes, programas e publicidades televisivas). Esse corpo é objeto do poder, que circula e se exerce em rede, não

¹⁵ O conceito de norma será discutido no tópico 3.3 - *A norma como mecanismo disciplinar e de regulação da vida* desta dissertação.

sendo, portanto, aplicado a um indivíduo inerte, pois o próprio indivíduo é, ao mesmo tempo, um efeito do poder e seu centro de transmissão, visto que o poder passa por ele (FOUCAULT, 2008a). Esse exercício do poder será explicitado no tópico a seguir, no qual será discutido também o conceito de discurso.

2.2 – Corpo obeso: (trans)formações discursivas

Pode-se dizer que houve uma mudança, desde o período renascentista até a atualidade, na maneira de conceber a beleza relacionada ao corpo. Na renascença, o corpo gordo e rechonchudo era valorizado e exaltado, sendo este representado em obras de arte, como pinturas e esculturas, principalmente na figura de mulheres corpulentas, de quadris largos e colo farto, tal como afirma Del Priore (2000, p. 8):

O corpo devia ser “entre o magro e o gordo, carnudo e cheio de suco”, segundo um literato francês. A “construção”, como dizia-se então, tinha que ser de boa carnadura. A metáfora servia para descrever ombros e peito fortes, suportes para seios redondos, e costas em que não se visse um sinal de ossos.

No século XIX, a gordura razoável denotava riqueza, a aparência gorda dizia o quanto de alimento a pessoa consumia e, portanto, a parte que ela atribuía a si da distribuição da riqueza social. A gordura era associada à saúde, à prosperidade e à beleza, enquanto a magreza era a doença, o definhamento do corpo (FISCHLER, 1995).

Na atualidade, a sociedade ocidental concebe como belo o corpo magro e esbelto, sendo, portanto, a gordura rechaçada. Já no país africano denominado Maurîtânia, a gordura é valorizada, pois, para essa cultura, mulheres gordas preenchem o coração dos homens, isto é, quanto mais gorda a mulher for, maior o seu coração e o afeto dedicado ao esposo¹⁶. Então, nesse local, desde a infância, as crianças são estimuladas e, até mesmo, obrigadas a comer grande quantidade de comida para engordar e ter um corpo farto, carnudo.

Desse modo, a concepção de beleza física é uma construção social produzida numa cultura e em períodos históricos específicos. Não é um conhecimento pronto e um dado a *priori* e sim tecido nas redes discursivas engendradas pelo social. Nessa perspectiva, corroboramos com Lima (2008, p. 144) ao afirmar que: “O corpo não pode ser tratado como se fosse uma entidade originária passível de substancialização, naturalização. O corpo, sua

¹⁶ Informação colhida no programa ‘Obesidade: existe solução’ na série Tabu do canal de televisão National Geographic Channel. Esse programa foi veiculado no dia 19/01/2011 às 21:30h. A série Tabu enfoca diversos costumes que são tidos como ‘normais’ em certas sociedades e desprezados ou considerados ilegais em outras.

produção, deve ser situado no campo das forças em jogo num dado momento histórico que o determinam de uma forma e não de outras”. Assim, embasados no referencial teórico foucaultiano, interessa-nos questionar que corpo é necessário ao capitalismo atual e como somos subjetivados pelos discursos que nos atravessam.

O conceito de discurso em Foucault é de fundamental importância. No cerne de seus estudos, o autor recusa as representações e interpretações de uma essência ou sentido oculto por trás do discurso. Não há uma verdade a ser desvendada. Para o filósofo, é preciso tentar ficar no nível do próprio discurso, sendo necessário para isso empreender a tarefa de considerar os discursos não como conjuntos de signos e significantes que se referem a determinados conteúdos e sim como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT, 2008b). A respeito desse conceito, o autor afirma:

O que me interessa, no problema do discurso, é o fato de que alguém disse alguma coisa em um dado momento. Não é o sentido que eu busco evidenciar, mas a função que se pode atribuir uma vez que essa coisa foi dita naquele momento. Isto é o que eu chamo de acontecimento. Para mim, trata-se de considerar o discurso como uma série de acontecimentos, de estabelecer e descrever as relações que esses acontecimentos – que podemos chamar de acontecimentos discursivos - mantêm com outros acontecimentos que pertencem ao sistema econômico, ou ao campo político, ou às instituições (FOUCAULT, 2006, p. 255-256).

Assim, o projeto do filósofo francês é “descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos” com o objetivo de “saber de que maneira nossos corpos, nossas condutas do dia-a-dia, nossos comportamentos sexuais, nosso desejo, nossos discursos científicos e teóricos se ligam a muitos sistemas de poder que são, eles próprios, ligados entre si” (FOUCAULT, 2006, p.258-259). Nesse ensejo, objetiva-se, nesta pesquisa, dar visibilidade ao conjunto de enunciados que formam discursos sobre o sujeito obeso, às instituições que dele se encarregaram, mais especificamente o hospital, e aos modos como a ciência, principalmente a medicina, regulamentou-o e classificou-o. Nosso foco é investigar como os discursos sobre o corpo obeso atravessam o grupo terapêutico e ajudam a constituir o sujeito da cirurgia bariátrica. Nessa perspectiva, este estudo corrobora com a proposta Foucault (2006) de entender o discurso como um dispositivo estratégico de relações de poder.

No estudo dos discursos se faz importante abordar o trabalho de ‘arqueologia do saber’ realizado por Foucault, que, tal como nos explica Castro (2009, p. 177), é “uma análise das condições históricas de possibilidade (do *a priori* histórico) que fizeram que em um determinado momento somente determinados enunciados tenham sido efetivamente possíveis e não outros”.

Foucault (2008b) caracteriza o enunciado por quatro elementos: 1) relação com um domínio de objetos, isto é, o enunciado remete a um referencial constituído por regras que definem as condições de surgimento dos objetos; 2) um jogo de posições possíveis para um sujeito, que determina quem pode proferir o enunciado e a partir de que condições; 3) um elemento em um campo de coexistência com outros enunciados; e 4) uma materialidade constitutiva do próprio enunciado, suscetível de repetição e reprodução.

Relacionando essas características com nosso objeto de estudo, pode-se citar que o discurso da obesidade como doença estabelece-se no sistema de dispersão em que diversos enunciados o constitui, isto é, o obeso, como objeto do olhar médico, requer medidas de classificação do grau de obesidade, medicalização da patologia, cirurgia como forma de tratamento, dentre outras. Conforme dito na introdução desta dissertação, considera-se um corpo obeso aquele que corresponde ao Índice de Massa Corporal - IMC acima de 30 kg/m² e que possui comorbidades associadas.

Além disso, se um médico fala a partir de um lugar institucional – o hospital –, o que diz recebe estatuto de enunciado, pois só pode ser dito por quem ocupa certa posição – especialista – em determinada instituição. Isso caracteriza a função sujeito do enunciado.

A terceira característica do enunciado diz respeito à coexistência entre os enunciados, no qual para que este seja efetivo é necessário um campo adjacente que prescreva uma posição ao sujeito e que seja co-relacionado, integrado a outros enunciados (ARAÚJO, 2008). Assim, pode-se citar a coexistência entre os discursos *psi*, médico, jurídico, midiático, religioso, dentre outros, que atravessam e auxiliam a constituir, subjetivar o sujeito obeso, sujeito da cirurgia bariátrica.

O enunciado deve ter também uma materialidade decorrente de seu estatuto de objeto e pode ser repetido, reproduzido, pois, apesar de diferentes enunciações, o enunciado pode permanecer o mesmo (ARAÚJO, 2008). Assim, os enunciados desta pesquisa, a saber (o folheto da Unidade de Cirurgia Bariátrica (anexo 3), o livro da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Figura 3), as falas proferidas pelos médicos dirigidas aos pacientes nos corredores do hospital, as conversas no grupo terapêutico, dentre outros) compõem a materialidade da pesquisa. Apesar de serem enunciações distintas, o enunciado pouco se altera, visto que o conteúdo informativo, em geral, é o mesmo: prescrições de comportamentos em relação à alimentação e à busca de um estilo de vida saudável.

Desse modo, definir um enunciado é considerar essas especificidades e apreendê-lo como acontecimento que surge em um certo tempo e espaço (FISCHER, 2001a). O conjunto desses enunciados caracterizado pela regularidade de uma prática define o conceito

de formação discursiva. A pretensão de Foucault foi identificar como funcionam as práticas discursivas em certas configurações de saber, de certa época.

Essas práticas envolvem relações de saber e de poder que se implicam mutuamente, isto é, não há relação de poder sem constituição de saber, bem como todo saber constitui novas relações de poder. Essa reciprocidade faz eco na noção de positividade do poder, na qual o poder não é somente repressivo e sim “permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 2008a, p. 8).

A produção discursiva, segundo Foucault (1996b), é controlada, regulada, selecionada e organizada por procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos. Dentre os procedimentos de controle e delimitação do discurso, pode-se citar: a interdição, a segregação da loucura e a vontade de verdade.

A interdição se refere a não se ter o direito de falar tudo em qualquer circunstância, qualquer um não pode falar qualquer coisa, revelando, assim, o efeito de rarefação da dimensão discursiva, bem como a relação do discurso com o poder (FOUCAULT, 1996b).

Outra forma de exclusão refere-se à separação e à rejeição da loucura em oposição à razão por meio de instituições destinadas a falar sobre e pela loucura. O discurso do louco não tem importância ou é atribuído de estranhos poderes (FOUCAULT, 1996b). Em analogia ao louco, o obeso também está incluído em práticas divisórias marcadas pela razão e desrazão, saúde e doença, visto que é considerado aquele que não consegue racionalizar sua alimentação em relação à quantidade, à qualidade e à distribuição no tempo (seis refeições ao dia, em intervalos de três em três horas).

O terceiro sistema de exclusão é a vontade de verdade. Esta apóia-se em instituições, isto é, diversas práticas institucionais, como as científicas, médicas, pedagógicas, que valorizam, reconduzem e distribuem essa vontade de verdade. A respeito disso, pode-se citar a figura do especialista, autoridade que dá entrevistas, por exemplo, na mídia, respaldado no discurso científico para referendar uma “vontade de verdade” (MIRANDA, 2009). Desse modo, os discursos que produzem saber científico são tomados como verdadeiros e isso lhes confere poder, pois, conforme Araújo (2008, p. 235), “a partir do momento em que um saber usa o discurso de verdade, seu exercício implica exclusão, separação, interdito, enfim, poder”.

Foucault (1999) entende por verdade um conjunto de procedimentos regradados para a produção, a colocação em circulação e o funcionamento dos enunciados, bem como relaciona a verdade aos sistemas de poder que a produz e aos efeitos de poder que a induz. Segundo o autor:

Não há exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade. Isso é verdadeiro em toda sociedade, mas acho que na nossa, essa relação entre poder, direito e verdade se organiza de um modo muito particular (FOUCAULT, 1999, p.28-29).

Como exemplo desses efeitos de verdade, em nossa sociedade, pode-se citar a construção de medidas que avaliam e classificam corpos em territórios da saúde, tais como: magro (IMC abaixo de 20) e normal (IMC entre 20-25); e territórios de doença, como: sobrepeso (IMC entre 25-30), obesidade leve (IMC entre 30-35), obesidade moderada (IMC entre 35-40) e obesidade severa ou mórbida (IMC acima de 40).

Foucault, em seu livro *História da Sexualidade I - a vontade de saber* (2009a), afirma que o sexo opera como dispositivo que diz a verdade do sujeito – dispositivo da sexualidade. Há uma estimulação e incitação a se falar sobre sexo através da técnica da confissão, definida por Foucault (2009a, p. 70) como “um ritual de discurso em que o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado; é também um ritual que se desdobra em uma relação de poder”. Desse modo, o filósofo trabalha menos com a hipótese repressiva da sexualidade do que com o regime de discursividade em que se insere o sexo a partir do século XVII.

No Ocidente, a verdade do sexo aparece em um procedimento de saber-poder denominado *scientia sexualis*, uma prática discursiva, na qual a técnica da confissão foi difundida para além da penitência cristã, atingindo a pedagogia, a medicina, a psiquiatria, a psicologia, a psicanálise, entre outros. Assim, o sexo, que antes era inscrito numa pastoral católica através da confissão dos pecados da carne, dos desejos, da vontade, ingressa na esfera da ciência, que estimula e incita a confissão de si mesmo, tal como aponta Dreyfus e Rabinow (1995, p. 192):

A vontade de saber a verdade sobre nós mesmos, própria à nossa cultura, instiga-nos a falar a verdade; as confissões que se sucedem, confissões que fazemos aos outros e a nós mesmos, e esta colocação em discurso instauram um conjunto de relações de poder entre aqueles que afirmaram ser capazes de extrair a verdade destas confissões através da posse de chaves de interpretação.

A partir do século XVIII, com a confissão e o exame como tecnologias de si, as intervenções sobre o sujeito passam a ser terapêuticas (DREYFUS, 1995). A sexualidade passa a ser uma questão médica, como corrobora Foucault (2009a, p. 77):

A confissão ganhará sentido e se tornará necessária entre as intervenções médicas: exigida pelo médico, indispensável ao diagnóstico e eficaz, por si mesma, na cura. A verdade cura quando dita a tempo, quando dita a quem é devido e por quem é, ao mesmo tempo, seu detentor e responsável.

Na presente pesquisa, durante as reuniões mensais da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do hospital, a equipe técnica (médicos, psicólogos, nutricionistas) solicita e estimula os pacientes gastroplastizados a falar de si, confessar seus atos, comportamentos e hábitos alimentares antes e depois da cirurgia, dar o seu depoimento sobre a experiência da gastroplastia. É comum nos testemunhos o elogio e os benefícios decorrentes da cirurgia bariátrica:

“Eu tinha 194 kg. Faz 8 meses que eu fiz a cirurgia e estou com 122 kg hoje. Tomava remédio pra diabete, hipertensão, joelho porque eu não andava. Eu ficava no andar de cima de casa e minha mulher levava minha comida. Nem descer escada eu conseguia. Hoje eu estou caminhando na praia” (João).

Observa-se também que alguns relatos são expressivamente atravessados pelos discursos médicos acompanhados pelas prescrições desses profissionais. O discurso médico, como vontade de verdade e com status científico, atravessa os corpos, delimitando os hábitos que devem ser seguidos, não importando angústias, frustrações e também alegrias presentes nesse sujeito-corpo.

“É dito pelos médicos que a cirurgia não tem cura tanto como a obesidade. É um tratamento. É um tratamento pelo resto da vida. Tem um controle, mas a cura não tem. É comprovado cientificamente” (Silvana).

“Tem gente que pensa que fez essa cirurgia e nunca mais vai engordar. Tire isso da cabeça. Isso não existe não. Ah porque eu posso comer tudo! Pode comer tudo, mas dentro do limite. [...] Essa cirurgia não é garantia de ficar magro não. Ela ajuda. Você tem que fazer exercício físico. Tem que fazer academia. Se não tem dinheiro, bota um tênis e vai caminhar que é de graça, cuidado só pra não ser atropelado pelos carros” (Jorge).

Os depoimentos ou testemunhos dos pacientes são marcados pelo discurso de que a eficácia do tratamento depende do paciente seguir corretamente as prescrições médicas, sem tentar enganar ou burlar a equipe técnica, como se pode observar nas falas dos próprios pacientes:

“Faça tudo o que eles [médicos] mandarem, que você se dá bem” (Maria).

“É difícil, mas se você seguir a regra dá certo” (Sabino).

Essa prática do ato confessional se faz presente também na Internet, como blogs, sites de redes sociais, etc. No Orkut, na comunidade denominada Gastroplastia Fortaleza, há fóruns de discussões intitulados ‘Confessionário’, no qual os internautas revelam sobre si, confessam seus desejos, suas emoções, sua intimidade; expõem suas culpas, seus medos em relação à cirurgia, seus modos de ser e de viver.

Assim, a busca da verdade de si através da tecnologia da confissão está articulada com o modo de relação do sujeito consigo mesmo e com os outros. A produção de regimes de verdade funciona como estratégia de produção do sujeito, no caso desta pesquisa, sujeito da cirurgia bariátrica. No tópico seguinte, serão discutidos os processos de normalização nos mecanismos de poder disciplinar e de gestão da vida, tendo em vista que o poder se exerce no domínio da norma.

2.3 – A norma como mecanismo de disciplina e de regulação da vida

O exercício moderno do poder, segundo Foucault, é da ordem da normalização dos indivíduos e das populações. Desse modo, a noção de normalização compreende duas modalidades: a norma disciplinar aplicada aos corpos individuais e a norma regulamentadora aplicada à população como mecanismo de gestão da vida, isto é, o biopoder. Para o autor, nós somos todos submetidos à verdade, de modo que a verdade é a norma e esta é definida como:

[...] o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a norma. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar [...] A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação (FOUCAULT, 1999, p.301 -302).

A disciplina estabelece o controle permanente do corpo e decompõe indivíduos, gestos, tempo nos mínimos detalhes, para percebê-los e modificá-los. A norma disciplinar funciona como critério de modelo e demarca a diferenciação entre normal e anormal, sendo o normal quem é capaz de se adequar a essa norma e o anormal aquele que não é. Desse modo, a norma vem primeiro e, a partir dela, é estabelecida a identificação do normal e anormal. Por esse motivo, Foucault (2008c) chama de Norma e não Normalização o que ocorre com as técnicas disciplinares.

As práticas atuais em relação ao peso aproximam-se do exercício do poder disciplinar, de uma “anátomo política do corpo”, fabricando corpos cada vez mais exercitados e submissos. Como exemplo da norma disciplinar, pode-se citar a classificação dos corpos através de Índice de Massa Corporal. O IMC funciona como medida, norma que demarca, classifica os corpos como “normais”, com IMC entre 20 e 25kg/m², e “anormais” os corpos acima desse valor. Assim, o corpo obeso parece ser considerado como anormal, conforme se

pode observar no relato de uma paciente do grupo terapêutico quando se discutia sobre relacionamento amoroso heterossexual:

Berenice: — “Não entra essa idéia na minha cabeça de homem gostar de mulher gorda. Porque não é o normal. Pra mim, eu acho que uma mulher gorda não é o normal. Pra mim. Eu não me aceito gorda.”

Pesquisadora: — “E o que é o normal?”

Berenice: — “O normal é magra. Eu acho que o normal é magra que é bom em todos os aspectos.”

Além disso, em outro momento do grupo, em que se discutia a questão das campanhas de moda com modelos *plus size* nas passarelas, isto é, modelos gordas com manequins tamanho grande, uma paciente relatou:

Rejane: “Aquele ali não é nossa história. É a história de o país reconhecer que as medidas do comércio, de fora, do exterior, das passarelas não é a realidade do mundo, do dia-a-dia do povo, que vive, que trabalha, que é gente. Ninguém é daquele jeito. Ali é outra história. A nossa história aqui não é aquela. Aquelas ali [modelos plus size] são fora de medida padrão pra modelo. Nós somos fora de medida padrão para o pessoal normal. Nós somos obesos, é outra história. Não é nossa realidade”.

Na segunda modalidade de normalização, denominada de norma regulamentadora, há uma identificação do normal e do anormal, isto é, das diferentes curvas de normalidade, de modo que a operação de normalização consiste em distribuir essas curvas para que as mais desfavoráveis se aproximem das mais favoráveis. Assim, a identificação de normal vem primeiro e é, a partir dele, que a norma se estabelece e, portanto, trata-se de uma normalização e não de uma normação (FOUCAULT, 2008c).

Esse tipo de normalização se ocupa em estudar os fenômenos de epidemia e endemia, utilizando a estatística. Pode-se citar o estudo da taxa de incidência de obesidade em uma população. Há um coeficiente de obesidade considerado “normal” na população, e a distribuição de normalidades de níveis desviantes em relação à curva normal. Assim, segundo Foucault (2008c, p. 82), a técnica da normalização regulamentadora consiste “em procurar reduzir as normalidades mais desfavoráveis, mais desviantes em relação à curva normal, geral, reduzi-las a essa curva normal, geral”. Há uma pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil (2009) que indica um aumento significativo e crescente na incidência da obesidade na população brasileira, sendo 13% o percentual de obesos adultos, e que também relaciona o percentual de indivíduos com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

Os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos regulamentadores da população são articulados um com o outro. Foucault (1999) cita o caso da cidade operária, cujo mecanismo disciplinar de controle do corpo ocorre em cada família ser esquadrihada em uma localização específica: a casa, com cada indivíduo em seu quarto; e o mecanismo regulamentador é caracterizado pelos sistemas de seguro-saúde, as pressões da cidade pela escolarização das crianças e a higiene das famílias para garantir longevidade. Outro exemplo é a sexualidade, na qual há o controle disciplinar individualizante, a vigilância da masturbação, bem como o controle da sexualidade em termos de processos biológicos, dos efeitos de procriação da população. Assim, a sexualidade encontra-se no cruzamento entre disciplina aplicada ao corpo e regulamentação aplicada à população, constituindo-se objeto de um saber médico, que associa a sexualidade indisciplinada e devassa à doença. Desse modo, Foucault (1999, p. 301-302) afirma:

E vocês compreendem então, nessas condições, por que e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores.

A obesidade, sob o domínio do saber médico, também se encontra nessa encruzilhada entre mecanismo disciplinar e mecanismo de regulamentação, e é alvo de efeitos de poder, pois o corpo obeso tem de ser disciplinado e permanentemente vigiado em relação ao peso corporal, através de dietas com alimentos ‘saudáveis’ e exercícios físicos intensos para se adequar à norma (medida), bem como a população é regulamentada e gerida através de políticas públicas com práticas de combate à obesidade tanto na prevenção quanto promoção de saúde. Assim, interessa nesta pesquisa o cruzamento de ambas as normas (disciplinar e regulamentar) no campo de práticas e saberes sobre a obesidade, nas políticas que atravessam essa doença, produzindo efeitos de saber-poder e novas formas de governamentalidade.

A análise dos processos de normação e normalização, efetivada por meio dos mecanismos de segurança, envolve a produção de saberes e as ações sobre um grupo de indivíduos que constitui a população. Foucault (1999, p.292) compreende população como: “um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável”. O problema da população conduzirá ao problema da “arte de

governar” e, assim, fecha a tríade que Foucault diz ser necessária analisar: Segurança-população-governo. As noções de governo, governamentalidade e biopolítica serão discutidas no tópico a seguir.

2.4 – Governamentalidade e Biopolítica

A princípio, é válido ressaltar que, na perspectiva foucaultiana, governo não é sinônimo de Estado e sim significa “a maneira como se conduz a conduta dos homens” (FOUCAULT, 2008d, p. 258). Veiga-Neto (2002), em seus estudos sobre a noção de governo nas obras de Foucault, aponta uma diferença entre os termos governo e governo. Para o autor, governo é a instância governamental e administrativa, enquanto governo é a ação ou ato de governar. Assim, de acordo com o autor, é interessante denominar de práticas de governo e não práticas de governo, as ações, táticas e estratégias distribuídas microscopicamente pelo tecido social, pois como Foucault *apud* Duarte afirma (2009, p. 37): “as relações de poder encontram-se talvez entre as coisas mais escondidas no corpo social”.

A racionalidade política da arte de governar, a partir do século XVI, desenvolve uma série de aparelhos de governo, no qual o problema consiste em “como governar, com quais técnicas, graças à instalação de quais tipos de procedimentos, com quais instrumentos?” (FOUCAULT, 2006, p.274). Nessa perspectiva, a governamentalidade é o conjunto formado pelas instituições, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma complexa de poder, que tem como alvo principal a população; como mecanismo de saber a economia política; e como instrumento os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2006).

Nessa nova configuração de arte de governar, desloca-se de um poder soberano, cujo objeto de poder é o território e as pessoas que nele habitam, sendo a lei o instrumento principal, para o Estado moderno, no qual se governa o conjunto de homens, dirigindo suas condutas até uma finalidade ser alcançada, e utilizando como instrumento as táticas e estratégias (FOUCAULT, 2006). Assim, essa organização de poder sobre a vida denominada biopolítica é diferente da existente no poder soberano, que, no século XVI, tinha o direito de vida e de morte, isto é, fazer morrer e deixar viver, o direito de se apropriar e apreender os frutos da terra, corpos e também a vida dos súditos (FOUCAULT, 2009a).

A partir do século XVII, esse poder sobre a vida se exerceu de dois modos que não são antagônicos e sim se articulam: o primeiro é caracterizado pela tecnologia da disciplina, na qual o corpo é como máquina, adestrado, disciplinado, tornado útil e dócil –

denominado por Foucault de uma anátomo-política do corpo humano, conforme discutido no tópico anterior. O segundo modo se desenvolveu no século XVIII, caracterizado como um corpo-espécie, fundamentado na gestão da vida através dos controles reguladores da população, como: taxa de natalidade, mortalidade, longevidade, nível de saúde, etc – definido por Foucault como uma biopolítica da população (FOUCAULT, 2009a). Enquanto as disciplinas foram as técnicas políticas do corpo individual, a biopolítica se constitui como a técnica do governo das populações.

Assim, a máxima do direito de morte, que simbolizava o poder soberano, deslocou-se para o direito de fazer viver e deixar morrer caracterizado pelo biopoder, gestão calculista da vida da população. A produção de saberes, como a Demografia, Estatística e Medicina Sanitária, foram significativas para o exercício de estratégias de poder ao controlar as populações, gerir o corpo social e prever seus riscos (VEIGA-NETO, 2007).

Como controles reguladores da vida, pode-se citar as estatísticas de epidemiologia da obesidade, que é referenciada como um problema de saúde pública pelos discursos científicos, em especial, médico. Pesquisas encomendadas pelo Ministério da Saúde (2009), por exemplo, revelam: o percentual estatístico de pessoas obesas no país, diferenciando a proporção em homens e mulheres; os hábitos, comportamentos das pessoas obesas; a taxa de mortalidade e os riscos de doenças associadas à obesidade.

Esse “corpo doente”, algumas vezes, sofre intervenção cirúrgica e esta tem ocorrido mais em mulheres, como notícia o Jornal Folha de São Paulo Online (BASSETTE, 2009) ao apresentar que o número de cirurgias de redução do estômago é quase cinco vezes maior em mulheres do que em homens, sendo realizadas, em 2008, 2.639 operações nelas e 556 em homens. Não se trata de “desvendar” o por quê dessa cirurgia acontecer mais em mulheres do que em homens, mas sim apresentar que nessa e, em quase todas as pesquisas científicas, uma das primeiras informações coletadas é o sexo dos participantes. Assim, a sexualização dos corpos aparece como dado relevante na gestão da população e da produção do sujeito, como afirma Foucault ao discutir sobre o sexo:

... ele se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todos um micropoder sobre o corpo; mas também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente. O sexo é acesso, ao mesmo tempo, a vida do corpo e a vida da espécie (FOUCAULT, 2009a, p. 158-159).

Em analogia à metáfora do dispositivo da sexualidade apontada por Foucault (2009a) como dobradiça entre poder disciplinar e biopolítica, pode-se relacionar a centralidade que o corpo qualificado como belo, jovem e magro também ocupa em nossa cultura ocidental. Assim, o corpo obeso, objeto de estudo desta pesquisa, é alvo de investimento do poder disciplinar que incita a produção de um corpo ágil, útil, dócil e constantemente vigiado e disciplinado em relação ao peso, como no programa “Vigilantes do peso”, e também da biopolítica caracterizada pela gestão da vida da população através de políticas públicas com o objetivo de combater a obesidade, tais como: Programas de exercícios físicos para a comunidade, reformulação da merenda escolar para alimentação saudável ao invés de alimentos calóricos, dentre outros.

Além disso, a vontade de verdade, que, no final do século XVIII, tinha como foco privilegiado o sexo, atualmente, parece ser introduzida na alimentação, pois a comida se constitui como foco de atenção e de prazeres, mas também de medos, riscos e expectativas (SANT’ANNA, 2009). A referida autora argumenta que a inserção da vontade de verdade na seara da alimentação pode ser verificada através da busca e do interesse em conhecer os regimes e hábitos alimentares das celebridades para saber sobre seus desejos e subjetividade, bem como pelo aumento do número de cursos de graduação em gastronomia, o que revela o caráter científico da área.

Ortega (2002, p. 165) acrescenta que a comida vem ocupando um lugar central em relação às preocupações biopolíticas no lugar do sexo, pois: “O tabu que se colocava sobre a sexualidade descola-se agora para o açúcar e as gorduras. Os tabus passaram da cama para a mesa. O glutão sente-se com mais freqüência mais culpado que o adúltero”. A charge abaixo parece ser uma interessante ilustração da vontade de verdade relacionada ao corpo, ao peso corporal:



Figura 7

Sugere-se nessa imagem que a verdade do sujeito está no peso de seu corpo e, conseqüentemente, nos seus hábitos alimentares (quantidade e qualidade da alimentação). Tal hipótese parece ser ratificada nos enunciados veiculados em programas de TV ¹⁷ e em revistas de saúde e boa forma que possuem reportagens de emagrecimento e dietas cujo título são: ‘Você é o que você come’, ‘Só é gordo quem quer’ (diga-se implicitamente: ‘só é doente quem quer, quem é fraco de vontade’), responsabilizando o sujeito pela escolha entre ser magro ou gordo, conforme discute César (2009, p.273):

Agora, em grande medida a decisão entre ser magro ou gordo é uma decisão subjetiva e individual; todavia, se a decisão correta não for tomada todos serão punidos, pois a saúde se deteriora e os gastos com a saúde pública serão inúmeros, etc. Assim, a decisão individual que diz sobre o caráter, a força de vontade, a preguiça, a indolência e a incapacidade de resistir a uma comida repleta de gordura, diz também a verdade do sujeito, sobre o qual intervêm políticas públicas e enunciados mercadológicos diversos.

Essa configuração biopolítica é definida por Ortega (2002) como uma ascese contemporânea denominada bioascese, que auxilia na formação de bio-identidades ou biossocialidades¹⁸. Estas, por sua vez, constituem-se como uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos reunidos segundo critérios de saúde, longevidade, doenças específicas, juventude, sendo estes associados a valores de mérito e reconhecimento na avaliação individual, de tal modo que o corpo torna-se o lugar da moral (ORTEGA, 2002, 2003). Assim, a ênfase pela busca da saúde e do corpo perfeito acarreta na formação de bioidentidades que deslocam os modos de subjetivação (ascese) para a exterioridade somática. Trata-se de um sujeito que se autogoverna, autocontrola, autovigia em relação ao peso do corpo, de forma que a valorização da autonomia coloca no indivíduo a responsabilidade pela sua saúde e pelas escolhas de hábitos e estilos de vida, reduzindo a pressão exercida sobre o sistema público (ORTEGA, 2002, 2003).

Segundo Ramiro (2009), os hábitos ou estilos de vida são construções sócio-históricas e, por isso, o indivíduo não pode ser considerado o único responsável pela sua saúde, ao contrário do apregoado cotidianamente pelo discurso médico, psi ou midiático. Em nossa cultura ocidental, há um paradoxo, no qual, ao mesmo tempo em que se produz uma obsessão por estilos de vida saudáveis em busca de um corpo magro, também se oferecem alimentos engordativos e calóricos e se promove o sedentarismo. Outra ambivalência consiste

¹⁷ Um exemplo é o programa de TV intitulado *Você é o que você come*, exibido pelo canal pago GNT e apresentado pela nutricionista escocesa Gillian McKeith, que entra na casa e na vida de pessoas gordas, identifica os hábitos alimentares delas e pressiona-as a mudar a dieta para uma alimentação saudável.

¹⁸ Esse termo foi cunhado por Paul Rabinow em suas pesquisas sobre implicações políticas da nova genética.

em, simultaneamente, ter que nos sujeitar a práticas preventivas da obesidade e também sermos autônomos em relação a nossa saúde (RAMIRO, 2009).

Assim, enquanto a grande preocupação da biopolítica na modernidade era “fazer viver”, agora, na biopolítica contemporânea, a máxima é “fazer viver da melhor forma possível”, de modo que o governo se apóia em diversas tecnologias como discurso da promoção de saúde, a genética, dentre outros para atingir esse fim. Um exemplo extremo de exercício da biopolítica e governo da população foi uma medida adotada pela *Lincoln University* nos Estados Unidos, que anunciou a recusa da formatura de alunos obesos e instituiu o IMC como requisito para a colação de grau, obrigando os alunos com IMC acima de 30kg/m² a praticar Educação Física três horas por semana como forma de tentar controlar a epidemia da obesidade (FACULDADE, 2009).

Desse modo, sustenta-se neste trabalho a ideia de que vivemos numa era biopolítica, pois tanto o corpo do indivíduo como o corpo social da população é cooptado pela política. Rose (2001), em *The politics of life itself*, apresenta três novas modalidades de biopolítica: “política do risco”, “política molecular” e “ethopolítica”.

2.4.1 - Biopolítica como “política de risco”

As estratégias biopolíticas do início do século XX eram caracterizadas por práticas higienistas e eugenistas. Em termos gerais, o higienismo procurava maximizar a saúde da população através de saneamento e da atenção aos hábitos de higiene dos indivíduos com objetivo de garantir o exercício de práticas de boa higiene. A segunda estratégia biopolítica – a eugenia – consistia em maximizar a saúde da população através do controle da reprodução com o objetivo de evitar no futuro os possíveis encargos econômicos e sociais da doença e degeneração ao agir sobre as decisões reprodutivas dos indivíduos (ROSE, 2001).

A biopolítica do início do século XX, nas modalidades neo-higienista e eugênica, entendia que o problema da saúde da população, compreendida enquanto “massa” nacional, era de grande relevância política para os governos, para competirem com outras nações. Os governos tinham a obrigação de proteger a população contra as ameaças e exercer medidas políticas para potencializar a saúde da população (ROSE, 2001).

Segundo Rose (2001), a biopolítica contemporânea difere da do início do século XX, pois a racionalidade política atual não consiste em gerir a vida de cada indivíduo em nome do bem comum e do destino de todos. A ideia de um estado que gere todos os setores da

sociedade homogênea entra em crise, dando lugar a ideias de sociedades, “culturas” e isso repercute na nova configuração política de saúde. Programas de medicina preventiva, promoção de saúde, continuam com foco na saúde da nação, porém, a justificativa para esse interesse não é mais as lutas entre nações e sim questões morais e econômicas, como o custo da falta de saúde traduzido em perdas de dias de trabalho. O que importa são os indicadores de sucesso das avaliações das políticas do governo em relação à saúde da população. O Estado mantém algumas responsabilidades, como saneamento público, adição de flúor na água, etc e se distancia da obrigação de segurança do indivíduo em relação às doenças, promovendo a disseminação de seguros privados de saúde. Assim, a racionalidade política neoliberal consiste em estratégias em que cada indivíduo é um parceiro ativo na busca pela saúde, aceitando a responsabilidade pelo seu bem-estar.

A biopolítica atual consiste na “gestão de risco”, isto é, em um conjunto de estratégias para tratar, gerir e administrar os indivíduos ou grupos cujo risco à saúde é considerado alto como, por exemplo, a população obesa. O corpo obeso é configurado pelo risco¹⁹, tendo em vista as comorbidades associadas à obesidade (hipertensão, diabetes, dislipidemia, etc) que aumentam a probabilidade de morte.

De acordo com Rose (2001, p. 8), o conceito de risco “denota um conjunto de maneiras de pensar e agir que envolve cálculos no presente sobre futuros prováveis seguidos de intervenções no presente de modo a controlar aquele futuro potencial”. Um exemplo disso são as medidas adotadas pelos planos de saúde que consistem em solicitar aos usuários fazerem, periodicamente, exames de *check-up* geral no corpo, com o intuito de eliminar possíveis riscos no futuro por meio de medidas que os antecipam. Assim, estudos estatísticos são muito utilizados para prevenção e minimização dos riscos da saúde para a população.

2.4.2 - Biopolítica como “política molecular”

A segunda transformação da biopolítica, segundo Rose (2001), é a política molecular que diz respeito à linguagem da vida estar marcada nos genes, na estrutura molecular do DNA. A gestão e a maximização da vida tornaram-se trabalho não apenas dos indivíduos, mas da genética, dos médicos, dos cientistas, das empresas do ramo de biologia.

O Projeto Genoma decodificou os códigos e as sequências do DNA, o que irá possibilitar a identificação de genes defeituosos e riscos de doença. A medicina passa a prever

¹⁹ Essa discussão sobre obesidade e risco será discutida no capítulo seguinte, tópico 3.5.

e prevenir ao invés de apenas diagnosticar e tratar (LIMA, 2010). Isso já se manifesta no mercado de saúde através do congelamento de cordões umbilicais para preservação das células-tronco e assim tentar assegurar a saúde na probabilidade de risco de doença futura. Assim, a biopolítica é voltada para existência humana a nível molecular.

Lima (2010) aborda que, com o Projeto Genoma Humano, a vida passa a ser concebida como um sistema de informação molecular-digital. O autor traz a hipótese de uma passagem do corpo-máquina relacionado às tecnologias da robótica ao corpo-informação relacionado à medicina biomolecular, genômica, no qual o corpo virtualiza-se, desaparecendo ossos, músculos, órgãos, dissolvendo em informações digitais (LIMA, 2010).

No campo da obesidade, vários são os estudos que se dedicam a encontrar um gene responsável pelo excesso de peso, como, por exemplo, na reportagem abaixo:

Seis novas variantes genéticas estão associadas com o aumento do Índice de Massa Corporal, a medida de obesidade mais utilizada no mundo todo [...] Cinco desses genes estão ativos no cérebro, sugerindo que os processos que levam à obesidade podem afetar o comportamento, em vez de afetar os processos químicos que fazem o metabolismo da gordura e que fornecem energia para o corpo. “É extraordinário que estejam no cérebro as variações genéticas mais influenciadas na obesidade, em vez de nos tecidos adiposos ou nos processos digestivos. Até 2007, não havia sido descoberta nenhuma associação genética da ‘obesidade comum’, mas hoje quase todos esses genes que nós descobrimos parecem influenciar as funções cerebrais”, disse a Dra. Inês Barroso, uma das autoras da pesquisa, que foi publicada na revista *Nature Genetics* (DIÁRIO DA SAÚDE, 2008, p. 1).

Por último, Rose (2001) indica que a biopolítica vem sendo transformada no que ele denominou “ethopolítica”, que será explicitada a seguir.

2.4.3 - Biopolítica como “Ethopolítica”

Rose (2001) afirma que houve uma mudança no aparelho político da saúde liberal: antes, a tese da biopolítica era separar aqueles que calculavam e exerciam poder daqueles que eram os súditos e cuja existência biológica era moldada para o benefício de cada um e de todos; agora, o próprio povo passou a se preocupar com o seu bem-estar. A ideia de saúde foi reformulada, e assim compreendida não mais como prevenção de doença ou da morte prematura e sim uma espécie de bem-estar, de beleza, de sucesso, de felicidade.

A biopolítica passa a uma vertente “ethopolítica”, caracterizada pelo “ethos” (sentimentos, crenças, moral, etc), que fornece a auto-governança do indivíduo autônomo conectada com os imperativos do bom governo. Assim, a “ethopolítica” é a própria vida e como ela é vivida no seu cotidiano, de modo que está em jogo a preocupação do indivíduo consigo e o modo como cada ser humano julga a si mesmo e age sobre si mesmo para se

tornar melhor do que é. Discute-se o valor atribuído à própria vida: “qualidade de vida”, “estilo de vida saudável”, “direito de escolha”, etc. Essa preocupação ethopolítica é refletida em termos de identidade biológica voltada para a auto-realização, o empreendedorismo (ROSE, 2001).

A respeito do empreendedorismo, Foucault (2008d) afirma que, na passagem do liberalismo para o neoliberalismo, houve uma transformação de tecnologia de poder que é o surgimento do *Homoeconomicus*, no qual o homem é empreendedor de si mesmo, ele próprio é seu capital – capital humano – sua fonte de renda. Desse modo, Foucault indica (2008d) que vivemos numa sociedade empresarial, no qual o indivíduo é a própria empresa, firma.

Com o capital humano, fatores cognitivos e físicos são valorizados e assim, a decodificação de fatores genéticos vai possibilitar a identificação de genes defeituosos, riscos de doença, etc. A saúde é compreendida como um capital que os indivíduos devem administrar, escolhendo hábitos de vida, o que consumir em termos de alimentação e medindo os riscos que podem decorrer.

Deleuze (1992) já chamara atenção para esse processo de mudança de dispositivos de controle do corpo na atualidade. O capitalismo, agora voltado cada vez mais para o consumo, necessita menos de corpos docilizados, como no poder disciplinar, do que daqueles flexíveis, prontos para deslizar nos fluxos do mercado. Diz o filósofo: “O Homem da disciplina era um produtor descontínuo de energia, mas o homem do controle é antes ondulatório, funcionando em órbita, num feixe contínuo” (p.223). Do controle intramuros das escolas, fábricas e hospitais, que moldava em um só movimento o indivíduo e a massa, estudado por Foucault em *Vigiar e Punir* (2009b), passamos ao controle que funciona por modulação, isto é, uma moldagem que pode ser transformada continuamente, tornando indivíduos divisíveis em cifras, senhas, banco de dados, genes (bons equipamentos genéticos como capital humano) cujo modelo é a empresa e a síntese lógica é a articulação da economia e biologia através da biopolítica.

Diante do exposto e discutido nesse tópico, pode-se afirmar que os conceitos de governamentalidade e biopolítica são ferramentas para compreender como as políticas públicas em saúde ajudam a produzir o sujeito obeso, sujeito da cirurgia bariátrica. Essas noções apontam para a preocupação com a vida das pessoas, tornando-as alvo de investimento de práticas do governo. Na arena desta pesquisa, a produção de um sujeito da cirurgia bariátrica se dá por meio de estratégias de governamentalidade que se apóiam em diferentes tecnologias, como: os discursos da promoção de saúde por meio de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e os discursos de prevenção e controle de distúrbios nutricionais

como a obesidade, conforme propõe a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN²⁰.

No próximo capítulo, iremos apresentar as cenas que ocorreram no grupo terapêutico do hospital, relacionando a cirurgia bariátrica como estratégia biopolítica e a noção de risco associada à morbidade da obesidade.

²⁰ Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, publicada no D.O.U. de 11 de junho de 1999, página 14, seção I. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/politica.php>. Acessado em: 21 de fev. de 2011

3 – ENCENANDO O ATO: A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO UMA ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA

HINO DA GASTROPLASTIA

*Ouviram o balançar das peles flácidas
De um povo magro e o brado horripilante,
E o sol da Liberdade, em praias públicas,
Brilhou a cicatriz de um palmo grande*

*Se o Senhor tem piedade
Conseguimos operar com mente forte
E o Seio, que humildade
Desafio quem agora é um poste*

*Ó maca amada
reforçada
Salve! Salve!*

*Barriga, um sonho tenso foi vivido
De dor e sem esperança não emagrece
Se agora és risonho e nada tímido,
A imagem de uma bola já esquece*

*Gigante pela própria natureza
Agora és belo, impávido e formoso.
E o teu futuro espelha essa grandeza.
Capella Amada,*

*Entre outras mil,
És tu por certo
A Mais usada !*

*Dos filhos deste solo
És mãe gentil
Vida nova ex Barril!!*

Figura 8

Essa paródia de culto à cirurgia bariátrica ou gastroplastia parece ser uma interessante ilustração para esse capítulo, que trata das conversas durante o acompanhamento do grupo terapêutico com pacientes do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica do hospital, lócus desta pesquisa. Digo isto, pois esta pesquisa acontece no espaço – Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – onde circulam discursos que têm como foco privilegiado a cirurgia bariátrica, e, portanto, esta é valorizada e cultuada. Porém, é válido ressaltar que a presente investigação não tem como objetivo fazer culto à cirurgia bariátrica nem desvalorizá-la ou sequer fazer apologia à gordura nem rechaçá-la. Este estudo se configura como um olhar, dentre tantos outros possíveis, a partir de uma lente que não se propõe a polarizar a obesidade, numa perspectiva moral, em boa ou ruim, certa ou errada, e sim visibilizar como os discursos

sobre corpo obeso atravessam o grupo terapêutico e ajudam a constituir sujeitos da cirurgia bariátrica.

Assim, baseados na perspectiva do teatro, serão apresentadas, neste capítulo, as cenas mais relevantes no decorrer do grupo terapêutico agrupadas em ato, pois a peça de teatro divide-se em atos e cenas, de modo que “os Atos se constituem de uma série de cenas interligadas por uma subdivisão temática” (COBRA, 2006, p. 1). Esta pesquisa é encenada em único ato, no qual será discutida a noção da cirurgia bariátrica como uma estratégia biopolítica.

3.1 – Cena 1: A cadeira

No primeiro encontro do grupo terapêutico, aconteceu um fato, logo na entrada e na acomodação dos pacientes na sala, que chamou atenção. Uma paciente chamada Cristina adentrou a sala e sentou-se numa cadeira de plástico. A psicóloga advertiu-a a sentar na cadeira de madeira alegando que, apesar de operada, Cristina estava engordando novamente e, portanto, a cadeira de plástico não iria aguentar o peso da paciente. A profissional salientou que a paciente tinha que reconhecer e aceitar a condição de ganho de peso na qual se encontrava e, assim, depois de certo constrangimento perante o grupo, Cristina obedeceu e sentou na cadeira de madeira.

O encontro iniciou com a psicóloga perguntando, de um modo geral, como os pacientes estavam se sentindo, deixando o grupo à vontade para quem quisesse falar. Cristina pediu a palavra e respondeu que estava bem, pois não come mais por impulso e sim pensa antes de comer. A mesma contou sua história de vida e sua dificuldade em emagrecer desde criança. Passado algum tempo, entrou na sala uma paciente obesa que ainda não tinha se submetido a cirurgia e não havia mais cadeira de madeira disponível, existindo somente as cadeiras de plástico. Então, Cristina cedeu seu lugar para a paciente e foi sentar na cadeira de plástico. Ainda assim, a psicóloga solicitou que Cristina, antes de sentar, empilhasse duas cadeiras de plástico para ficar mais resistente ao peso.

Nessa cena, infere-se que as cadeiras de madeira e ferro, por serem consideradas mais resistentes, são destinadas para os obesos que ainda não fizeram a cirurgia, enquanto que as de plástico, mais frágeis, são destinadas para as pessoas que estão com o peso um pouco mais controlado. Assim, sentar na cadeira de plástico está associado ao sucesso no controle do

peso corporal, o que não parece ser uma tarefa fácil, segundo a afirmação de uma participante do grupo:

“Aquele um ano [depois da cirurgia] que você está perdendo peso, tá muito bom, mas o segundo ano que você já não perde nada! Você já tem que começar a manter [...] Manter é o mais difícil. Perder é fácil. Você vai fazer uma dieta, você perde peso, mas manter não mantém. É muito difícil, muito mesmo” (Laura).

O controle do peso corporal pode ser considerado um exercício disciplinar, tendo em vista a definição de disciplina como “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT 2009b, p. 133). O poder disciplinar utiliza dois dispositivos: a arte da distribuição no espaço e o controle das atividades. A disciplina distribui os indivíduos através da inserção de corpos num espaço fechado, classificatório, hierarquizado, colocando uma cerca, que não é constante, indispensável nem suficiente, mas delimita um lugar diferente de todos os outros (FOUCAULT, 2009b).

Como aperfeiçoamento dessa técnica, surge o princípio da localização imediata ou do quadriculamento, caracterizado por cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo, como pode ser exemplificado no episódio da cadeira relatado acima: cada corpo (obeso) no seu lugar (cadeira de madeira mais resistente) e em cada lugar um corpo. Outro exemplo são os assentos para pessoas obesas com IMC acima de 40 kg/m² assegurados pela lei estadual nº 12.225/06 do estado de São Paulo, que estabelece a obrigatoriedade da disponibilidade de assentos para pessoas obesas nos transportes públicos, conforme se observa na fotografia abaixo tirada na plataforma de uma estação de metrô:



Figura 9

Essa problematização remete a Foucault (2009b), para o qual, os lugares determinados para esse corpo qualificado como obeso são definidos para criar um espaço útil, saber onde e como encontrar os indivíduos para vigiar o comportamento de cada um. Assim, a

disciplina caracteriza-se pela individualização do espaço, isto é, insere corpos em um espaço individualizado, classificatório (FOUCAULT, 2008a).

3.2 - Cena 2: Dificuldades na rotina do hospital

No decorrer do primeiro encontro, a psicóloga foi chamada pela enfermeira para atender uma paciente com urgência na sala de cirurgia da unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e, por isso, ela precisou se ausentar. Após a saída da psicóloga, o grupo seguiu e relatou as insatisfações em relação à demora na fila de espera pra ingressar no programa de cirurgia bariátrica e fazer a primeira consulta com a equipe médica do hospital. Eles me explicaram, passo-a-passo, como funciona o processo de inserção do paciente da rede de saúde, afirmando que este se inicia no posto de saúde, onde o paciente é atendido e recebe o diagnóstico de obesidade, sendo, muitas vezes, esta classificada como mórbida. Penso em como deve ser difícil para o paciente receber essa marca e estigma de uma doença mórbida, isto é, sinônimo de morte, e, após ser inserido nessa rede de um diagnóstico mórbido, ainda ter que aguardar um longo tempo até que o sistema de saúde público promova os cuidados necessários a ele.

De acordo com a explicação do grupo, o paciente já sai do posto de saúde com uma data agendada para a primeira consulta na Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do hospital de referência nessa cirurgia do Estado do Ceará, porém, devido à extensa fila de espera, há casos de pacientes que morrem aguardando na fila em consequência das comorbidades associadas à obesidade e outros que desistem do tratamento. Além da demora para ingressar no programa, foram apontadas também as dificuldades existentes no próprio hospital, como, por exemplo, a marcação de exames, conforme se observa no seguinte relato de uma paciente:

“Se dependesse da equipe de falar, por exemplo, que quem vem do interior tem prioridade, quem tem diabete tem prioridade, tem facilidade de exames. Não é fácil marcar os exames. É difícil e você não faz só uma vez. Eu tenho uma porção de exames de todo esse tempo. Quando chega aos médicos, os exames já estão todos vencidos. Diabético precisa ter prioridade. Precisa ter alguém que fale pelos diabéticos porque não é fácil você sair da sua cidade e vir pra cá. Você é obrigado a tomar coisas com açúcar, você treme, você sua, você passa mal e ninguém se liga nisso não. Eu vou falar uma coisa que eu não sei se é, mas eu vou falar e não vou abrir mão: ‘Vaidade da própria equipe’. Vamos dar prioridade a esses que já fizeram todos os exames! Devia ser assim, mas não é não. O negócio é difícil”. (Estela)

A queixa dessa paciente fez coro nos demais do grupo, visto que a maioria se manifestou em relação à dificuldade de marcar os exames solicitados pelo médico para a

operação. Eles reclamaram também que, devido à demora na marcação, muitos dos exames já feitos se venciam, sendo necessário refazê-los. Os pacientes atribuem o vencimento dos exames à fila de espera que é muito grande e também à carência de infra-estrutura adequada, pois falta material e as máquinas dos exames estão quebradas.

Essas reclamações seguiram durante todo o encontro mesmo após o retorno da psicóloga. Esta os orientou a procurar a ouvidoria do hospital, mas adiantou que essa questão da marcação de exames não seria resolvida, pois era da ordem do sistema público de saúde como um todo e não dependia da equipe técnica. Assim, tornam-se evidentes questões políticas que atravessam o cotidiano de uma instituição pública de saúde, tais como: Quem tem prioridade de atendimento? Quem tem prioridade de cirurgia? Quem tem o poder de decisão sobre a vida? Quais vidas merecem ser geridas?

Essas questões engendradas em relações de saber-poder auxiliam na produção de sujeitos pacientes de um serviço de atendimento hospitalar, pois, como afirma Medeiros e cols (2005), práticas discursivas como as práticas psicológicas – e certamente não apenas estas – produzem formas de subjetivação na contemporaneidade. O conceito de modos de subjetivação empreendido nesse estudo é fundamentado em Foucault e diz respeito ao modo como nos subjetivamos, como nos tornamos sujeito de determinadas verdades.

As práticas psicológicas tradicionais supõem a existência de uma essência, uma interioridade do sujeito. Ancorada no paradigma positivista e no modelo das ciências naturais, a psicologia se sustentou numa concepção de ciência baseada em elaboração de hipóteses, experimentações, objetividade, neutralidade que auxiliaram para a noção de essência psicológica (HÜNING & GUARESCHI, 2005). Assim, a psicologia pretende desvelar esse sujeito por meio de tecnologias que materializam essa interioridade, tais como: testes; avaliações psicológicas; e exercícios comportamentais, como falar de si privadamente ou em grupo, atentar para as suas próprias condutas, controlar os excessos, responsabilizar-se por seus atos, dentre outras (MEDEIROS e cols, 2005).

Essas tecnologias são utilizadas no grupo terapêutico do hospital, no qual os pacientes são incentivados a falar de si, dos seus sentimentos, emoções e pensamentos, ou seja, a externalizar essa “interioridade”, tornando-a, assim, passível de controle e governo. Consoante a isso, Rose (1988) afirma que os pensamentos, ações e sentimentos não são pertencentes ao eu privado e sim são socialmente administrados e organizados nos mínimos detalhes.

A administração do eu se manifesta na articulação das capacidades subjetivas dos indivíduos aos objetivos políticos de governo, o qual promove políticas para regular as

capacidades pessoais e as condutas dos indivíduos (ROSE, 1988). A capacidade subjetiva do indivíduo entra na prática de governo quando, por exemplo, define-se a obesidade como um problema de saúde, relacionando-a a conflitos emocionais, tensões psíquicas e distúrbios de ansiedade que se expressam e manifestam no ato de comer (o indivíduo “desconta” a ansiedade na comida e come em grande quantidade, o que favorece ao ganho de peso) e, assim, práticas discursivas de governo, de condução de condutas, como as práticas psicológicas, focam na determinação e força de vontade do indivíduo para emagrecer, mudar os hábitos alimentares e o estilo de vida. A respeito disso, podemos citar o seguinte relato da psicóloga do hospital durante o grupo terapêutico:

“Os problemas emocionais trazem consequências também diante da obesidade, do emagrecer muito ou do não emagrecer. E vocês têm que estar sempre trabalhando esse conteúdo emocional. [...] Vocês que estão no pré-operatório precisam acreditar na importância dessa cirurgia, mas que depende muito de transformar o interior de vocês. [...] E quando eu começo a transformar o meu interior, eu posso lutar com mais consciência [...] Tem que ter determinação interna também” (sic).

Desse modo, o discurso da psicologia promove a noção de que acessar o “eu interior” é uma forma de produção de saúde, pois é esse “eu interior” que se encontra incompleto, incapaz, necessitando de transformação (MEDEIROS e cols., 2005). Articular a Psicologia com o pensamento foucaultiano é distanciar da concepção de um núcleo, essência do sujeito e situar a discussão no campo das condições de possibilidade de emergência de discursos psicológicos que produzem sujeitos e modos de viver, tal como aponta Hüning & Guareschi (2005, p.123):

Outro importante efeito dessa articulação é um descentramento da unidade-sujeito para a rede discursiva onde este é produzido, ou seja, desloca-se o olhar do comportamento e da internalidade do sujeito para as práticas culturais nas quais ele é produzido. Isso exige uma mudança também por parte dos “especialistas” na forma como se propõem a compreender tal sujeito, deslocando a busca pelo desvelamento de uma verdade interior para a análise dos efeitos de verdade dos discursos, sobre como as práticas que o cercam o produzem como sujeito de um determinado tipo (HÜNING & GUARESCHI, 2005, p.123).

Assim, em aproximação ao pensamento foucaultiano, interrogam-se quais os modos de governo, os campos de saber-poder que operam e circulam nesse grupo terapêutico, produzindo sujeitos obesos, sujeitos da cirurgia bariátrica. Questiona-se como a psicologia pode ajudar a promover um afastamento do campo subjetivo, circunscrito a uma interioridade, para dar visibilidade a questões políticas, sociais e econômicas – que atravessam os corpos e produzem sujeitos. Porém, estes assuntos não são discutidos no grupo terapêutico, visto que, quando os pacientes trazem à tona questionamentos, queixas e

resistências sobre as dificuldades na rotina do hospital, a psicóloga afirma ser uma fuga, uma forma deles não quererem olhar para si:

Menina, não sei não (risos). Essa turma! Eles [os pacientes] não querem entrar no conteúdo interno. Aí fica falando, por que isso?, por que aquilo? Acho que você [referindo-se à pesquisadora] já viu o doutor [nome do médico] falando, na reunião geral, que não é pra gente resolver isso [referindo-se às queixas dos pacientes sobre o sistema de saúde]. É uma fuga (Psicóloga).

Assim, historicamente a prática discursiva *psi* presente no grupo terapêutico é muito voltada para a busca da verdade no interior do indivíduo, o resgate de comportamentos aprendidos na infância em relação à alimentação para ressignificá-los na vida adulta:

Só depois da cirurgia, o que eu percebo, é que vocês vão imaginar [...] pensar quando eu era com tal idade eu também fiz isso. Isso é importante pro emocional, isso é importante eu resgatar lá atrás. Como é que foi a minha infância em relação a minha alimentação, a própria amamentação: se eu fui amamentada, como era essa relação da minha mãe, a minha gravidez. Quem tem essa oportunidade de saber é importante porque eu vou relacionando e com 2 anos, 3 anos, 5 anos e 10 anos, como é que era? O que foi gerando cada vez mais as perdas que eu tive, as frustrações que eu tive enquanto criança? (Psicóloga)

Esse exercício de refletir sobre o passado para buscar ‘origens’ desses hábitos e comportamentos alimentares são práticas prescritas constantemente no grupo bem como também há outras prescrições, como podemos observar na próxima cena.

3.3 - Cena 3: “Comer de três em três horas”

Segunda-feira, 13 de julho de 2010, 2º encontro do grupo. O grupo iniciou com o comentário da psicóloga sobre um caso de um paciente que fez o ritual de despedida, isto é, ingeriu pela última vez uma grande quantidade de comida antes da cirurgia bariátrica, e não pode ser operado, pois o estômago estava cheio. Numa postura normativo-prescritiva, a psicóloga disse que isso não podia e que se deve fazer uma alimentação leve antes da cirurgia. E acrescentou: “Isso aconteceu recentemente e essa pessoa voltou. Vocês preferem voltar da sala de cirurgia ou preferem arriscar²¹ a vida?”

Ainda no âmbito prescritivo, esse encontro e o seguinte foram atravessados pelo discurso científico de que é importante comer de três em três horas para ser saudável. Outras vozes, como o do profissional *psi*, também respaldam esse discurso médico-científico ao afirmar: “A ciência diz que tem que comer de três em três horas”.

Alguns pacientes reproduzem esse discurso, uma vez que são subjetivados por estes e não somente estes discursos. Porém, na contramão dessa prescrição, surgem

²¹ A noção de risco será melhor discutida no último capítulo.

resistências, manifestações da dificuldade em mudar os hábitos alimentares. Pode-se situar essas dificuldades nas seguintes falas dos pacientes, em que, na medida em que eram relatadas, produziam ecos e reverberações nos demais do grupo:

“A mudança alimentar é muito difícil, muito mesmo” (Maura).

“Eu não fui acostumada a comer de três em três horas. Eu não consigo. Até hoje, eu não consigo” (Berenice)

“Eu fui criado quando criança a só comer três vezes por dia. Merendava, almoçava e jantava [...] Nós merendávamos de manhã: leite com café, pão de milho, tapioca, ovos cozinhados. Tinha cinco litros de leite em cima da mesa e uma bacia de farinha d’água com rapadura para os trabalhadores lá de casa. A gente comia tudo o que tivesse na mesa. [...] Almoçava e, quando era 19h, jantava. A gente jantava como gente grande. Quando eu vim pro doutor [citou o nome do médico], ele perguntou quantas vezes eu me alimentava e eu disse três vezes. Ele disse: ‘Tá errado’. [...] Eu vim me acostumar a comer seis vezes ao dia agora que eu comecei a fazer a dieta”. (Luís)

Essas prescrições de realizar seis refeições diárias, de comer em intervalos de três em três horas e também de mastigar várias vezes antes de ingerir o alimento são práticas do exercício disciplinar sobre o corpo, principalmente, no que concerne ao controle da atividade, pois “a disciplina exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento” (FOUCAULT, 2008a, p. 106). Assim, o controle disciplinar ocorre sobre o desenrolar da ação, ou seja, sobre o modo como a conduta alimentar é realizada, sobre como a mastigação dos pacientes operados é feita. Além disso, Foucault (2009b, p. 145) afirma que o tempo disciplinar deve ser integralmente útil, sem dispersão, impureza ou defeitos, no qual “[...] durante todo o seu transcurso o corpo deve ficar aplicado a seu exercício”. Nesse sentido, a dedicação e a atenção à atividade são fundamentais.

O controle da atividade visa uma decomposição dos gestos, dos movimentos ajustados ao tempo, ou seja, um esquema anátomo-cronológico do comportamento, no qual “O tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder” (FOUCAULT, 2009b, p. 146). Desse modo, o comportamento de se alimentar é decomposto em intervalos de tempo (três em três horas) de modo a exercer a disciplina sobre esse corpo que implica também numa vigilância perpétua e constante dos indivíduos em relação ao peso, conforme se pode observar nos seguintes relatos:

“Você tem que ter a consciência de que a cirurgia bariátrica é uma ferramenta. No segundo ano [após a cirurgia], se você não tiver um policial que é você mesmo, você vai ser o que você era antes”. (Maura)

“Só foi apenas três quilos, mas eu não posso [engordar]. Eu fico sempre atenta. (Laura)

A disciplina também implica um registro, um poder contínuo atuando sobre o indivíduo de modo que nenhum detalhe escape (FOUCAULT, 2008a). Esse registro é incentivado pelo discurso *psi* que solicita aos pacientes anotarem num papel os alimentos ingeridos diariamente e mostrar para a nutricionista do hospital para, assim, ter um controle disciplinar sobre o comportamento alimentar.

Outra prescrição do discurso psicológico bastante presente no grupo é a do paciente se olhar no espelho, conhecer-se, cuidar-se, prestar atenção em si mesmo, refletir cotidianamente sobre os próprios hábitos, saber discernir o que é certo e o que é errado no que diz respeito à alimentação, como por exemplo, controlar-se para não descontar na comida os sentimentos de ansiedade ou raiva. Esses aspectos estão relacionados ao cuidado ou práticas de si, que possuem como estratégias as ‘tecnologias do eu’. Estas permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta, obtendo uma transformação de si mesmo, com o objetivo de alcançar certo estado de felicidade e sabedoria (FOUCAULT, 1990).

Essa tecnologia do eu não se trata daquela outrora realizada pelos gregos na filosofia antiga, em que o ‘cuidado de si’ era um princípio moral da arte da vida e possuía fins de investimento político, mas sim diz respeito a um forte controle social em relação ao cuidado com o corpo, por meio do incentivo de hábitos e práticas cotidianas de exercícios físicos e alimentação para torná-lo jovem, saudável e belo.

Assim, as tecnologias do eu contribuem para a produção do sujeito na atualidade ao funcionar como dispositivo de governamentalidade, em que há o governo de si por si mesmo na sua articulação com as relações com os outros. Os exercícios de produção do sujeito são marcados por discursos científicos, que sustentam políticas públicas de saúde, ocupando lugar de “verdade”. Desse modo, o modelo de saúde proposto pelos saberes biomédicos acaba sendo referência para os cuidados de si, como nos afirma Foucault (2007, p. 106):

A medicina não era, a esse título, simplesmente concebida como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregaria remédios e operações. Ela também devia, sob a forma de um *corpus* de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividades e com o meio. A medicina teria a propor, sob a forma de um regime, uma estrutura voluntária e racional de conduta.

Desse modo, a medicina é um saber e também produz um exercício de poder, conduz ações, condutas. A epidemiologia de fatores de risco de doenças convida o indivíduo a cuidar de si mesmo sem estar doente ou sentindo dor, num caráter de prevenção. Alimentação excessiva e sedentarismo, por exemplo, são fatores de risco à obesidade e assim, a medicina

propõe ao sujeito um controle dos prazeres do corpo em relação à comida e à bebida permitida desde que sejam consumidas com moderação, articulando isso a um futuro saudável (VAZ, 2006).

A psicologia também se configura como um saber que possui estratégias de conduzir comportamentos, de prescrever condutas e, assim, forjar modos de viver, como pode ser observado nas cenas já descritas. Isso fica mais claro ainda num episódio que ocorreu no grupo terapêutico, no qual um paciente disse que a psicóloga dava “carões” sutis no grupo e outra paciente complementou, fazendo alusão a um trecho de uma música²²: “Ela [psicóloga] tem, tem um jeito de mandar e eu aprendi um jeito de obedecer”.

3.4 - Cena 4: A cirurgia bariátrica como tecnologia política de controle da população.

Terça-feira, 20 de julho de 2010, 3º encontro do grupo. Durante o encontro, questionei ao grupo se a cirurgia bariátrica era mesmo necessária, tendo em vista que alguns pacientes comentaram que tinham emagrecido antes da cirurgia com a mudança no hábito alimentar. De um modo geral, os pacientes disseram que sim, pois a cirurgia possibilita uma grande perda de peso, além dos benefícios de voltar a andar, melhorar as dores nos joelhos e até mesmo realizar mais facilmente atividades cotidianas, como fazer a higiene pessoal diária e calçar sapatos.

Acrescentei outra pergunta: se antes de ir ao médico, o paciente já pensava em fazer a cirurgia bariátrica. Uma paciente respondeu que não, porém tinha sido aconselhada pelo médico a fazer o procedimento cirúrgico devido à diabetes, comorbidade associada à obesidade. Outra disse que, antes de se operar, fez uma pesquisa sobre os médicos que faziam essa cirurgia e comentou que, atualmente, a obesidade é um assunto em voga na mídia televisiva. A mesma paciente pontuou: “Eles querem fazer uma prevenção. Eles vão gastar muito mais com a cirurgia bariátrica do que se conscientizasse o obeso, a pessoa pra não chegar na obesidade”. A partir disso, podem-se tencionar as seguintes questões: Como a obesidade passou a ocupar essa centralidade? Qual o interesse político de se prevenir a obesidade? Trata-se do controle da vida da população, isto é, do biopoder.

Segundo o médico-cirurgião da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do hospital, o objetivo da cirurgia é reduzir o peso dos pacientes obesos e os riscos de

²² Na transcrição do áudio não foi possível identificar o nome da música.

mortalidade da obesidade, de modo a regular e aproximar as taxas de mortalidade da obesidade aos parâmetros da população geral, não obesa, pois, conforme o médico: “A obesidade mórbida é aquela com aumento de mortalidade até 12 vezes maior que nos magros” (sic). Assim, objetiva-se um controle da população, uma regulação do corpo social, de modo que a cirurgia bariátrica funciona como uma estratégia biopolítica que incide sobre o corpo de uma população obesa. Em relação ao biopoder, Rabinow & Rose (2006, p.37) definem como:

[...] o conceito de biopoder procura individualizar estratégias e configurações que combinam três dimensões ou planos: uma forma de discurso de verdade sobre os seres vivos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; e modos de subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a estes discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva.

De um modo geral, pode-se perceber no grupo terapêutico essas táticas da biopolítica: o conjunto de práticas discursivas que funcionam como regimes de verdades (prescrições de dietas, hábitos, comportamentos e modos de viver em nome da saúde), especialistas (médicos, psicólogos, nutricionistas, etc) que proferem essa ‘verdade’, intervenções (clínicas, cirúrgicas) sobre a população obesa e subjetivação dos pacientes, que são enredados na teia do poder, nas estratégias de condução de condutas de si e dos outros. Porém, conforme Latour *apud* Spink (2009), é necessário ‘algo mais’ do que discursos e autoridades para legitimar o conhecimento na construção de fatos como a obesidade enquanto um problema de saúde pública. É preciso juntar e enlaçar aos textos científicos: figuras (cartaz da pirâmide alimentar, folheto – anexo 3), fotos (de pacientes antes e depois da cirurgia bariátrica), números, gráficos (taxa de incidência e de mortalidade de obesidade), tabelas (tabela de IMC), como os apresentados na reunião mensal do programa de cirurgia bariátrica do hospital.

Para Latour *apud* Spink (2009, p. 354), é necessário ainda que um tema, como a obesidade, “instigue o interesse de diversos atores sociais, para atuarem como porta-vozes – isto é, falarem em nome de interesses de comunidades específicas, econômicas, políticas, sociais ou científicas”. Como exemplo desses atores sociais, pode-se citar os próprios pacientes do hospital que revelam chegar até o programa da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica por indicação de amigos, bem como também indicam a cirurgia bariátrica a outras pessoas obesas, como declara uma paciente:

“Uma amiga minha que fez [a cirurgia] aqui no [...] [nome do hospital] me levou pra reunião. Foi mais de um ano me convidando. Como eu também fico chamando o povo pra reunião. Eu também não posso ver um [obeso] que eu convido”. (Cristina)

Assim, a obesidade vai se configurando na rede social enquanto um problema de saúde pública através de dispositivos que a constituem. Foucault (2008a, p.244) define dispositivo como:

...conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

Esses elementos são formas de exercícios das biopolíticas, que utilizam estratégias, instrumentos e mecanismos de regulação do corpo individual e do corpo social – população, um controle focalizado nas formas de vida, nos modos de viver (GUARESCHI, 2007). Dentre essas práticas, podem-se citar: o modo de conduzir condutas por meio de prescrições da equipe técnica (comer de 3 em 3 horas, fazer 6 refeições diárias); a balança que, mesmo quebrada, faz-se presente na sala de grupo, indicando a necessidade de mensuração, vigilância e controle do peso corporal; o cartaz da pirâmide alimentar, que prescreve a porção (quantidade) e qualidade de alimentação diária a ser ingerida; o folheto da Unidade de Cirurgia Bariátrica (Anexo 3), que incentiva a promoção de saúde por meio de campanha de combate à obesidade, na qual se prescreve hábitos de vida, tais como: fazer exercícios físicos, não fumar, não abusar do álcool, evitar o estresse em prol de uma vida saudável. Em suma, essas práticas discursivas e não-discursivas atravessam e vão constituindo o sujeito obeso, sujeito de uma intervenção cirúrgica bariátrica.

3.5 – Cena 5: A linguagem dos riscos

Sexta-feira, 30 de julho de 2010. A reunião mensal iniciou com a presença da equipe técnica da unidade de cirurgia bariátrica e metabólica (médicos, psicólogos, nutricionista, enfermeiro, assistente social, etc) e os pacientes do pós e pré-operatório, sendo estes em maioria. Em seguida, chegaram o diretor do hospital e o vice-governador do Estado do Ceará. Este foi convidado a comparecer à reunião para tomar conhecimento do serviço de cirurgia bariátrica do hospital, bem como da situação de falta das vitaminas (zinco e complexo B) imprescindíveis ao tratamento com os pacientes gastroplastizados, tendo em vista que a redução do estômago propicia a diminuição da absorção de nutrientes, sendo necessária a complementação da nutrição com as vitaminas.

O médico coordenador da equipe técnica conduziu a reunião e apresentou as definições de obesidade, obesidade mórbida, as comorbidades associadas e alertou sobre a importância do paciente perder, no mínimo, 10% do peso no pré-operatório para diminuir o risco da cirurgia.

A noção de risco, no âmbito científico, pressupõe conhecer danos e a probabilidade de ocorrência destes no futuro. O controle de riscos ocorre sempre na medida do possível, visto que envolve incertezas e é feito por meio de cálculos probabilísticos (MENEGON, 2004b). A respeito dos cálculos de riscos da cirurgia bariátrica, o médico do hospital relata:

“Quando a gente começou a operar a cirurgia da obesidade, os riscos eram em torno de 3%. Hoje esses riscos se aceitam cientificamente em torno de 1% de mortalidade. Aqui no [...] [nome do hospital] faz 8-9 anos que se opera a cirurgia da obesidade, nós temos dois óbitos. Nós temos 400 pacientes operados no [...] [nome do hospital] e dois óbitos” (sic).

O gerenciamento de riscos na perspectiva da governamentalidade envolve tanto o governo de coletivos quanto de indivíduos (MENEGON, 2006). O primeiro trata do governo sobre a população, medidas coletivas destinadas a gerenciar a distribuição das pessoas nos espaços físicos, no qual predomina a metáfora de “estar em risco”, isto é, há um baixo grau de controle pessoal na exposição ao risco, como por exemplo, riscos externos (provenientes da degradação ambiental) ou riscos internos (derivados da genética de cada um). Já a disciplinarização das pessoas envolve a higiene, na qual a lógica é a prevenção de doenças (“evitar os riscos”), e o autogerenciamento da saúde pelo próprio indivíduo, que possui um maior controle na exposição ao risco ao adotar comportamentos e escolher um estilo de vida. Nesse cenário, predomina a lógica do “correr riscos” (MENEGON, 2006).

A respeito da prevenção dos riscos, Castel (1987, p. 125) acrescenta:

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem sobretudo preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados gerais impessoais ou fatores (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis [...] Assim, prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis no seio de populações estatísticas, assinadas como portadoras de riscos.

Assim, as políticas preventivas tratam de fatores, correlações estatísticas para antecipar as possibilidades de perigo de modo que o papel do médico nessa gestão preventiva é assinalar os fatores de risco (CASTEL, 1987). A respeito disso, pode-se citar o seguinte relato médico na reunião mensal:

“Eu não quero amedrontar ninguém, mas hoje tem dez cânceres do tubo digestivo associados à obesidade”.

Percebe-se, nesse trecho, a presença da linguagem dos riscos na comunicação do médico, na medida em que a obesidade se constitui como um fator de risco para o câncer. Essa linguagem social de riscos é importante em decorrência da aspiração de controle, governo do futuro, numa relação entre eventos passados e projeções futuras.

Há situações de doenças, como a obesidade, na qual a decisão pelo tratamento cirúrgico bariátrico implica em correr riscos em troca de possíveis benefícios a ser ganho como: emagrecer, melhorar as taxas de colesterol, a pressão arterial, dentre outros. Assim, busca-se o equilíbrio entre riscos e benefícios, balizado pela satisfação pessoal (MENEGON, 2006). Entretanto, o risco de dano associado à doença (obesidade) pode ser avaliado como maior que o risco provável da cirurgia (bariátrica). Assim, permanecer na condição de obeso também envolve riscos, conforme o seguinte relato de um paciente que está no acompanhamento pré-operatório:

“Se eu continuar como eu tô [obeso], eu não vou viver nem daqui a cinco, seis anos”. (Fagner).

De acordo com o relato do médico do hospital, o índice de mortalidade de obesos na fila de espera é de 10%, sendo as mortes decorrentes, principalmente, de infarto e acidente vascular cerebral – AVC. No Estado do Ceará, 800 pessoas esperam pela cirurgia bariátrica através do Sistema Único de Saúde – SUS e ocorre de pacientes desistirem do procedimento cirúrgico devido à demora na fila de espera que chega a ser de até 12 anos (Jornal Diário, 2010).

A cirurgia bariátrica é considerada mais eficaz que o tratamento clínico (dietas alimentares, exercícios físicos, etc), principalmente quando se trata de pacientes diagnosticados obesos mórbidos. Porém, o nível de riscos da cirurgia também é maior em comparação com os métodos clínicos. Mesmo com a probabilidade de riscos, alguns pacientes dizem não ter medo de se submeter à cirurgia bariátrica:

“Eu não tenho medo de fazer a cirurgia, eu tenho confiança aqui [...] Eu tenho confiança na equipe” (Estela).

“Tem gente que quando a gente diz que vai fazer a cirurgia de redução, as pessoas dizem pra não fazer porque vai morrer [...] Se eu for me operar hoje eu não tenho medo de morrer” (Luís).

Além do risco que envolve a cirurgia bariátrica, pode-se apontar também o risco afetivo, conjugal de ser traído ou abandonado pelo companheiro(a) por ser obeso(a), e assim, para evitar esse risco, busca-se a magreza que é valorizada e admirada, conforme se observa no seguinte relato de uma paciente:

“Casei, tive problemas no casamento, o marido arranhou outra mulher porque eu era gorda. Até ele, que mora comigo, sou casada e ele nunca saiu de casa, até ele se admira de mim hoje, diz que eu sou outra pessoa. Imagine quando eu emagrecer” (Berenice).

“Sofri mais com o preconceito dele [marido]. Porque ele já tinha se separado de mim. Já saiu de casa sem me dizer nada, levou as coisas dele sem dizer nada. Quando eu fui atrás de saber por que ele tinha ido embora, ele disse pra mim porque não queria uma mulher gorda. Ele disse pra mim na minha cara. Agora, eu pedi pra ele vir comigo: ‘Pois vamos atrás da cirurgia [bariátrica] comigo’? Ele disse que não vinha. Ele diz pra mim que me ama, que é apaixonado por mim, mas que não me quer do jeito que eu sou” (Silvia).

3.6 – Cena 6: ‘Não há cura para a obesidade , tem que ter autocontrole’.

Nos relatos dos médicos do hospital é recorrente a idéia da obesidade como uma doença sem cura, havendo, assim, a necessidade de controlá-la por meio dos mais diversos métodos: mudança dos hábitos alimentares, dietas, exercícios físicos, intervenção cirúrgica, dentre outros. Ainda a respeito da cura, durante a reunião mensal, uma paciente do pré-operatório perguntou a outra já operada por que a obesidade não tem cura e se “o problema da cabeça”, a “ansiedade”, que ela considerava ser a causa da compulsão alimentar, continuava após a cirurgia bariátrica. A interlocutora respondeu:

“A pessoa é operada do estômago e não da cabeça, da mente. Não há cura para a obesidade, tem que ter autocontrole”.

Durante a mesma reunião, outro paciente proferiu o seguinte testemunho:

“Vou fazer 15 meses [de operado]. Pesava 130kg, hoje estou pesando 80 kg. *Você vai se operar não é da cabeça, você vai se operar é do estômago.* O hospital dá toda a equipe pra você se qualificar: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista [...] Depois da cirurgia, você tem que acompanhar toda a equipe pra ter uma vida tranqüila. Você tem que estar acompanhando o psicólogo, vir pras reuniões mensais, seguir, depois da cirurgia, tudo o que o livro diz [livro da Unidade de Cirurgia Bariátrica]. Eu estou bem, foi ótimo. Com 17 dias eu me arrependi porque você sente o gosto da comida, você sente vontade de comer o que você comia e não pode comer. Mas depois disso, pronto. A melhor coisa que eu fiz na minha vida foi ter me operado. Não me arrependo” (Jorge - grifo nosso).

O enunciado supracitado é bastante frequente no hospital e indica que cabe à instituição hospitalar operar o estômago, porém cabe a cada paciente “operar” sua própria cabeça, a partir não apenas de uma mudança nos hábitos alimentares, mas de um novo posicionamento diante da vida. Este enunciado, com forte marca *psi*, no qual compete ao sujeito lidar com sua própria interioridade, devendo, para isso, se conhecer melhor, (de)marca discursivamente os corpos obesos que circulam pelo hospital.

Assim, a não existência da cura da obesidade, sendo a cirurgia bariátrica considerada apenas um instrumento para o tratamento da obesidade, reforça a justificativa de

fazer a cirurgia bariátrica por uma questão de saúde e não por beleza, conforme se observa nos relatos dos pacientes abaixo:

“É melhor feio e saudável do que doente [...] Eu não tô aqui por questão de boniteza, eu tô por causa da saúde” (Fagner).

“Eu fiz a cirurgia não foi por vaidade não, foi por necessidade” (Abelardo).

Além disso, de um modo geral, socialmente é mais aceitável a justificativa de submeter-se a uma cirurgia devido às complicações de saúde do que por motivos estéticos.

3.7 – Cena 7: A valorização do espaço público.

No decorrer de vários encontros do grupo terapêutico, foi bastante comentado a comparação entre o serviço de saúde público e o privado. Dentre as reclamações dos pacientes em relação às dificuldades do hospital público, encontram-se: grande fila de espera, demora na marcação dos exames, falta de distribuição de vitaminas complexo B e zinco, falta de organização do hospital para avisar com antecedência o paciente para a cirurgia, falta de profissionais de cirurgia plástica, dentre outras. Apesar disso, os pacientes, de um modo geral, elogiaram o serviço público de saúde, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento sistemático que o paciente obeso tem com a equipe técnica no período antes, durante e depois da cirurgia bariátrica. Segundo os usuários do hospital, no serviço particular, muitas vezes, o paciente vai apenas a algumas sessões com o psicólogo com o objetivo de receber o parecer técnico favorável para submeter-se à cirurgia e, depois da operação, ele não continua o acompanhamento psicológico ou terapia. No hospital público onde foi realizada esta pesquisa, os pacientes podem participar do grupo terapêutico conduzido pela psicóloga por quanto tempo quiserem após a cirurgia.

Além disso, um paciente também comentou a diferença entre o serviço de saúde público e particular, exaltando que aquele é melhor que este:

“Eu tenho amigos que fizeram pelo plano particular, que vem atrás de mim pra conversar. Se eles são preparados, eles são muito mal preparados. Nós pelo SUS somos muito mais preparados do que eles” (Abelardo).

“O problema mais sério que tá acontecendo dessa cirurgia é esse povo que tem o poder do dinheiro, faz logo a cirurgia e eles não passam pela psicóloga [...] No sistema da obesidade que eu faço, eu tenho a psicóloga, a nutricionista, a fonoaudióloga, o pneumologista, o cardiologista, a fisioterapeuta, o doutor [nome do médico] (Luís).

Uma paciente afirmou que no serviço particular o paciente tem pressa de fazer logo a cirurgia e isso atrapalha, conforme se observa no relato abaixo:

“A pressa é inimiga da perfeição, como diz o ditado. Até na questão da comida. Se você come com bastante pressa, você não digere bem. A cirurgia é a mesma coisa. Se você tá com muita pressa de fazer... Eu sempre falo na questão do particular. Eles têm dinheiro pra pagar, tem. Paga e faz com pressa. Você colocando um paciente que faz no [nome do hospital da pesquisa] e um que faz no particular, é o inverso da gente. Um colega meu que fez com menos peso do que eu, ele tá mais gordo, tá depressivo. É muito diferente mesmo” (Laura).

Em associação às diferenças público/particular, ter/não ter dinheiro para fazer a cirurgia, relaciona-se mais um binômio: ter/não ter o que comer; obesidade/desnutrição. Essa reflexão emergiu a partir de uma cena de uma mulher exageradamente magra, dormindo na calçada do hospital, de modo que era possível ver os ossos despontando de sua carne. Nesse momento, se evidenciou dois extremos – obeso e desnutrido – num mesmo referencial de espaço – o hospital, ambos considerados problema de saúde pública²³.

A despeito do discurso neoliberal capitalista, mesmo criticando alguns encaminhamentos anteriormente descritos, há na fala dos pacientes uma valorização do que é público. Tal valorização é percebida na rotina de atendimento, na relação construída com a equipe de especialistas, dentre elas, com o próprio serviço de psicologia, que não os vê como uma cifra.

3.8 – Cena 8: O grupo como rede de apoio e espaço para resistência

De um modo geral, observa-se no grupo uma relação de confiança bastante coesa, embasada em valores como amizade, força e apoio, conforme se observa nos seguintes relatos:

“É uma família, eu gosto de vir [...] Sem a ajuda do grupo eu não teria chegado aonde eu cheguei” (Estela).

“A força da gente, é a força do grupo, ouvir os testemunhos” (Cristina).

“Quando eu não venho pra cá, eu sinto falta. Quando se junta um monte de obeso, a gente tem a mesma história [...] Fica um ajudando o outro” (Rita).

“Eu acho importante você vir pelo menos uma vez ao grupo porque você está vendo o depoimento de cada pessoa. Eu acho muito importante”. (Priscila)

²³ Os dois casos estão à margem, acima ou abaixo de uma norma, uma média, que busca normatizar a vida em um parâmetro científico de massa corpórea classificada como saudável. Ambos nos mostram que essa busca de normatização da vida não consegue fazer com que todos os corpos se tornem normais, o que não quer dizer que a normatização fracassou, pois seu objetivo não necessariamente é fazer com que os corpos se tornem normais, mas sim fazer com que se vigiem, bem como vigiem os outros em relação a quanto pesam, quanto comem e o que comem.

Para além do controle dos corpos e da operação de seu estômago e de sua “mente”, parece haver entre os pacientes uma forte solidariedade. Na união ao falar dos médicos, na valorização do espaço público, no enfrentamento dos deslocamentos urbanos, nas relações familiares e afetivas, em vários momentos, esses pacientes mostravam povoar um mesmo território existencial. Em suas falas, percebe-se o consentimento afirmativo de cabeça, um afago solidário que parece afirmar: ‘Eu sei do que você está falando, pois estamos no mesmo barco...’

Estaríamos nos deparando com possíveis identificações, construção de identidade tão comum ao discurso *psi*? Dependendo da lente teórica utilizada, o caminho levaria a essas análises, e, com certeza, não estariam incorretas. Mas há momento autogestivo de formação de grupo, uma espécie de enfrentamento e de resistência às relações saber-poder, principalmente quando o grupo verbaliza os problemas e as dificuldades na rotina do hospital à revelia da resposta da psicóloga de que infelizmente o sistema de saúde é assim mesmo.

Essa situação se configura como uma expressão de resistência, pois, segundo Foucault (2008a, p. 241): “[...] a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa”. Desse modo, a resistência é coextensiva, contemporânea às estratégias de poder. Nessa perspectiva, as possibilidades reais de resistência começam quando nos distanciamos da perspectiva moral do poder, se ele é bom ou mau e nos questionamos sobre a sua condição de existência no sentido de estratégia e luta (FOUCAULT *apud* CASTRO, 2009).

Os participantes do grupo terapêutico parecem se unir diante dessas situações de luta e reivindicações bem como são solidários ao dar força e incentivar uns aos outros para não desistir de fazer a cirurgia bariátrica mesmo com as dificuldades que enfrentam. O grupo terapêutico parece ainda ser um lugar de possível resistência àquele cotidiano que os atravessa e os subjetiva. As queixas não ditas aos médicos (lugar privilegiado de exercício do poder sobre o corpo na hierarquia hospitalar), a falta de apoio da família, a dificuldade do autocontrole, dentre outras insatisfações, encontram uma acolhida entre pares no espaço do grupo terapêutico. Uma força entre componentes que tentam sair do lugar de corpo disforme, anômalo, obeso, reposicionando-se enquanto sujeitos aquém e além da cirurgia bariátrica.

4 – FECHANDO AS CORTINAS SEM ENCERRAR O ENREDO

Escrever as considerações finais não é fácil, tendo em vista que não é possível “dar conta” e esgotar, por completo, as discussões sobre um determinado assunto, pois a própria noção de pesquisa compreende um vasto e infinito campo de possibilidades, de inquietações e de dúvidas. O processo de desenvolvimento desta pesquisa trilhou caminhos teóricos desconhecidos até antes de iniciar o Mestrado e tencionou movimentos e deslocamentos – por que não dizer abalos sísmicos – no modo de pensar da pesquisadora. Acostumada numa lógica de pensamento baseada em buscar verdades e utilizar o método interpretativo para encontrar a intencionalidade do sujeito, tive o prazer de ser ‘apresentada’ a Michel Foucault (2006, p. 229), que afirma não possuir um método e sim procura: “... fazer aparecer essa espécie de camada, ia dizer essa interface, como dizem os técnicos modernos, a interface do saber e do poder, da verdade e do poder”.

Consoante com a proposta de Foucault (2004) em seu texto *Por uma vida Não-facista*, este trabalho não buscou descobrir a verdade sobre a obesidade e sim analisar como esta pode entrar em ‘jogos de verdade’, tais como as ciências e tantos outros jogos, a partir dos quais os sujeitos se utilizam para compreenderem aquilo que são. A própria concepção de sujeito em Foucault não diz respeito a uma forma universal, uma essência e sim compreende processos de subjetivação, como esclarece Deleuze (1992, p.116):

Foucault não emprega a palavra sujeito como pessoa ou forma de identidade, mas os termos “subjetivação”, no sentido de processo, e “Si”, no sentido de relação (relação a si). E do que se trata? Trata-se de uma relação da força consigo (ao passo que o poder era a relação da força com outras forças), trata-se de uma “dobra” da força. Segundo a maneira de dobrar a linha de força, trata-se da constituição de modos de existência, ou da invenção de possibilidades de vida que também dizem respeito à morte, a nossas relações com a morte: *não a existência como sujeito, mas como obra de arte*. Trata-se de inventar modos de existência, segundo regras facultativas, capazes de resistir ao poder bem como se furta ao saber, mesmo se o saber tenta penetrá-los e o poder tenta apropriar-se deles. Mas os modos de existência ou possibilidades de vida não cessam de se recriar, e surgem novos. (DELEUZE – grifos nosso, 2008, p. 116)

Assim, ao invés de interpretar os discursos proferidos pelos pacientes no grupo terapêutico, procurei experimentar, participar, dispor a escuta da singularidade, abrir espaços para formas de resistências, para outros modos de existência numa aproximação da vida com a arte na busca de uma vida libertária e menos fascista. Fascismo que, segundo Foucault (2004), nos faz amar o poder e desejar o que nos domina (dietas; cirurgias bariátricas, plásticas; controle do peso; indústria da estética, etc).

Como ressonância à experiência de participação do grupo terapêutico, questiona-se: há, no grupo, uma escuta do sofrimento do sujeito ou se constitui como um espaço destinado a reforçar os discursos e prescrições médicas? Esse sofrimento estaria relacionado, como no discurso *psi*, apenas aos hábitos alimentares aprendidos na infância (amamentação, relação com a comida) ou às dificuldades cotidianas de pegar um ônibus, de fazer exames que são marcados, remarcados e perdem a validade, de ser alvo de preconceito nos espaços públicos e privados por ser considerado um ser disforme. Há possibilidades de resistências e de não sofrer, na sociedade em que vivemos, por ter um corpo dito obeso? Essas são questões para serem refletidas e problematizadas.

Por outro lado, o grupo terapêutico parece ser um lugar de encontro, de partilha, de subjetivação aquém e além da cirurgia. Não porque pacientes tenham que frequentá-lo antes e depois da cirurgia (afinal a entrada e saída no grupo é livre, não há alta, demarcando uma diferença do saber médico), mas porque pacientes acabam construindo um espaço de convivência, de troca de experiências diversas (não apenas sobre obesidade e cirurgia bariátrica, mas sobre relacionamento amoroso, relação com a família, com os amigos, etc).

No decorrer do presente trabalho, elencaram-se algumas categorias / cenas analisadas com base no princípio de rarefação e de co-existência entre os enunciados. Assim, por meio das cenas vivenciadas no grupo terapêutico, discutiu-se, de um modo geral, a cirurgia bariátrica como uma estratégia biopolítica de regulação e controle da população obesa bem como a gestão dos riscos na biopolítica atual.

Ao problematizar as práticas discursivas e não-discursivas que ajudam a produzir o sujeito da cirurgia bariátrica em um hospital público e, mais especificamente, em um grupo terapêutico, não se buscou construir um juízo de valor de se posicionar a favor ou contra a cirurgia bariátrica nem assumir uma visão moralista diante da obesidade. A questão proposta não foi afirmar se os discursos sobre os corpos obesos são verdadeiros ou falsos e sim problematizar como o corpo obeso é demarcado por práticas (discursivas e não-discursivas) de saber-poder que o constituem.

Assim, espera-se que este trabalho não seja uma discussão moral sobre como devemos ou não trilhar caminhos, mas sim elucide que os caminhos podem ser mudados e novos modos de existência podem ser inventados. É importante ressaltar que são produzidos efeitos de verdade, de modo que nenhum saber e exercício de poder são inquestionáveis ou sem intencionalidades, pois, para Foucault (s.d.): “[...] bem pouca verdade é indispensável para quem quer viver verdadeiramente, e que bem pouca vida é necessária quando nos mantemos verdadeiramente na verdade” (s.p.).

Percorrer um caminho de construção de um objeto é uma tarefa árdua, e assim, reconheço não saber se alcancei a finalidade a que esse trabalho se propôs, mas considero-o uma tentativa de pensar diferentemente do que se pensa, de criar formas que escapam, que se constituem como resistências, linhas de fuga e formas libertárias ao discurso médico-científico sobre saúde, beleza e boa forma dos corpos. Apesar de fechar as cortinas, esta pesquisa não finda por aqui, pois o enredo não é encerrado. Esse palco pode dar lugar a outros espetáculos, outros cenários, outros atores. Novas problematizações podem se desdobrar desta pesquisa e abrir outras cortinas para novas peças de teatro.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. L. A noção de discurso em Foucault. In: _____. **Do signo ao discurso: introdução à filosofia da linguagem**. 2. ed. São Paulo: Parábola, 2008.
- BASSETTE, F. Mulheres fazem 5 vezes mais cirurgia de redução do estômago do que homens. **Folha de São Paulo Online**, São Paulo, 10 mar. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u532093.shtml>>. Acesso em: 16 set. 2009.
- CASTEL, R. **A gestão do risco: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Francisco Alves: Rio de Janeiro, 1987.
- CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- CÉSAR, M.R.A. (Des)educando corpos: volumes, comidas, desejos e a nova pedagogia alimentar. In: RAGO, M & VEIGA-NETO, A (orgs.). **Para uma vida não-facista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- COBRA, R. Q. **Como escrever uma peça de teatro**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.cobra.pages.nom.br/ecp-teatrosript.html>. Acesso em: 21 de março de 2010.
- COSTA, J.F. A personalidade somática de nosso tempo. In: _____. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro, Garamond, 2004. p.185-202.
- COUTO, E. S. Uma estética para corpos mutantes. In: COUTO, E.S.; GOELLNER, S.V. **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.
- DELEUZE, G. **Conversações**, 34.ed.,Rio de Janeiro, 1992.
- DEL PRIORE, M. **Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil**. São Paulo: Editora Senac, 2000.
- DIÁRIO DA SAÚDE. Descobertos genes no cérebro associados à obesidade. Diário da Saúde. Disponível em: <http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=descobertos-genes-no-cerebro-associados-a-obesidade>. Acesso em: 05 de maio de 2011.
- DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DUARTE, A. Foucault e as novas figuras da biopolítica: o facismo contemporâneo. In: RAGO, M & VEIGA-NETO, A (orgs.). **Para uma vida não-facista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- FACULDADE dos EUA recusa formatura a alunos obesos. **Jornal Eletrônico UOL**. 01 de dez. de 2009. Disponível em:

<http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/bbc/2009/12/01/faculdade-dos-eua-recusa-formatura-a-alunos-obesos.jhtm>. Acesso em: 05 de abr. 2010.

FANDIÑO, J. *et al.* Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p.47- 51, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2009.

FELERICO, S; HOFF, T. **Reflexões sobre o corpo feminino na literatura e na mídia impressa**. v. 9, n.1, 1º semestre 2009.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, nov. 2001a.

FISCHLER, C. Obeso benigno obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FONTES, M. Os percursos do corpo na cultura contemporânea. In: COUTO, E.S.; GOELLNER, S.V. **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

FORTALEZA é a segunda capital no país em obesidade. **Jornal O POVO**. 19 abr. 2011. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/brasil/2011/04/19/noticiabrasiljornal,2129652/fortaleza-e-a-segunda-capital-no-pais-em-obesidade.shtml>. Acesso em: 27 de abr. 2011.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do Saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.

_____. **A Ordem do discurso**. 17 ed. São Paulo: Loyola, 1996b.

_____. **A Verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau ed, 1996a.

_____. **Da amizade como modo de vida**. [Entrevista de Michel Foucault a R. de Ceccaty, J. Danet e J. le Bitoux, publicada no jornal Gai Pied, nº 25, abril de 1981]. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/amizade.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2010.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Estratégia, Poder-Saber**. Coleção Ditos e Escritos IV. Tradução: Vera Lúcia Avellar Ribeiro. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009a.

_____. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.231-249.

_____. **Microfísica do poder.** 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008a.

_____. **Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008d.

_____. **Por uma vida não facista.** 2004. Disponível em: www.sabotagem.revolt.org. Acesso em: 03 de fev de 2011.

_____. **Segurança, território e população.** Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

_____. **Tecnologías del yo.** Paidós, Barcelona, 1990, pp. 45-94. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/14086335/Tecnologias-del-yo>. Acesso em: 27 de out. de 2010.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 36. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009b.

FREITAS, M.C.S. Mulher light: corpo, dieta e repressão. In: FERREIRA, L.; NASCIMENTO, E. R.(Org.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea.** Salvador: NEIM/UFBA, 2002.

GONÇALVES, C. A. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme** – Revista Virtual de Humanidades, v.5, n.11, jul./set.2004. Disponível em: <http://www.seol.com.br/mneme>. Acesso em: 15 out. 2009.

GUARESCHI, N. M. F & BERNARDES, A. G. Estratégias de produção de si e de biotecnologias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n.1, p. 151-159, jan./abr. 2007.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HÜNING, S. M. & GUARESCHI, N. M. Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. IN: _____ (org.). **Foucault e a psicologia.** Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

JORNAL DIÁRIO. 800 pessoas aguardam por cirurgia bariátrica. **Jornal Diário do Nordeste.** 01 de maio de 2011. Caderno Cidade. Fortaleza- CE. p. 21.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** Campinas, SP: Papius, 2003.

LIMA, H. L. A. Corpo *cyborg* e o dispositivo das novas tecnologias. In: COUTO, E.S.; GOELLNER, S. V. **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

_____. **Do corpo-máquina ao corpo-informação: o pós-humano como horizonte biotecnológico.** Curitiba: Honoris Causa, 2010.

_____. Verdade e conhecimento na perspectiva da vontade de poder em Nietzsche. In: VASCONCELOS, J.G.; MUNIZ, C. R.; FRANCO, R. K. G.(Orgs.). **Nietzschianismos.** Fortaleza: Edições UFC, 2008.

MACHADO, R. **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MEDEIROS, P. F; BERNARDES, A. G; GUARESCHI, N. M. F. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n.3, p. 263-269, set./dez. 2005.

MENDONÇA, M. Em contexto: para enxergar além dos fatos. Revista Época. Nº 616, 8 de mar de 2010. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI125475-15215,00-EM+CONTEXTO.html>. Acesso em: 24 mar. de 2010.

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004a. cap. 8, p. 215-241.

_____. Consentindo ambigüidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (3): 845-854, mai-jun, 2004b.

_____. Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida. São Paulo: Fapesp, Educ, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 13% dos brasileiros adultos são obesos. 07 abr. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10078>. Acesso em: 16 de set. 2009.

MIRANDA, L.L. Linguagem e modos de subjetivação na relação práticas escolares e televisão. **O público e o privado**, Fortaleza: UECE, n.14, p.165-177, jul./dez. 2009.

NOVO método usa tamanho dos quadris para medir gordura do corpo. Jornal G1. 24 mar. 2011. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2011/03/novo-metodo-usa-tamanho-dos-quadris-para-medir-gordura-do-corpo.html>. Acesso em: 24 de mar. 2011.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, M; ORLANDI, L. B. L; VEIGA-NETO, AL (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze**. Ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

RABINOW, P & ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. Política e Trabalho. **Revista de Ciências Sociais**, nº 24, abril de 2006, p.27-57.

RAMIRO, A. **Estratégias de governamentalidade no âmbito da promoção de saúde: o controle do peso corporal como estilo de vida saudável**. 2009. 149f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

RAMOS, C. A dominação do corpo no mundo administrado: uma questão para a psicologia social. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.24, n.1, p. 56-63, mar. 2004.

ROSE, N. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, T.T. (org.). **Liberdades reguladas**. Petrópolis: Vozes, 1988, p. 30-45.

_____. The politics of life itself. **Theory, Culture & Society**. v. 18, n.6, p.1 – 30, 2001.

SANT'ANNA, D. B. de. Descobrir o corpo: uma história sem fim. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.25, n.2, p.49-58, jul/dez. 2000.

_____. Dietética e conhecimento de si. In: RAGO, M. & VEIGA-NETO, A (orgs.). **Para uma vida não-facista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

_____. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: RAGO, M., ORLANDI, L., VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, B. H. H. O excessivamente gordo de um corpo: o que fazer com isto? **Reverso**. Belo Horizonte, ano 29, n.54, p. 109-114, set. 2007.

SERRA, G. M. A; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.8, n.3, p. 691-701, 2003.

SIQUEIRA, D.C.O. Corpo: obra de arte, cultura e mídia. **Rastros – Revista do Núcleo de Estudos em Comunicação**, v.9, n.10, p.55-62, out. 2008.

SPINK, M. J. P.; LISBOA, M. S.; RIBEIRO, F.R.G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. v.13,n.29, p. 353-65, abr./jun. 2009.

VASCONCELOS, N.A.; SUDO, N; SUDO, I. Um peso na alma: o corpo gordo na mídia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.4, n.1, p.65-93, mar. 2004.

VASCONCELOS, A. L. **O teatro, esta arte híbrida**. Disponível em: http://www.saldaterraluzdomundo.net/teatro_artigos_O_teatro.htm Acesso em: 18 de mar. 2011.

VAZ, P. As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. **Logos 25**: corpo e contemporaneidade, Rio de Janeiro, ano 13, p. 85-95, 2º semestre 2006.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a Educação**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. Coisas de Governo... In: RAGO, M; ORLANDI, L. B. L; VEIGA-NETO, AL (orgs.): **Imagens de Foucault e Deleuze. Ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L. M. O corpo obeso e a percepção de si. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7, n.2, p.21-29, jul./dez. 2002.

ANEXO 1

**TERMO DE CONSCIENTIZAÇÃO PARA
CIRURGIA DA OBESIDADE****NOME:** _____**ENDEREÇO:** _____**TELEFONE** _____ / _____ **IDADE:** _____**ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA:** _____ **KG/M2****CIRURGIA PROPOSTA:** _____**CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:** _____**UNIDADE DE CIRURGIA BARIÁTRICA
DO HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS
AV. DO IMPERADOR Nº 545
TELEFONE: (85) 488-2600**

INTRODUÇÃO

O paciente bem preparado do ponto de vista técnico, clínico, nutricional e psicológico tem um pós-operatório mais tranquilo e obtém melhores resultados. Desta forma, estabelecer um vínculo de confiança entre o médico e o paciente é de extrema importância, tendo a equipe inter-disciplinar atuando como intermediadora do conhecimento médico em todas as etapas do tratamento.

A operação funciona como um "instrumento". O cirurgião e a equipe inter-disciplinar devem ensinar ao paciente como usá-lo adequadamente para obter melhores resultados pós-operatório, em todos os aspectos: físico, clínico, nutricional e psicológico.

Cabe ao cirurgião estabelecer os limites do que o paciente pode do que deve fazer, além de informar quanto ao mitos e realidade do procedimento e de todas as etapas que precedem a data da cirurgia.

A equipe inter-disciplinar (cirurgião, auxiliares de cirurgia, anesthesiologistas, clínico, endocrinologista, psiquiatra, cardiologista, pneumologista, endoscopista, imagenologista, nutricionista, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga, odontólogo, assistente social, educador físico, dentre outros, quando forem necessários) funciona como um "time", é da inteira confiança do cirurgião, onde cada um especialista se dedica e oferece o máximo do seu conhecimento profissional para que o paciente entenda o procedimento, seu alcance e suas limitações e assim se beneficie da cirurgia, a partir do momento que esta for indicada pelo cirurgião. As informações ao paciente são dadas individualmente (em consultas ou visitas hospitalares) e em grupo (reuniões).

Assim, a informação orienta o paciente sobre o funcionamento do procedimento a que irá ser submetido e as mudanças no estilo de vida, de forma objetiva e direta. A informação traz ao paciente e aos familiares a realidade da formalização de um contato (consentimento informado), que até então tinha sido verbal. Realidade esta, que cada uma das partes deve cumprir para se chegar a um objetivo comum: melhorar a qualidade de vida do paciente.

O consentimento informado é um instrumento bio ético, de proteção para ambos, médicos e pacientes. Tem o objetivo de permitir que o paciente participe conscientemente das decisões que envolvem seu próprio tratamento, de acordo com o seu entendimento e vontade. É o exercício de escolha, por indivíduo capaz, após ser devidamente informado acerca de um tratamento específico. Atende ao princípio da autonomia e da liberdade, onde todo indivíduo tem o consagrado direito de ser autor do seu próprio destino e de optar pelo rumo que quer tomar na sua vida. A formalização deste documento recebe a orientação da Comissão de Ética e Departamento Jurídico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, incluso nas páginas 47 a 52 do Capítulo 8 - **Informação ao Paciente e o Seu Consentimento**, do livro Cirurgia da Obesidade, Editora Atheneu, 2002, desta sociedade e é seguido pela maioria dos serviços de cirurgia da obesidade do Brasil.

A assinatura do Consentimento Informado deve acontecer quando o paciente toma uma decisão sábia e compreensiva, após revisar se todas as informações que foram repassadas pelo cirurgião a sua equipe inter-disciplinar foram compreendidas e aceitas, assegurando assim que os direitos e deveres do paciente estejam sendo observados, para decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas, do prognóstico, do risco-benefício e objetivos do tratamento.

TERMO DE CONSCIENTIZAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA CIRURGIA DA OBESIDADE (TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO)

A cirurgia da obesidade é uma operação de grande porte, realizada apenas por motivos específicos, em pacientes **obesos mórbidos** e com **obesidade severa**, com pouquíssimas exceções. Seu cirurgião se reserva ao direito de interpretar essas razões de exceção e indicar ou contra-indicar a cirurgia baseada em julgamento clínico.

Há muitas técnicas cirúrgicas viáveis para pacientes obesos mórbidos, incluindo o grampeamento do estômago (gastroplastia), restrição gástrica com bandagem (banda gástrica), combinação de cirurgia restritiva e mal-absortiva (gastroplastia vertical com anel de contenção e derivação gastrojejunal em Y de Roux - operação de Capella ou Fobi), cirurgias estritamente desabsortivas (derivação bilio-pancreáticas), colocação do balão intra-gástrico, dentre outras. Todas as técnicas podem ser feitas por via aberta (convencional) ou laparoscópica, diferindo no tempo operatório, risco de complicações e custo financeiro, relativamente maiores na via laparoscópica. Tentar perder peso através de reeducação comportamental também é possível, e quando bem conduzido obtêm-se resultados satisfatórios.

A maioria dos pacientes consegue perder peso, foram bem-sucedidos, mas não há garantia de qualquer benefício desta cirurgia. Para cada benefício em potencial de doenças associadas ou comorbidades (diabetes, hipertensão arterial, apnéia do sono, lombalgia, etc.), podem ocorrer falhas ou melhoras clínicas parciais. Alguns pacientes podem não obter a melhora desejada, depois de perder peso.

É esperada uma perda de peso, após um ano de operado, em média, de 40 a 45% daquele peso inicial do paciente, antes de se operar. Isto acontece com a maioria dos pacientes, mas alguns não perdem o peso proposto ou podem ganhar o peso inicial, de volta. A operação funciona como um **instrumento**, um meio, um auxiliar à perda de peso. Para obter sucesso, o paciente deve cooperar e fazer mudanças no seu estilo de vida, com reeducação alimentar, através de pequenas refeições, cortando os lanches, bebendo líquidos com poucas ou mínimas calorias, evitando bebidas alcoólicas e alimentos hiper-calóricos, suspender o uso do cigarro, fazendo outras mudanças nos hábitos de comer e beber, praticando exercícios físicos regulares.

Após a cirurgia, o paciente passa por várias etapas de readaptação e de reeducação alimentar em função do novo estômago ou pequeno reservatório gástrico que ganhou: **no primeiro mês**, os alimentos são líquidos e ingeridos em pequenos volumes (20ml de 10 em 10 minutos), para proteger a pequena bolsa confeccionada; **no segundo mês**, os alimentos são pastosos e ingeridos em refeições fracionadas para adaptar-se ao novo volume do estômago; **a partir do terceiro mês**, o paciente pode comer sólidos, selecionando a qualidade e a quantidade dos alimentos, após mastigação exaustiva até que o bolo alimentar se torne pastoso. Lembrando-se sempre que a nova bolsa é pequena, só comporta pequenos volumes e **não tem dentes**.

Alterações no paladar e nas preferências ocorrem com frequência, às vezes, causando intolerância a estes alimentos, que eram de consumo habitual e preferencial antes da operação. Comer sem mastigar e não transformar o alimento sólido em pastoso, comer rápido de mais ou comer a mais que a capacidade do pequeno reservatório comporta, podem causar náuseas, vômitos, diarreias, flatulência e fezes malcheirosas. Certos tipos ou quantidade de comidas devem ser evitadas. Caroço de pitomba, de ameixa, de azeitona, de siriгуela, coração de frango, pedaços grandes de carne, ingeridos inadvertidamente podem obstruir o reservatório do estômago e necessitar de endoscopia e até de cirurgia para serem retirados.

Alimentos ou líquidos podem não passar pelo reservatório ou intestino, necessitando de dilatação por instrumentos endoscópico (que tem seus próprios riscos). Tubos para alimentação podem ser necessários para o estômago, intestino, veias, caso o paciente fique incapacitado de comer ou beber o suficiente pela boca. Outras cirurgias podem ser necessárias.

Quase todos os cirurgiões que realizam a cirurgia da obesidade têm complicações, inerentes à própria operação, ao ato anestésico, às doenças associadas, à idade e ao peso do paciente. Todo paciente tem risco real ou potencial para uma ou mais complicações. Não há garantias de que uma complicação séria não venha ocorrer em qualquer caso. As mais frequentes e sérias complicações que podem ocorrer são:

.Infecção de parede, das cavidades corporais (abdome ou tórax), dos pulmões (pneumonias, atelectasia, etc)

Inflamação ou infecção dos órgãos: pâncreas (pancreatite), estômago (gastrite ou úlcera), fígado (hepatite), vesícula biliar (inflamação ou cálculos), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite, cálculos) bexiga (infecção), duodeno (duodenite, úlcera duodenal).

.O baço pode sangrar durante a cirurgia e precisar ser removido. Isto pode aumentar o risco de infecção pós-operatória.

.Insuficiência de órgãos como coração, rim, pulmão, fígado, podem ocorrer após a cirurgia da obesidade.

.Coágulos das veias dos membros inferiores, pelve ou qualquer outro lugar do corpo podem se formar e chegar aos pulmões, causando embolia, com dificuldade de respirar, podendo levar a morte. Este coágulos podem também resultar em edema ou ulcerações, temporárias ou permanentes, nas pernas.

.Líquidos do estômago, do intestino ou de outros órgãos podem sair da cavidade abdominal através da pele, causando fistulas.

.Problemas psiquiátricos e psicológicos podem se fazer presentes, tais como depressão, bulimia, comer compulsivo voraz, anorexia, que requeram cuidados especializados e internação em clínicas psiquiátricas. Levando o paciente a pensar seriamente em desfazer a cirurgia, em certos momentos de crises ou surtos.

.Sangramento do estômago, obstrução intestinal, hérnia da parede abdominal, infarto do miocárdio, embolia pulmonar, abertura dos grampos cirúrgicos, infecção abdominal ou pulmonar, complicações da anestesia, podem necessitar de transfusão sanguínea, de reoperações, de internamento na Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.), para observação ou tratamento de qualquer complicação que venha a ocorrer em decorrência da cirurgia. Nenhum paciente deve se submeter à cirurgia da obesidade se não estiver preparado a aceitar essa possibilidade eventual, porém, real. A estatística no Brasil mostra que aproximadamente 0,5 a 1% dos pacientes morre após a cirurgia da obesidade, dependendo da técnica operatória ou da via de acesso, aberta (convencional) ou laparoscópica. Porém, permanecer obeso traz um risco percentualmente maior de complicações que pode levar a morte.

Após meses ou anos, qualquer tipo de problema nutricional pode ocorrer, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, sais minerais, etc. Sintomas disso podem incluir mal estar, paralisias, confusão mental, manchas, anemia, queda de cabelo, osteoporose, dormência, visão dupla, etc. Após a cirurgia da obesidade é necessário tomar suplementos vitamínicos e acompanhamento regular do cirurgião da obesidade ou de outro médico bem experiente nesta área por toda vida, como forma de controle e prevenção para que estes problemas não aconteçam.

Mesmo que o paciente alcance a meta da perda de peso, não significa que ele estabilize este peso pelo resto da vida, podendo perder mais peso ou eventualmente ganhar peso após este emagrecimento, a qualquer época após a cirurgia.

Com a perda de peso (que depende da constituição física, sexo, idade, bio tipo, reeducação alimentar, exercícios físicos), a pele do abdome, dos braços, do lado interno da coxa, da face e do pescoço, da mama, ou de qualquer outra parte, pode tornar-se flácida, enrugada, curvando-se ou pendurando-se, formando dobras ou aventais. Em decorrência disto, o paciente pode sentir a necessidade de realizar cirurgia plásticas futuras.

Em todas as situações citadas, o cirurgião e a equipe interdisciplinar devem estar disponíveis para discutir, esclarecer as dúvidas e ajudar a resolver as questões que aconteçam, relacionadas com a cirurgia da obesidade.

Eu li tudo acima, que foi descrito pelo meu cirurgião. Eu entendi este material, os riscos, as possíveis complicações, outras opções e escolha de tratamento e os benefícios possíveis da cirurgia da obesidade, bem como a cirurgia que o meu cirurgião recomenda para o meu caso.

Escrevo a seguir o nome da operação proposta pelo meu

Cirurgião: _____

Assinando esta declaração, eu estou demonstrando que li, entendi e aceitei todos os termos acima, sem qualquer dúvida fui encorajado(a) a perguntar todas as questões, sendo todas bem respondidas, e entendi todas as respostas.

Fortaleza, Ce. de _____ de 20 _____.

PACIENTE(nome completo): _____

Assinatura: _____

TESTEMUNHAS (nome completo, grau de parentesco, CPF, assinatura) :

1. _____

2. _____

REUNIÃO DA EQUIPE DA CIRURGIA BARIÁTRICA DO HGCC

A reunião inclui a presença dos profissionais da equipe inter-disciplinar, de obesos, familiares dos pacientes candidatos a operação e ex-obesos operados (ou novos-magros) e objetiva fornecer o máximo de informações e discussões que incluem:

- ♣ explicação da cirurgia a qual o paciente vai ser submetido;
- ♣ alternativas clínicas e cirúrgicas;
- ♣ riscos e complicações cirúrgicas;
- ♣ resultados;
- ♣ benefícios esperados;
- ♣ exames e seguimentos requeridos a logo prazo;
- ♣ conseqüências a longo prazo;
- ♣ riscos de mortalidade;
- ♣ responsabilidades esperadas do paciente;
- ♣ que o paciente deve e não deve, pode e não pode fazer para obter melhor resultado;
- ♣ depoimento de ex-obesos operados (novos-magros), relatando sua história progressa, as dificuldades e as conquistas da situação atual;
- ♣ facilitar o ajuste físico, emocional, psicológico, social e familiar dos pacientes;
- ♣ esclarecer dúvidas e temores dos pacientes;
- ♣ estimular a procura da equipe inter-disciplinar, sempre que necessário;
- ♣ comprometer o paciente e seus familiares nas suas obrigações para que a cirurgia alcance o objetivo desejado.

Participei da reunião da equipe da cirurgia bariátrica do HGCC no dia _____

de _____ de 20 _____ juntamente com _____

TESTE DE ENTENDIMENTO DESTINADO AOS PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA

O Teste de Entendimento abaixo é composto por 19 (dezenove) questões do tipo CERTO/ERRADO. Este exame é realizado para mostrar a seu cirurgião que você entendeu as informações discutidas com ele e com a equipe inter-disciplinar no preparo pré-operatório. Se você responder qualquer questão incorretamente, isso alertará ao seu cirurgião a rever e rediscutir o assunto com você e, posteriormente, quando o cirurgião estiver satisfeito com seu entendimento, refará o teste. Caso faça o teste novamente, usando o mesmo questionário, favor datar e assinar sua alteração na resposta.

Todas as questões são CERTO/ERRADO. Por favor, circule e assine (rubrica) somente na resposta que julgar correta

1. Há outras cirurgias disponíveis para a obesidade mórbida, além da indicada pelo meu cirurgião.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 2. As costuras do intestino e o grampeamento do estômago NUNCA abrem, resultando em vazamento e infecção.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 3. Coágulos nas pernas ou pelve podem suceder da cirurgia da obesidade. Estes coágulos podem se desprender e se encaminhar para os pulmões causando uma sensação de falta de ar e dor no peito.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 4. Poucos meses depois da operação da obesidade, o paciente é capaz de comer e beber qualquer coisa que ele deseje e em qualquer quantidade.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 5. A cirurgia da obesidade GARANTE ao paciente a perda permanente de peso após esta cirurgia.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 6. Diabetes, hipertensão arterial, dores musculares e articulares, apnéia do sono e outras doenças SEMPRE melhoram após a cirurgia da obesidade.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 7. Existe a possibilidade de necessitar de cuidados intensivos no hospital (U.T.I.), por um tempo curto ou longo, após a cirurgia da obesidade.

CERTO	ERRADO
-------	--------
 8. Algumas vezes, a re-operação é necessária devido ao sangramento, hérnias, úlceras, abertura dos grampos cirúrgicos, fistula, obstrução do intestino ou estômago ou outras causas.

CERTO	ERRADO
-------	--------
-

9. Esta operação da obesidade necessita de acompanhamento periódico com o médico, por toda a vida. Pode também necessitar de outras cirurgias.

CERTO

ERRADO

10. Após a cirurgia da obesidade, o paciente necessita tomar suplementos vitamínicos por toda a vida e devem evitar fumar, ingerir bebida alcoólica e líquidos hipercalóricos.

CERTO

ERRADO

11. Após a cirurgia, o paciente terá que mastigar bastante todos os alimentos sólidos, sob o perigo de, se não mastigar corretamente, ao engolir, ficar com dor, vomitar e obstruir a passagem dos alimentos, e até necessitar de endoscopia ou cirurgia.

CERTO

ERRADO

12. A cirurgia da obesidade NÃO é um procedimento grande ou de risco.

CERTO

ERRADO

13. Algumas vezes os pacientes vomitam bastante, depois da cirurgia da obesidade.

CERTO

ERRADO

14. Após a cirurgia da obesidade, o paciente tendo alta hospitalar, deve seguir rigorosamente as instruções médicas.

CERTO

ERRADO

15. NENHUM paciente apresenta depressão após a cirurgia da obesidade.

CERTO

ERRADO

16. Foi garantido que o paciente perderia peso e manteria esta perda de peso depois da cirurgia da obesidade.

CERTO

ERRADO

17. Após a cirurgia, o paciente pode apresentar cólicas abdominais e diarreias, especialmente após comer determinados alimentos ricos em gorduras e açúcares.

CERTO

ERRADO

18. No Brasil, aproximadamente um paciente em cem (1%), morre devido a complicações desta cirurgia.

CERTO

ERRADO

19. Após a operação, no primeiro mês a dieta é líquida, no segundo mês a dieta é pastosa. Somente depois do terceiro mês de operado o paciente poderá alimentar-se de sólidos. SEMPRE mastigando exaustivamente.

CERTO

ERRADO

Certifico que fiz o teste sozinho(a), sem qualquer ajuda nas respostas deste questionário durante o exame:

PACIENTE: _____

EXAMINADOR: _____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Os discursos que circulam no grupo terapêutico realizado com pacientes diagnosticados obesos do Hospital Geral César Cals – HGCC.

Pesquisadora: Shirley Dias Gonçalves.

Professora Orientadora: Prof^ª Dra. Luciana Lobo Miranda.

1. Natureza da pesquisa

Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade analisar quais os discursos que circulam no grupo terapêutico realizado com pacientes diagnosticados obesos do Hospital Geral César Cals – HGCC e como os sentidos produzidos por esses discursos subjetivam esses pacientes.

2. Participantes da pesquisa

Pacientes com diagnóstico de obesidade que participam do grupo terapêutico no Hospital Geral César Cals - HGCC.

3. Envolvimento na pesquisa

Esse estudo será desenvolvido durante a sua participação no grupo terapêutico coordenado pela psicóloga responsável da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital Geral César Cals - HGCC e com a presença da pesquisadora. Cada encontro do grupo tem duração aproximada de 1 hora e 30 minutos.

Você tem a liberdade de recusar a participar e pode ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você.

Sempre que quiser, você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone 8770-4145 ou do e-mail shirleydiasgoncalves@gmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HGCC à Avenida do Imperador 372, Bairro Centro - Telefone. (85)3101-5354; E-mail ceap@hgcc.ce.gov.br

4. Riscos e desconforto

A participação nesta pesquisa não traz complicações, nem desconforto.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas éticas de pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

5. Confidencialidade

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os encontros do grupo serão gravados para facilitar a análise das respostas, porém sua identidade não aparecerá em nenhum documento. Em vez do seu nome, aparecerá um código nos relatórios desta pesquisa. Se você fornecer sua autorização por escrito, assinando a permissão para utilização das transcrições das gravações, os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa, encontros e debates científicos.

6. Benefícios

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esta pesquisa nos forneça informações importantes sobre quais os discursos que circulam no grupo terapêutico realizado com pacientes diagnosticados obesos do Hospital Geral César Cals – HGCC e como esses discursos subjetivam esses pacientes. No futuro essas informações poderão ser usadas em pesquisas mais aprofundadas.

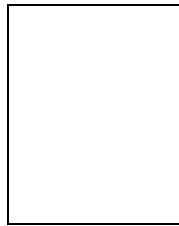
7. Pagamento

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, você poderá receber uma cópia contendo os resultados da pesquisa, se assim desejar. Uma cópia do

Relatório Final da pesquisa será enviada ao Hospital Geral César Cals. A apresentação oral dos resultados poderá ser agendada conforme interesse da instituição e dos participantes.

Eu, _____, RG nº _____ estou suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo acima. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter obtido ou no meu atendimento neste Serviço.

Fortaleza, _____ de _____ de 2010.



Digital do(a) participante (se não assina)

Assinatura do(a) participante

Shirley Dias Gonçalves
Pesquisadora

Profa. Luciana Lobo Miranda
Professora-orientadora da pesquisa

Permissão para utilização das transcrições das gravações

Eu, por meio deste, dou à pesquisadora Shirley Dias Gonçalves a permissão para usar as transcrições das gravações realizadas comigo durante a pesquisa “Os discursos que circulam no grupo terapêutico realizado com pacientes diagnosticados obesos do Hospital Geral César Cals – HGCC” A permissão é para que os conteúdos das transcrições possam ser utilizados em publicações e encontros científicos, em debates entre grupos de pesquisa ou ainda para fins didáticos. Eu estou ciente de que os participantes da pesquisa não serão identificados pelo nome e que meu anonimato e privacidade estarão preservados.

Fortaleza, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do(a) participante

ANEXO 3

Folheto da Unidade de Cirurgia Bariátrica

**SE VOCÊ TEM EXCESSO DE PESO
FAÇA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

PREFIRA 
Frutas, peixes e aves sem pele, legumes, verduras, leite desnatado, óleo vegetal, carnes magras e queijos brancos

EVITE 
Frituras, miolos, bolos, sorvetes, chocolate, gemas de ovos e carnes gordas

FAÇA ATIVIDADES FÍSICAS


FUTEBOL, NATAÇÃO, CAMINHADAS, DANÇA, BICICLETA

CONTROLE O PESO

NÃO ABUSE DE ÁLCOOL

NÃO FUME 

EVITE O STRESS

PATROCÍNIO:
HOSPITAL CÉSAR CALS

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
Hospital Geral César Cals - Unidade de Cirurgia da Obesidade
Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional Ceará
Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
Sociedade Brasileira de Diabetes - Regional Ceará

**PREVENIR E TRATAR
OBESIDADE
É EVITAR:**

Diabetes - Hipertensão - Colesterol Elevado
Enfarte - Derrame - Trombose.
Câncer de útero, ovário, mama, próstata e de vesícula.
Problemas de articulações, respiratórios e psicológicos.



**11 de Outubro
DIA NACIONAL DE COMBATE À OBESIDADE**

Frente

OBESIDADE É UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

No Brasil 32% da população adulta está acima do peso. São 66 milhões de brasileiros e 2 milhões e quinhentos mil cearenses "pesados". São 1 milhão de brasileiros e 40mil cearenses obesos mórbidos.


De 15 a 25% da população entre 6 e 17 anos é obesa ou está com sobrepeso.

Mais da metade das crianças obesas apresentam colesterol elevado ou elevação da pressão arterial.

O Diabetes Mellitus tipo 2, característico do adulto agora ocorre em crianças e adolescentes obesos.

ATENÇÃO

Crianças com pais obesos tem o dobro de chance de se tornar um adulto obeso.



COMO IDENTIFICAR A OBESIDADE

A obesidade pode ser diagnosticada pelo IMC (Índice de Massa Corporal)
IMC - É o peso em kg dividido pelo quadrado da altura em metros.
IMC entre 25 e 29 kg/m², define sobrepeso.
IMC acima de 30kg/m², define obesidade.
IMC entre 40 ou + define obesidade mórbida.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

$IMC = \frac{PESO(Kg)}{ALTURA \times ALTURA (m)}$



Magro 15 - 20 Normal 20 - 24,9 Pesado 25 - 29,9 Obeso 30 - 39,9 Obeso Mórbido 40 OU +

OBESIDADE ABDOMINAL

A gordura abdominal ou visceral é importante como risco elevado de doenças.

A medida da circunferência abdominal maior que 102cm para os homens e maior que 88cm para as mulheres, define a obesidade abdominal.

PROCURE ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE



MEDIR COLESTEROL NO SANGUE MEDIR AÇÚCAR NO SANGUE MEDIR PRESSÃO ARTERIAL

Verso

APÊNDICE

Tabela com as atividades da pesquisa em ordem cronológica

1ª visita ao Hospital: Conhecendo o espaço	04/06/2009
2ª visita ao Hospital: Sala de espera do ambulatório	05/06/2009
3ª visita ao Hospital: Reunião mensal entre a equipe técnica e pacientes pré e pós-operatório	30/10/2009
Participação da I Caminhada contra a obesidade promovida pela comunidade do Orkut Gastroplastia Fortaleza	31/10/2009
4ª visita ao Hospital: Conversa com a psicóloga	03/11/2009
5ª visita ao Hospital: Sala de espera do ambulatório e conversa com a psicóloga	27/01/2010
6ª visita ao Hospital: Conversa com a psicóloga e envio de documentação para o Comitê de ética do HGCC	03/02/2010
7ª visita ao Hospital: 1º encontro do grupo terapêutico	06/07/2010
8ª visita ao Hospital: 2º encontro do grupo terapêutico	13/07/2010
9ª visita ao Hospital: 3º encontro do grupo terapêutico	20/07/2010
10ª visita ao Hospital: 4º encontro do grupo terapêutico	27/07/2010
11ª visita ao Hospital: Reunião mensal entre a equipe técnica e pacientes pré e pós-operatório	30/07/2010
12ª visita ao Hospital: 5º encontro do grupo terapêutico	09/08/2010
13ª visita ao Hospital: 6º encontro do grupo terapêutico	24/08/2010
14ª visita ao Hospital: 7º encontro do grupo terapêutico	31/08/2010
15ª visita ao Hospital: conversa com a enfermeira	23/10/2010