



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



Leni Maria Vidal Sandoval

**CIRURGIÁ BARIÁTRICA: SIGNIFICADOS SOBRE OBESIDADE E A
EXPERIENCIA DE TRANSFORMAÇÃO CORPORAL**

**Salvador, Bahia
2013**

Leni Maria Vidal Sandoval

**CIRURGÍA BARIÁTRICA: SIGNIFICADOS SOBRE
OBESIDADE E A EXPERIENCIA DE TRANSFORMAÇÃO
CORPORAL**

Dissertação em forma de artigo aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientador: Prof. Jorge Iriart Bernstein
Co-Orientação: Ligia Amparo da Silva

BANCA EXAMINADORA

Dr. Marcelo Castellanos de Pfeiffer
Dra. Nair Lumi Yoshino
Dra. Ligia Amparo da Silva
Dr. Jorge Alberto Bernstein

Salvador, Bahia
2013

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vidal Sandoval, Leni Maria
CIRURGIÁ BARIÁTRICA: SIGNIFICADOS SOBRE OBESIDADE
A EXPERIÊNCIA DE TRANSFORMAÇÃO CORPORAL / Leni Maria
Vidal Sandoval. -- Salvador, 2013.
21 f.

Orientador: Jorge Bernstein Iriart.
Coorientador: Ligia Da Silva Santos.
Artigo (Mestrado em Saúde Comunitária) --
Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde
Coletiva, 2013.

1. Obesidade. 2. Cirurgia Bariátrica . 3.
Experiência. 4. Pesquisa qualitativa. I. Bernstein
Iriart, Jorge. II. Da Silva Santos, Ligia . III.
Título.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LENI MARIA VIDAL SANDOVAL

A experiência de transformação corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação,
apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 29 de abril de 2013

Banca Examinadora:



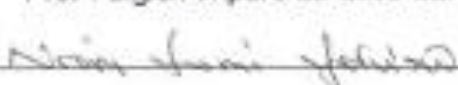
Prof^o. Jorge Alberto Bernstein Iriart - Orientador - ISC/UFBA



Prof^o. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos - ISC/UFBA



Prof^a. Ligia Amparo da Silva Santos - ENUT / UFBA



Prof^a. Nair Lumi Yoshino - FCM/UNICAMP

Salvador
2013

Agradecimentos

Tenho muito para agradecer a tantas pessoas fazendo parte do meu projeto pessoal, de muitos lugares do mundo, do meu país e do Brasil que me acolheu e onde aprendi da cultura soteropolitana, do carnaval, a música e especialmente do mar. Ainda o fato de fazer público muito tempo depois os achados da pesquisa é um motivo para me sentir grata com as pessoas que o fizeram possível. Tanto tempo longe foi uma oportunidade para a redescoberta de mim mesma, entender tantas questões diferentes e acreditar em mim para conseguir realizar um sonho, estudar Saúde Pública no Brasil.

No primeiro lugar, quero lembrar ao meu avó Marino (In Memorial) quem durante o mestrado viajou ao plano espiritual e sei que ele estará muito feliz dos meus logros. Ainda quero agradecer às mulheres da minha vida por ser parte importante de mim, por seu carinho constante, sua força e camaradaria quem me dão tanto animo para escrever.

Aos meus amigos colombianos presentes mesmo na distância que me motivaram para vir no Brasil, assim como aos amigos baianos e do Rio de Janeiro que fizeram que eu me sentisse menos como estrangeira e mais em casa, do seu jeito.

Agradeço ao pessoal do ISC – UFBA por sua diligencia e atenção, seres humanos maravilhosos que com uma palavra amável sempre conseguem fazer a diferença, lembro da época de Gilmar, Antônia, Beatriz, Elinaldo, Marlos, Carla e Jacínea <3. Agradeço por muitos conhecimentos obtidos que eu não procurei num mestrado.

Ao meu orientador Jorge Bernstein Iriart por sua amizade e apoio quem acreditou em mim desde o começo amostrando sua forma de entender outras perspectivas das ciências medicas, agradeço por acompanhar de perto meu processo de aprendizado como cidadã estrangeira e pesquisadora na cidade da alegria, e ainda sou grata por ter compartilhado afinidade musical para cantar. Ainda, sou grata com a Lígia Amparo Santos quem é uma colega admirável com uma forma especial de entender a alimentação e nutrição no contexto da bahianidade nagô.

Aos professores quem me motivaram a assistir sempre em todas as sessões, por sua metodologia e conteúdo, em especial aos professores Jairnilson Paim e Naomar Almeida Filho: a partir das suas contribuições e experiência no Sistema Único de Saúde Brasileiro fizeram único o meu aprendizado.

À família do ISC que foram colegas da caminhada: Davide Rasella, Matilde Peguero, Leila Almeida, Ivete Santos, Sélton Diniz, Ana Dias, Ana Coelho, Bartira Improta, Tiago Bahia, Karina Cordeiro, Camila Andrade, Rosana, Magaly Pinto, Karina Cordeiro e especialmente a minhas paisanas colombianas Yeimi Alzate e Clara Prada pelo apoio, as informações compartilhadas, as reuniões divertidas e risadas durante o mestrado.

À família Sales Noronha, por me fazer parte da sua família especialmente ao Denis quem foi quem me levou para a Bahia a conhecer sua terra linda, também a Vini e Fabrício, três irmãos espirituais junto com a minha tia Jó e ao tio Uilson, onde encontrei uma família Baiana sempre do meu lado. Também a Cecilia Ruther, André Araujo, Lika e Polyana, outra família que foi colo para os momentos de praia e trilhas, ainda a família Brandao: Natan, Edilma, Dálate, Natan e Renata Nasciben tão queridos e especiais.

A Cata e ao Juli que me apoiaram após desse caminhar que ainda não para, pessoas muito queridas da minha vida que estão do meu lado.

À minha Banca Examinadora, pois dialogar com todos ao mesmo tempo e receber apoio simultâneo valeu a pena, além de frutífero, foi muito satisfatório, obrigada por todo.

Ao CNPQ e ao programa PEC PG do Ministério de Relações Exteriores de Colômbia por facilitar esse processo de aprendizagem durante minha estância no Brasil.

Não podia deixar de agradecer aos participantes dessa pesquisa, por compartilhar esse momento tão crucial das suas vidas, cada um de vocês permitiu um entendimento muito além do que esperava.

“Change is not merely necessary to life - it is life.”

Alvin Toffler, 1970

RESUMO

SANDOVAL, L.M.V. Cirurgia Bariátrica: Significados sobre a obesidade e a experiência de transformação corporal. Salvador, Bahia, Brasil 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Bahia. Brasil 2013

Muitas das decisões sobre as mudanças no corpo encontram-se condicionadas pela cultura e as construções sociais do conhecimento. A classificação médica (obesidade) e suas interações com o self, a identidade de “gordo” junto com a normatividade corporal e a associação do corpo magro aos conceitos de saúde, beleza, produtividade e bem estar, desenvolvem questões que reforçam o sofrimento das pessoas gordas, incluso originam a ação em torno da mudança. No presente texto descrevem-se os significados encontrados ao redor do corpo gordo, as motivações principais para a cirurgia bariátrica e a avaliação da experiência pós cirúrgica tardia, por médio de entrevistas semiestruturadas a profundidade a 12 pessoas adultas com a intervenção entre 2 a 5 anos após da cirurgia. A análise do conteúdo das entrevistas foi realizado no ano 2013 e foram exploradas categorias emergentes para apreciação. A cirurgia bariátrica representa uma cura e a última alternativa para ultrapassar o sofrimento associado ao corpo gordo e ás múltiplas alternativas de emagrecimento junto com a diminuição de enfermidades. A intervenção é vista como positiva para a maioria dos entrevistados pois muda uma série de hábitos relacionados a dieta e atividade física, o que constrói um self disciplinado, autocontrolado, restritivo e monitorado com incremento do capital simbólico e impacto na identidade e nas interações sociais.

Palavras chave: Cirurgia bariátrica, experiência da obesidade, self disciplinado, sofrimento moral.

ABSTRACT

SANDOVAL, L.M.V. Bariatrical Surgery: Obesity's meanings and the body transformation's experience. Salvador, Bahia, Brasil 2013. Dissertation (Máster in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Brasil 2013

Many of the decisions about changes in the body are conditioned by culture and the social constructions of knowledge. The medical classification (obesity) and its interactions with the self, the identity of "fat" together with the body's normativity and the association of the thin body with the concepts like health, beauty, productivity and well-being, develop issues that reinforce people's fat moral suffering, even originate the action around the change. In the present article, the meanings found around the fat body, the main motivations for bariatric surgery and the evaluation of the experience was delayed through of semi-structured in-depth interviews with 12 adults with the intervention between 2 until. 5 years after surgery. The analysis of the content of the interviews was carried out in 2013 and emerging categories were explored for consideration. Bariatric surgery represents an accuracy and the last alternative to overcome the suffering associated with the fat body and the multiple weight loss alternatives along with the reduction of illnesses. The intervention is seen as positive for most respondents and a change of habits related to diet and physical activity, which builds a disciplined, self-controlled, restrictive and monitored self with an increase in symbolic capital with an impact on identity and social interactions.

Keywords: Bariatric surgery, disciplined self, moral suffering, obesity experience.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REFLEXÕES COMO PESQUISADORA E CIENTISTA SOCIAL	22
3. ESTADO DA ARTE: Obesidade e Cirurgia Bariátrica na literatura das Ciências Humanas	26
Construindo a identidade nova e o ex gordo	40
4. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	41
4.1. Obesidade e a Cirurgia Bariátrica desde a Visão Biomédica	41
4.1.1. Introdução à Cirurgia Bariátrica	41
Restritivas	42
Mista Predominantemente Restritiva	42
Mista Predominantemente Má absortivas.....	42
Pós - operatório da cirurgia bariátrica	43
Vantagens	43
Complicações.....	43
4.2. O Índice de Massa Corporal (IMC)	45
4.3. Fator de risco ou doença	47
4.4. O fenômeno da transformação corporal da cirurgia e a medicalização do corpo em excesso desde a perspectiva das ciências humanas.....	55
4.4.1. A Desconstrução do “Self” Gordo, Ser Ex Gordo e o “Self” Normal.....	58
5. METODOLOGIA	61
Local e sujeitos do estudo.....	64

Critérios de inclusão.....	65
Critérios de exclusão.....	65
Fonte.....	65
Questões éticas.....	66
Contexto da pesquisa atual.....	66
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	69
6.1. Descrição dos interlocutores.....	69
6.2. Motivações e significados da obesidade: estigma, preconceito e sofrimento moral.....	70
6.3. Das ações normalizadoras e a disciplina do corpo gordo.....	76
6.4. A cirurgia como cura e a alternativa final para o emagrecimento.....	81
6.5. A experiência de transformação do corpo.....	85
6.6 O renascimento e a reconstrução do “self” após a Cirurgia Bariátrica.....	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	; Error! Marcador no definido.
ANEXOS	
ANEXO A.....	109
ANEXO B.....	110

LISTA DE SIGLAS

IBG	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
POF	PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES
ABESO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBESIDADE
DGYR	DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX
DBP/ DS	DERIVAÇÃO BILIO PANCREÁTICA EM SWITCH
BDI	INVENTÁRIO DE DEPRESÃO DE BECK
BES	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK
BAI	ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (BINGE EATING SCALE)
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
CB	CIRURGIA BARIÁTRICA
VIGITEL	VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
OMS	ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.

1. INTRODUÇÃO

Desde uma perspectiva biológica, a gordura é um componente estrutural dentro do corpo e nas suas funções estão as de produzir enzimas, hormônios, membranas, neurotransmissores (responsáveis pelos processos metabólicos) e transporte de vitaminas lipossolúveis. O tecido adiposo regula a temperatura do corpo, protege os ossos e os órgãos de acidentes e fraturas, e é importante como reserva energética para a sobrevivência durante períodos de escassez de alimentos. Portanto, coloca-se a questão sobre as funções da gordura corporal a baixa resistência que os corpos magros teriam a certas doenças, acidentes, fraturas, períodos de inanição, epidemias ou emergências. Um corpo com uma adiposidade média poderia sobreviver mais do que um corpo magro ou com mais fibra muscular. De acordo com as Diretrizes para o Tratamento da Obesidade da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (BRASIL, 2010) “a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação entre genes, ambiente, estilo de vida e fatores emocionais”, portanto, refere-se a uma série de interações o desenvolvimento da mesma. No entanto, um dos fatores mais importantes é o ambiental, que aproximar-se aos aspectos estruturais: “O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade. A diminuição dos níveis de atividade física e ingestão calórica maior são os fatores ambientais determinantes mais fortes”. Desta forma pode-se reconhecer uma relação entre as condições estruturais da modernidade que intervém no consumo e não-utilização de energia consumida. Em termos de energia do corpo, descreve-se uma relação inversa entre o consumo de alimentos e gasto calórico como um determinante de obesidade. No entanto, não se reconhecem fatores estruturais relacionados por exemplo a fatores econômicos e sociais, etc. O discurso sobre a obesidade é geralmente “objetivo” desde a perspectiva da bioquímica, sobre o metabolismo de hormônios, nutrientes e atividades de órgãos: “A obesidade é dada pela hiperatividade da glândula do eixo hipotálamo-hipófise adrenal, onde seu desequilíbrio progressivo está associado ao acúmulo maior de gordura visceral”.

Num tempo anterior o significado hedônico da gordura aparecia constantemente na arte, expressando abundancia, fortaleza e generosidade. Algumas pinturas do século XVII, como a pintura Baco e As três graças de Peter Paul Rubens, ainda obras de Pablo Picasso com Duas mulheres correndo na praia (1922) e mais contemporâneos como Frédéric Blaimont e Fernando Botero refletem sobre a percepção da forma ideal de viver, e conceitua a comida abundante e a exposição pública de corpos gordos nus, como uma tendência de bem-estar, os quais foram elogiados e estabelecidos como tendências estéticas corporais.



RUBENS, P.P As três graças 1635 1 original de arte, óleo sobre tabela de madeira carvalho 2,21 m x 1,82 m



PICASSO, P. Deux femmes courant sur la plage (La course) (1922) Original de arte, óleo sobre tela 34 cm x 42,5 cm



BLAIMONT, F. Couple avec guetteur (2013) n°2513 1 original de arte, óleo sobre tela 97 X 162cm

Em contextos rurais ainda acredita-se que uma pessoa robusta é forte, sem necessariamente assumir que esses significados têm sido modificados pela crescente aparição do corpo magro na sociedade atual. Um corpo “cheio” é necessário para a força do trabalho rural, e o comer em grande volume expressa vigor e alento do corpo para trabalhar. O anterior, percebe o corpo como um meio de produção, diferindo das sociedades urbanas contemporâneas, onde na divisão do trabalho prevalece a automatização das tarefas físicas para obter produtos que garantam as ganancias, e finalmente a aquisição de alimentos, além dos outros propósitos do trabalho.



BOTERO, F. El presidente (2000) Original de arte, óleo sobre tela 198 X 130 cm

Primeiramente se havia considerado a obesidade como uma enfermidade característica de países ricos, não obstante, a tendência parece indicar uma generalização em países de renda média e baixa (SCHMIDT, M. et al 2011). A obesidade tem sido considerada como “o grande mal da humanidade” (WRIGHT, 2009), “A pandemia do século XXI (COOPER, 2011). Igualmente se declarou uma “guerra contra a obesidade” (GARD, WRIGHT 2004), o que gerou numa mobilização à prevenção do risco de excesso de peso e de enfermidades cardiovasculares desde as primeiras etapas da vida. Paralelamente, na medida em que se compreendem as tendências atuais sobre padronização de corpos, autores relatam o desencadeamento massivo de “pânico moral” (GARD, 2005; CAMPOS, SAGUY ERNSBERGER GAESSER, 2006; SAGUY E RILEY, 2005) em torno à obesidade em sociedades urbanizadas.

As pessoas seguem dietas, fazem rotinas de exercícios, tomam medicamentos, esperando que ajam rapidamente contra tal enfermidade. Contudo, em alguns casos não se pode garantir que os indivíduos sigam estes tratamentos, provavelmente por assumirem que um corpo magro é um objetivo e que pode ser alcançado a qualquer custo. Além do que fazer dietas, rotinas de exercício ou tomar medicamentos é um processo que requer tempo e certa regularidade para sua eficácia. O estudo das tecnologias médicas a partir da compreensão das ciências humanas sugere que a cirurgia é a panaceia contemporânea para a obesidade, o grande mal da humanidade (SAGUY, RILEY, 2005; YOSHINO, 2010; ALMEIDA, 2009).

Existem reportes de dados oficiais onde a obesidade é definida como uma enfermidade de origem multifatorial além é um importante fator de risco no desenvolvimento de enfermidades cardiovasculares, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial, isquemia cardíaca e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2010). Adicionalmente se menciona que estas enfermidades constituem a primeira causa de morte, responsáveis por mais do 60% dos óbitos por ano no mundo (De ANDRADE, OPAS/BRASIL, 2011). No relatório POF 2008-2009 (BRASIL, 2009) a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de 1% no mesmo

ano dentro do país. Nas mulheres a porcentagem chega a 22.1% e nos homens 16.5% da população total. Relatórios epidemiológicos comparativos no Brasil indicam que a prevalência do excesso de peso e obesidade tanto em homens como em mulheres aumenta continuamente com a idade (BRASIL, VIGITEL, 2014). 50,8% da população adulta tem excesso de peso, os homens representam o 54,7% em relação às mulheres (47,4%). Em quanto isso, o 17,5% dos adultos tem diagnóstico de obesidade no qual é menos prevalente a maior nível educativo.

Ainda, Salvador é a cidade com maior número de horas na frente do televisor (35,2%), uma das mais altas do país para homens e mulheres (BRASIL VIGITEL, 2014) num contexto mais aproximado. Esses dados permitem definir as prioridades da saúde pública para os tomadores de decisões, medidas e ações locais, estaduais e nacionais.

Os dados epidemiológicos registrados sobre a obesidade e sua relação com a mortalidade geram alarme generalizada sobre a prevenção da morbidade e mortalidade associada. O uso de técnicas corporais para o melhoramento do corpo faz-se cada vez mais representativo com certa sensação de “pânico moral” buscando ajustar-se ao padrão de normalidade. Fazendo alusão a esta ideia, vários autores afirmam que se reconheceu o IMC como um indicador de controle individual e populacional como forma de governo dos corpos (EVANS, COLLS, HÖRSCHELMANN, 2011), apontando às teorias sobre biopoder e disciplina de Foucault.

Atualmente, o discurso da normalidade corporal e especificamente sobre massa corporal traz uma relação ambígua entre a satisfação com o corpo normatizado e a necessidade de corrigi-lo e melhorara-lo ainda mais. Evidencia-se, portanto, uma nova etapa de normalização que equivale a não somente ter um peso dentro das faixas construídas como normais, senão que também o corpo tem exigências maiores que obrigam ao indivíduo a investir nele, aperfeiçoa-lo e mudá-lo constantemente. A crença de prevenção do excesso de peso e o medo gerado pela informação das estatísticas, cria formas de cuidado individuais e

coletivas onde o corpo vira um espaço de investimento e gastos na sociedade de consumo, pois os seus significados são ainda complexos e se misturam entre si.

Poderia se disser que uma nova etapa de normalização corporal se caracterizaria pelo constante investimento em técnicas corporais.

Assim, o corpo como unidade de poder legítimo e, além disso, normalizado poderia ser uma forma de classificação e controle social, onde por meio de cada corpo identifica-se e posiciona-se ao indivíduo dentro de um grupo. É bem sabido que o IMC é um indicador de massa corporal realizado por consenso pela antropometria, tal indicador é altamente questionado e não definitivo para certos grupos etários, raciais e condições de saúde específicas (EVANS, COLLS, HÖRSCHELMANN, 2011). Não obstante, parte-se das ciências exatas para a medição e classificação dos corpos, assim dentro da medicina surge a necessidade de quantificar concentrações, limites e velocidades que permitem dar uma aproximação ao significado dos conceitos de saúde e enfermidade. Moulin (2008) afirma que não é fácil falar de normalidade, no máximo de média e de intervalo de confiança, pois os números levam mais a uma condição de risco do que a uma patologia. Portanto, a normalidade corporal não seria tão estrita a poder considerar o sobrepeso como um limite de risco prévio à obesidade. Neste caso, seria relevante o grau de severidade do excesso de peso para ser considerado patologicamente. Desta forma, tal preocupação evidenciada sobre o corpo teria uma aproximação mais ao aspecto sociocultural do que ao risco de morbidez. O risco poderia estar sendo maximizado e percebido como um medo à não aceitação do corpo gordo e ao acomodamento a uma tendência estética permeados em discursos de promoção da saúde.

A sociedade oferece todo tipo de estratégias em torno da mobilização ao redor do controle das doenças associadas a sobrepeso e obesidade, e o aparelho midiático de exaltação do corpo magro que também relaciona-se à felicidade, sucesso, bem estar e qualidade de vida. Surgem fenômenos massificados como as academias no Brasil, os coach fitness quase banalizando o cuidado da saúde e do corpo individual, construindo sujeitos mais disciplinados, magros e dóceis

politicamente; é dizer passivos frente a um ampla alternativa do mercado do consumo saudável.

Monaghan (2011) evidencia uma construção interessante sobre o discurso da obesidade, não como um fenômeno recente, mas um processo histórico baseado em interesses econômicos. Inclui adicionalmente uma visão antropológica chamada de “eu capitalista” que é influenciada por diferentes grupos pertencentes a redes de poder (FOUCAULT, 1979). Por exemplo, refere-se ao sobrepeso como uma construção médica de risco que tem como fim prevenir o desenvolvimento da obesidade. Na sua compreensão o mesmo autor sinala o sobrepeso como um conceito que poderia ser reelaborado, pois a biomedicina contempla o sobrepeso como um desencadeante de enfermidade cardiovascular que conduz até a excessiva mobilização para a prevenção.

A partir da visão das ciências humanas há termos como “estigma” (GOFFMAN, 2012), “discriminação” e “indisciplina” (FOUCAULT, 2008) relatados por indivíduos em entrevistas, onde manifestam o sofrimento que padecem quando se reconhecem como obesos, quando aprendem a viver com um corpo gordo e ao se relacionar com os outros. Além disso, o corpo “gordo” tem sido associado à improdutividade, ônus social e econômico aos serviços de saúde por causa de sua associação com outras enfermidades. É interessante notar a influência da cultura moderna sobre o culto exacerbado do corpo, especialmente nas sociedades onde a estética é dada pelo corpo magro e paralelamente associada com o estado de saúde. Neste ponto, a obesidade estaria sendo maximizada como uma problemática, tanto pela preocupação com a estética do corpo quanto por sua relação subjetiva com o estado de saúde.

Reconhecer-se obeso frente aos indivíduos que não são até em comparação com os mais magros, causaria um “sofrimento moral” (KLEINMAN, 1988) onde a percepção da sua “patologia”, que poderia incluir dor física, será reforçada pelo ambiente social em que se desenvolve. Paralelamente, o sofrimento viria acompanhado com a compreensão de que o corpo gordo significa doença, o que

mobilizaria aos indivíduos á diferentes buscas de corrigir seu corpo e a investir em técnicas corporais, chegando até ás finais como a transformação cirúrgica.

O propósito principal da pesquisa é compreender como os pacientes constroem a experiência de transformação do corpo após a realização da cirurgia bariátrica, incluindo os significados associados à obesidade e as motivações para realizar a cirurgia. Ainda a vivencia da transformação depois da intervenção cirúrgica junto com a relação entre emagrecimento e alimentação.

2. REFLEXÕES COMO PESQUISADORA E CIENTISTA SOCIAL

Alguns aspectos devem ser destacados previamente ao desenvolvimento da presente pesquisa que pretender abranger duas perspectivas: a nutrição como ciência biomédica racionalizada no conhecimento e como disciplina normativa junto com as ciências sociais. Estas últimas pretendem investigar a complexidade de um fenômeno relacionado à massificação do universo de conceitos em torno do cuidado da saúde, analisando discursos de patologização do corpo em excesso, as técnicas corporais, onde se inclui a dieta, a atividade física, os medicamentos e a cirurgia bariátrica, num contexto de culto ao redor do corpo, a praia e o carnaval.

Têm modelos hegemônicos de magreza dados pelo conhecimento biomédico, em contraste com a heterogeneidade de corpos num local como o estado da Bahia – Brasil, e em paralelo, a noção de saúde ligada ao corpo obeso, eixo principal do estudo. Existem condições demográficas, educativas, económicas, políticas, culturais e até históricas que influenciam os fatores particulares, onde o discurso da epidemia da obesidade é uma maneira de justificar causas individuais para problemas estruturais. Porém estabelecem pontos de encontro como é o cuidado da saúde e do corpo, em torno ao discurso das doenças crónicas não transmissíveis relacionadas ao excesso de peso corporal.

Compreender a experiência destes indivíduos e suas ideias prévias sobre corpo e a intervenção cirúrgica na sua vida é pertinente, num contexto tão diversificado quanto a cidade de Salvador da Bahia. Ao mesmo tempo é interessante analisar alguns fatores que misturam uma forte tradição em conjunto com as mudanças trazidas pela modernidade.

Alguns autores reconhecem a obesidade como uma enfermidade que causa sofrimento moral mais do que qualquer dor física, agravada por ter uma pressão exaltada pelos médios de comunicação. Por exemplo, Yoshino (2010) descobriu que os entrevistados não reconhecem a obesidade como uma enfermidade, mas saber que isso desencadeia outras enfermidades levanta dúvidas. No entanto, ao final reconheceram que o fato de emagrecer melhorou suas condições de saúde,

apontando para uma enfermidade causada por um descuido pessoal que se mimetizou no cotidiano. A mesma autora afirma que a enfermidade não é o produto de escolha do indivíduo. Em particular, explorar a relação entre o corpo e o trabalho onde os sistemas de classificação estão baseados na identidade visual e o menor uso instrumental do corpo na vida diária origina um risco maior de excesso de peso, a priori. Os indivíduos reconhecem a obesidade como uma enfermidade, identificam-se como obesos e intervêm para transformar o seu corpo (e com ele uma série de conceitos e estruturas organizacionais). Porém há uma série de pontos importantes a considerar para a compreensão da obesidade como uma enfermidade e a recorrência à cirurgia bariátrica, pois, como doença, é diagnosticada quantitativamente com o posicionamento de um intervalo (IMC) e cirurgia é sugerida pela biomedicina para intervalos muito mais elevados.

Identificar-se como gordo pertence à verificação de limitações físicas ao tamanho do corporal, da mesma forma ao encontrar objetos que se comparam com padrões normais de corpo, e como o corpo é tão importante para as relações sociais. A identidade social dos obesos está estampada no seu modo de existir no mundo, ou seja no seu corpo.

Os modos de vida (MINAYO, 1997) como fatores externos das doenças não estão desligados da individualidade biológica embora pareçam separadas e até imodificáveis. É no caso dos ambientes obesogênicos (COLLS, EVANS, 2014) onde o consumo alimentar de um indivíduo não é produto das suas livres escolhas, senão que existem uma série de interesses econômicos que promovem práticas de alimentação menos saudáveis, e esses ambientes desenvolvem a aparição de doenças tais como carie dental, diabetes, hipertensão arterial, excesso de lipídios no sangue, artrite e artroses, dentre outras manifestadas com dores localizadas e associadas a mal-estares por cronicidade das doenças.

Fazer dieta não é simples para os indivíduos, em especial pelo acesso aos alimentos saudáveis, além da força de vontade, a capacidade de aquisição e o suporte social em torno do cuidado da dieta, constituem o sucesso do tratamento.

Além de responsabilizar individualmente o cuidado da alimentação pela capacidade de manutenção de um hábito, é possibilitar ferramentas de negociação para satisfazer e gerenciar a fome com a constância necessária para a obtenção ou manutenção dum objetivo em torno ao seu corpo. Os esquemas de restrição alimentar tomam uma série de cuidados, em especial para assumir um novo corpo magro e outras características que reformulam a identidade. Mais tarde os sujeitos da pesquisa reorganizarão certas atividades e funções do seu corpo dentro de uma estrutura limitada de restrição alimentar.

Aparentemente, toda a gama de cuidados com o corpo que o indivíduo segue ajudaria a construir novas características que definem sua identidade, essa é reformulada constantemente de acordo com os seus atributos físicos num contexto de modernidade tardia. Da mesma forma, propõe-se que a obesidade é uma consequência do consumo acelerado e desordenado na atualidade, provavelmente associado com os múltiplos encontros entre formas de poder no indivíduo, que envolvem condições estruturais determinantes do estado de saúde e enfermidade. Assim, pretende-se estudar como o indivíduo reconstrói um sistema de organização no seu corpo de acordo com a nova condição corporal restritiva. A cirurgia poderia ser interpretada como um fenômeno de renascimento, que levaria a reconstruir autonomamente os sistemas organizacionais que foram ensinados desde o início da vida, e que devem se reconsiderar a partir de uma transformação do corpo.

Paralelamente à problemática surge o questionamento das representações dos corpos baianos no litoral nordeste do Brasil, pois não existem estudos concretos que tragam uma conclusão sobre os corpos grandes e obesos tanto em homens quanto em mulheres. Se bem, conhece-se que a população de Salvador da Bahia está conformada por diferentes fenótipos corporais provenientes de migrações ocorridas na história, resulta importante explorar conceitos sobre normalidade de corpos, estado de saúde e faixas sociais aceitas na população. Dessa forma temos diferentes tipologias de corpos e misturas de afrodescendentes, quanto do tipo indígena e branco europeu ou anglo-saxão o que nos faz trazer à

questão as construções biomédicas da antropometria como ferramenta de avaliação corporal na prática das ciências da saúde. Dessa forma ainda os métodos diagnósticos de corpo tales como o IMC (índice de massa corporal) poderiam ser replantados ao igual que os conceitos sobre normalidade o que entra como doença e o que determina um risco.

Assim, temos a obesidade reconhecida pelas ciências da nutrição e alimentação como um diagnóstico corporal de anormalidade, e que paralelamente traz o significado de doença. Ainda a obesidade não é oficialmente causa de internação hospitalar e sim um fator de risco para desenvolver outras doenças que alteram o funcionamento normal do corpo em determinado momento. A composição corporal tem relação com sua função cotidiana, falando sobre a utilização instrumental física do corpo ainda menor em contextos atuais, sobre tudo num momento de apropriação tecnológica minimizando os usos do corpo. Hoje em dia, o corpo é uma constante de interação social e por tanto de aceitação para o logro de objetivos pessoais, a saber, entrevistas de trabalho, relacionamentos interpessoais, afetivos, desenvolvimento pessoal, em outras palavras, é uma carta de apresentação pessoal.

Coloca-se também a questão sobre as funções da gordura corporal e a baixa resistência que os corpos magros teriam a certas doenças, acidentes, fraturas, períodos de inanição, epidemias ou emergências. Um corpo com uma adiposidade média poderia sobreviver mais do que um corpo magro ou com mais fibra muscular, onde destaca-se que a gordura é um componente importante na constituição de membranas, hormônios, proteção de órgãos e ajudam no funcionamento adequado do cérebro. No presente texto, ainda de buscar descrever algumas relações emergentes descritas pelos entrevistados entre a alimentação e gordura, gordura corporal, e o consumo de alimentos no pós-operatório imediato e tardio, pois é um elemento relevante que poderia estar associado ao sucesso da intervenção e á adequada aderência ao novo corpo, a nova identidade e ao novo eu que encontra se em constante construção.

3. ESTADO DA ARTE: Obesidade e cirurgia bariátrica na literatura das Ciências Humanas

Fez-se uma pesquisa da literatura em bases de dados eletrônicas para localizar pesquisas em Ciências Humanas que estudam a obesidade e cirurgia bariátrica. Pesquisas no Brasil sobre obesidade, gordura e disciplinas corporais contribuem ao estudo deste fenômeno, abordando temas como identidade de gênero, estigma, sofrimento moral, autoconceito, responsabilidade pessoal, sociabilidade e uma série de construções sociais e representações sobre a obesidade.

Outros estudos abordam desde a perspectiva de médicos cirurgiões, psicólogos, a enfermagem e menor grau desde a nutrição. De outro lado, estudos socioantropológicos destacados vêm desde outros países da Europa de Norte América. Em vários deles, as percepções dos pacientes demonstraram que o ato de comer outorga uma espécie de alívio para as tensões vivenciadas, eles percebem-se como diferentes e insatisfeitos com sua aparência física, e experimentam exclusão social. O estigma permaneceu após a cirurgia porque os indivíduos ainda não se sentiam normais pelas mudanças corporais e apresentavam absentismo laboral. Uma coisa a notar é que, em paralelo com a mudança do corpo, as atitudes precisavam mudar e tinham a necessidade de se tornar mais felizes. Azevedo (2006) realiza uma comparação entre alimento, identidade e sociabilidade, destacando o papel dos indivíduos na incursão ao ambiente social, ao dividir a comida como uma forma de se relacionar com os outros. Assim, Azevedo propõe que os indivíduos se sentem mais autossuficientes e independentes dos outros na medida em que emagrecem. Por outro lado, os indivíduos começaram a cuidar melhor do seu corpo e a gostar dele. A beleza de acordo com Azevedo é uma meta, um sinônimo de prazer, assim como apresentar e socializar um novo corpo era o objetivo principal relatado pelos participantes do estudo. A autora descreve suas impressões sobre a obesidade, abrangendo componentes amplos, temas diversos da vida dos indivíduos, desde a descrição dos resultados das narrativas, o contexto dos meios de comunicação, profissional biomédico, alimentação, e refere-se à identidade e sociabilidade do paciente. A perspectiva tem um conteúdo sociológico

ao mostrar ao indivíduo o ambiente social e o papel da alimentação nesta relação. Respeito ao corpo evidencia-se que indivíduos submetidos à cirurgia tiveram a necessidade de usar produtos de cuidados ao serem “dignos” deles pelo fato de serem magros, assim como o comprar itens para pessoas magras e ser elogiado e valorizado pela mudança foi um aspecto a destacar neste grupo.

Paralelamente Throsby (2012) dentro da corrente sócio antropológica inglesa conduz entrevistas a 36 pessoas trabalhando o efeito de normalização da cirurgia ao invés de outras tecnologias e técnicas para a perda de peso, e como é visto o pós-operatório pelos outros. Neste ponto de vista, o corpo torna-se um lugar para tomar a opção mais fácil para a mudança. A segunda seção do trabalho discute as formas pelas quais eles identificaram a cirurgia como uma tecnologia que lhes permite normalizar-se e fazer uso da vigilância alimentar que já haviam eludido anteriormente. O discurso de normalização permanece no contexto de forma inesperado em que a cirurgia torna-se visível para os outros. A investigação foi conduzida a pessoas que foram classificadas clinicamente obesos mórbidos, que fizeram ou estão esperando a cirurgia. Foram entrevistados 29 mulheres e 7 homens. Os pacientes foram selecionados a partir de uma página web como fonte de observação, eles não faziam parte de um estudo sistemático. A maioria dos participantes foram recrutados a partir de um fórum virtual de informação e apoio para pessoas que buscavam e estavam a favor da cirurgia para perda de peso. As entrevistas foram transcritas e analisadas usando a análise de discurso.

Marcelino (2011) realizou um estudo sobre a cirurgia bariátrica como tratamento para obesidade, com o objetivo de conhecer o impacto do tratamento sobre a saúde dos indivíduos. As entrevistas em profundidade foram realizadas com seis indivíduos entre 24 e 47 anos, todos trabalham e residem em Tubarão-SC, entre os quais estavam: 1 homem e 5 mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica destinada a tratar a obesidade mórbida e encontravam-se no processo adaptação à nova situação. O enfoque especial foi dado à história da situação de obesidade, que levou à decisão pela cirurgia, o processo de viver o cotidiano após o tratamento e o retorno ao ritmo de vida.

Nogueira de Almeida e colaboradores (2011) realizaram questionários psicométricos com 414 pessoas (325 mulheres) num estudo longitudinal onde aplicou os questionários Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Compulsão Alimentar Periódica (Binge Eating Scale - BES). Esse estudo quantitativo permitiu achados num serviço de cirurgia bariátrica dum hospital público, onde relatou que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, sugerindo que elas têm um funcionamento psicológico mais frágil com dificuldade em lidar com a angústia. A auto percepção, assim como as competências e habilidades podem refletir nos aspectos internos da personalidade. Os recursos emocionais tais como o trabalho podiam minimizar o sofrimento. As mulheres e os que estavam desempregados eram mais propensos a ter sintomas de depressão. Além disso, os pacientes que estavam desempregados e aqueles com $IMC > 50 \text{ kg} / \text{m}^2$ foram mais propensos à ansiedade. Considera-se a influência de parâmetros socioculturais na percepção da imagem corporal e portanto da autoimagem, a valorização da aparência externa e sentimentos de satisfação com o peso corporal pode ir além do tamanho do corpo real, mostrando também associações com outras variáveis.

É notável, particularmente, a insatisfação com o corpo num nível comum entre essas pessoas, independentemente das suas condições de vida. Julgar o corpo de uma pessoa pode ir além da forma física. A partir deste estudo, acredita-se que uma pessoa ativa profissionalmente tem geralmente experiências mais positivas de autoestima e se sente mais confiante na sua recuperação. Encontraram-se aspectos emocionais em mulheres de diferentes classes de IMC e constatou-se que as mulheres com obesidade grau 3 mostraram mais esforços para se adaptar ao ambiente em comparação com as mulheres com obesidade grau 1. A autora afirma que, apesar da dificuldade de se adaptar, os pacientes obesos tipo 3 buscam o reconhecimento através de outros atributos, como melhor uso de seus recursos cognitivos. Em outras palavras, talvez essas pessoas não tenham recursos cognitivos para conter as experiências de ansiedade, bem como para combater as atitudes de discriminação e preconceito a que estão expostos.

Yoshino (2010) analisa a experiência vivida (concreta) e a representação (ideia) de obesidade num estudo socioantropológico em 15 mulheres e 8 homens, um ano após a intervenção, a fim de evitar complicações pós-operatórias. Neste estudo, houve predomínio do tempo de cirurgia de cerca de um ano e alguns meses. Os entrevistados ainda estavam na fase de encantamento com os benefícios da mesma. No entanto, há casos em que os indivíduos apresentaram depressão e compulsão. Yoshino (2010) explica a obesidade como uma enfermidade ligada ao vício de escravidão do corpo que afeta a atividade das pessoas e tira o poder do enfermo, impregnados de preconceitos, que afeta as relações sociais e a vida em geral. Pode estar ligada ao social, emocional, físico e moral. As entrevistas estruturaram-se com informações básicas, assim como entrevistas semiestruturadas falando sobre o curso de vida das pessoas e a obesidade, nutrição, relações sociais, atividade física, a escolha da cirurgia e adaptações, as alterações subsequentes, condições de saúde, mudanças na identidade social e comportamento alimentar. Um ponto importante que se destacou foi o da relação dos entrevistados com a alimentação mais do que as mudanças corporais e sua identidade social. A alimentação foi questionada durante todo o curso da vida dos indivíduos.

Almeida (2009) realizou entrevistas semiestruturadas com mulheres que se submeteram à cirurgia, há mais de um ano, mulheres de classe média com curso superior, que viviam em Goiânia entre Agosto de 2004 e Janeiro de 2005 e concentrou-se sobre as consequências sociais de emagrecimento por gastroplastia e implicações sociais da obesidade grave. Almeida faz uma contextualização à abordagem desde após-modernidade, fazendo uma pequena resenha histórica sobre a gordura corporal. O autor acredita que há uma época de lipofobia dado pelo medo irracional de gordura corporal nos países ocidentais, e especialmente no Brasil, onde há uma “tendência à medicalização, racionalização e intervenção desenfreada (políticas, produtos, bens) do corpo que afeta tanto mulheres quanto homens” características da era pós-moderna em países industrializados ocidentais. Almeida aborda, basicamente, a noção de alteridade, identidade e estigma.

Motivações e significados para a Cirurgia Bariátrica

Entre os achados de Throsby (2008), em entrevistas com pacientes britânicos a cirurgia era vista como um meio e não um fim, então a partir do ponto de vista foucaultiano a cirurgia é vista como uma alternativa corretiva, ao ser tomada como um método de ação para obter a responsabilidade pessoal por seu peso excessivo. Comenta-se sobre o nível de responsabilidade, como parte do sistema de acumulação do capital, mas também colocando o paralelo entre conformidade e resistência, determinando um “self disciplinado”.

Além disso, esses entrevistados exigiram novas técnicas de disciplina corporal relacionadas à cirurgia como a dieta que foi estritamente controlada. A conclusão traz a questão da cirurgia como forma de responsabilizar e controlar o tamanho do corpo, e aproximou ao cuidado de si à “condição necessária para uma cidadania efetiva e relações sociais”. Evidencia-se que os indivíduos pensavam os efeitos colaterais sociais subsequentes para assumir sua nova identidade social, porque a cirurgia causa certa incapacitação e expectativas no âmbito social. De forma que alguns indivíduos estavam com medo de ser ridicularizados em público pela sua nova identidade.

Em outros trabalhos etnográficos Throsby (2009, 2012), que estuda o corpo múltiplo no contexto da guerra contra a obesidade, realiza uma análise referindo-se a uma equação de significados sobre o corpo, obesidade = enfermidade; cirurgia para a obesidade = saúde melhorada e outros benefícios. De forma que os significados atribuídos à obesidade estão relacionados com a enfermidade que aumenta o risco de outras doenças crônicas. Existe uma política ontológica sobre o corpo múltiplo e seus significados. O estudo etnográfico incluiu uma população de 153 pessoas com entrevistas domiciliares; grande parte dessa população estava pronta para a cirurgia por banda ajustável. Entre os resultados se identificaram três categorias de questionamento, excesso de peso, excesso de consumo e excesso de pele, que atribuem diferentes significados tanto sobre saúde como uma falha moral e dimensão estética social.

Comparado com Magdaleno (2010) e colaboradores desde a abordagem biomédica da psiquiatria, em vez de partir das Ciências Humanas, descobriu que há uma grande fascinação com a cirurgia, como se fosse um fim para resolver todos os problemas, como por um passe de mágica, o que se evidencia pela perda de peso significativa, como se se finalizasse a “luta contra a obesidade”. O sofrimento é notável na fase de pós-operatório tardio, os indivíduos precisam aprender a lidar com suas angústias através de outros meios, passada a primeira fase de “lua de mel”, que mostra uma perda de peso significativa. A partir desta nova etapa encontram-se dois caminhos de reação a via da compulsão e a da depressão. A primeira fase é descrita como sensação de vazio, perda de interesse nas coisas que foram previamente valorizadas, perda de eficiência no trabalho e angústia. Após o primeiro momento de triunfo sobre o sintoma, a característica impulsiva do obeso começa a ser sentida de forma gradual e a pressionar o indivíduo para a comida.

É interessante o ponto de vista da psiquiatria, onde obeso é definido como “impulsivo”, outra prova disso é como se classificam pacientes que foram operados por cirurgia bariátrica com maneiras diferentes de enfrentar os desafios da cirurgia, dando um possível prognóstico às complicações pós-operatórias diferentes. Dentro da classificação de Magdaleno (2009) estão os pacientes de estrutura “melancólica”, “desmentalizada” e “perversa” que exigem tratamento diferenciado pela equipe profissional de saúde.

Da mesma forma Magdaleno e colaboradores demonstraram que, apesar das mudanças físicas e psíquicas que a cirurgia impõe, a aceitação social e uma sensação de reencontro com a identidade que estava coberta pela gordura corporal quebra o círculo vicioso de baixa autoestima - crescimento da ansiedade – impulso alimentar, com melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com este estudo é claro que qualquer candidato que se submeta à cirurgia bariátrica deve passar por um processo investigativo da sua estrutura mental e uma análise profunda, o que seria inviável, porque “os pacientes muitas vezes querem uma solução rápida para o problema”.

Magdaleno também realizou um estudo qualitativo clínico (2010) em mulheres, através de entrevistas estruturadas com perguntas abertas e fechadas numa amostra intencional, com sete mulheres num período de 1,5 a 3 anos após a definição das categorias emergentes e análise qualitativa de conteúdo. Descobriu-se que: a experiência de aceitar a reintegração social é um fator de motivação para manter o desafio de perda de peso; a discriminação social é um fator de risco levando à perda de incentivo para continuar o processo; a recuperação da autoestima e a identidade pessoal são fatores que aumentam a qualidade de vida e os sintomas fisiopatológicos; e, além disso a decepção é um importante fator de risco associado com experiências de insucesso.

Muitos pacientes esperam resolver todos os problemas nas suas vidas após a cirurgia. Magdaleno e colaboradores afirmam que a possibilidade de reconstruir a sua identidade é o fator mais importante na recuperação da autoestima, porque permite prever o sucesso do tratamento, fechando o círculo vicioso que leva a uma maior motivação para continuar lutando contra o reganho de peso. O maior ganho da cirurgia é a experiência de reintegração social e aceitação. Identificou se alguns fatores de insucesso da operação como: 1) a decepção quando o paciente chega ao atendimento com expectativas irreais; 2) os atos de discriminação como fator decepcionante, isso pode chegar ao isolamento mental que é um fator que provoca ocorrência ou o constante aparecimento de um distúrbio psiquiátrico.

Marcelino (2011) aponta que a escolha da cirurgia bariátrica deve-se às dificuldades e frustrações no combate à obesidade através de outros métodos e à expectativa de cura definitiva. Entretanto, a vida após o tratamento, ainda é caracterizada como um processo de luta contínua com mais desafios para reaprender a viver no cotidiano. Há casos no que o indivíduo continua convivendo - sofrendo com os fatores que o levaram à obesidade e suas consequências. Uma análise do texto e da linguagem não verbal facilitou o entendimento de que após a cirurgia se continua vivendo a situação de ser obeso, e que o tratamento da obesidade é uma batalha diária, mesmo após a operação. Tal luta, dependendo do apoio socioeconômico que a pessoa possui acaba afetando a sua saúde integral,

especialmente no aspecto psicossocial. O “milagre” da transformação em pessoas saudáveis deve ser evitado porque a maioria continua a viver com outros fatores limitantes da sua condição histórica.

Marcelino (2011) traz o aspecto dos fatores históricos com o qual os pacientes lidariam após a intervenção, de modo que não estaria simplesmente referindo a uma mudança no corpo visto como a solução para um problema, mas refere-se a um “conflito interno” associado ao sofrimento moral, que estaria relacionado à restrição e à história de consumo do indivíduo, que por sua vez foi descrito por Magdaleno desde a abordagem psiquiátrica.

Em contraste com o anterior, Nogueira (2011) coloca que os pacientes que tiveram um trabalho antes da operação pareciam ter mais recursos emocionais para lidar com a ansiedade. Então, eles podiam sentir menos sofrimento porque o emprego poderia protegê-los. As mulheres e os que estavam desempregados eram mais propensos a ter sintomas de depressão. Além disso, os pacientes que estavam desempregados e aqueles com $IMC > 50 \text{ kg} / \text{m}^2$ foram mais propensos à ansiedade. Ele considera a influência de parâmetros socioculturais na percepção da imagem corporal e portanto, autoimagem, a valorização da aparência externa e sentimentos de satisfação com o peso corporal podem ir além do tamanho do corpo real, mostrando também as associações com outras variáveis.

Chama a atenção a insatisfação com o corpo entre essas pessoas, independentemente de suas condições de vida. Julgar o corpo de uma pessoa, além da forma física julgar ainda uma identidade. De acordo com Rogério Almeida, a identidade é demarcada pela diferença, de modo que construir a identidade mostra as diferenças entre os grupos sociais, bem como normal, obeso. Almeida discute o corpo obeso grave porque além disso o fato de ser obeso severo o faz possuidor de outras identidades, diferente do caso se fosse um corpo esguio que corresponderia ao significado de motivação e autodisciplina.

Almeida interpreta a normalidade do corpo como parte do senso comum da sociedade pelo que, fazendo referência a Durkheim, as pessoas obesas seriam anormais e também teriam uma outra carga de significados negativos para a

sociedade. Cabe destacar a relação que Almeida dá com a sociedade laboral, visto que alguns entrevistados tiveram dificuldade para conseguir um emprego devido ao excesso de peso corporal, que, no contexto da sociedade capitalista moderna se exigem corpos esbeltos, ágeis e visualmente estéticos, especialmente para as mulheres. Da mesma forma Almeida (2009) aborda o corpo na obesidade grave, onde se evidencia o caminho pelos diferentes tratamentos, dieta, exercício, medicação.

Rogério Almeida (2009) relaciona identidade e diferença, associa ao Bourdieu na sua teoria ao mencionar a violência simbólica através do corpo, porque desde que o corpo é um capital simbólico vem a ser uma fonte de conflitos e interesses, pelo que se violenta ao outro com o corpo esbelto frente ao corpo obeso grave.

Mais tarde, Almeida traz o conceito de “alteridade”, que nos permite saber o que o sujeito quer ser, independentemente da identidade que queira construir, a alteridade é reabsorvida em nossa identidade tornando-a mais arrogante, satisfeita e segura de si mesma.

A alteridade que Almeida expõe deixa exposta a dualidade entre o conceito de alteridade e identidade, que explica como o corpo seria o seu construtor principal; onde a alteridade teria maior dificuldade em ser construída dada a construção prévia da identidade de obeso. Isso pode ser impulsionado por um sistema econômico que produz um pouco de satisfação com as características que foram dadas ao indivíduo.

Yoshino (2010) toca o tema da identidade de gordo, em relação aos sistemas de classificação com base na identidade visual, que são ativados por sua aparência para determinados postos de trabalho ou não, somos surpreendidos quando uma pessoa é identificada como transgressora das normas sociais, uma espécie de criminoso. Quer dizer, que ao não se adequar às regras corporais hegemônicas o obeso teria a representação de infrator. É visto que as pessoas têm um padrão alimentar que é influenciado e construído de modo que o alimento torna-se um elemento simbólico, além de ser uma fonte para a sobrevivência do

corpo e a preservação da identidade social (CANESQUI, 2007). A identidade social dos obesos está estampada no seu modo de existir no mundo, ou seja no seu corpo.

A frase “escravo de seu corpo” relatou como a condição de obesidade determinava e restringia a vida cotidiana. Yoshino (2010) em seu estudo realiza uma exploração minuciosa e analítica sobre a obesidade. Pode-se afirmar que se trata de uma enfermidade que causa sofrimento, segundo as definições biomédicas, que aflige os homens e mulheres diferentemente, como por exemplo dificuldade de locomoção, dependência dos outros, problemas emocionais, problemas de saúde, intimidação social provocada por maneiras de olhar discriminadoras, estigma, e preconceito que os acompanha.

De acordo com os protocolos de cirurgia, é necessário um tempo de cinco anos de evolução da obesidade sem sucesso com tratamentos convencionais. De modo que a cirurgia foi um último recurso, depois de várias tentativas frustradas “de trabalho corporal”, onde não houve sucesso a longo prazo com dietas e medicamentos.

No contexto de gênero, as mulheres escolheram ser operadas por fatores associados com os modelos culturais questionados: corpo magro – saúde – beleza, outros relataram problemas de saúde. Em si, a maioria dos entrevistados queria uma mudança radical na sua imagem, melhorar a sua saúde e renovar as suas atitudes frente a si mesmo. Além disso, destaca-se a influência de pessoas como a família, médicos e os próprios meios de comunicação (que não vendem a ideia de normalidade, mas de magreza e repúdio pela obesidade) em tomar a decisão de submeter-se à cirurgia. No apoio social dado por familiares, é discutido, como o indivíduo perde a sua autonomia fazendo que outras pessoas contribuam para sua tomada de decisão.

Yoshino (2010) diz que primeiramente o sofrimento causado pela obesidade é originalmente social e os problemas de saúde agravam o sofrimento moral das pessoas, de modo que o indivíduo percebe-se limitado e também se sente disfuncional para a sociedade. No entanto, o que é funcional? Dentro de uma

sociedade que proporciona certas profissões que não promovem o trabalho corporal (dado pela otimização da produção), o indivíduo teria uma ocupação mais racional que intelectual. Por isso se veria obrigado a trabalhar adicionalmente no seu corpo com uma finalidade preventiva.

Da mesma forma, é válido dizer que ser gordo não é sempre uma escolha do indivíduo, concordando com Yoshino. Entre as conclusões da autora, as pessoas não reconheciam a obesidade como uma enfermidade, mas saber que ela desencadeia outras doenças levanta dúvidas entre os entrevistados que disseram que a perda de peso melhora as condições de saúde, apontando que foi causada por descuido pessoal que se mimetizou no cotidiano.

Um aspecto importante em todo o trabalho de investigação de Yoshino (2010) foi principalmente a falta de controle para comer em excesso, pois foi considerada uma espécie de dependência. Assim, os indivíduos estão divididos entre a necessidade de comer e o limite onde se torna um vício, podendo ser comparado com hábitos como álcool e cigarros que precisam ser ajustados a intervalos ou limites de controle sobre a qualidade e quantidade de alimentos, bem como a dualidade entre alimentos saudáveis e alimentos de prazer e lidar com a tendência ao hiperconsumo.

Estudos consideram a alta efetividade da redução de peso sobre as alterações metabólicas, sintomas e sensações de mal-estar com as dores articulares. Dentro das situações de enfermidade referidas pelos entrevistados de Yoshino, encontraram-se hipertensão, problemas de coluna e alterações na bioquímica sanguínea.

Combater o problema da obesidade parece ser uma sobrecarga nos serviços de saúde, segurança e assistência social, aumentando a vida produtiva das pessoas (YOSHINO, 2010), por isso é necessário otimizar a velocidade e o trabalho dos corpos. Se a obesidade significa enfermidade, então ela também pode ser vista como um problema econômico. Assim, dado que o preconceito existente sobre os indivíduos obesos é significativo no aspecto laboral, especialmente no desenvolvimento do trabalho. No entanto, podemos supor que a relação entre corpo

obeso e trabalho obedece a ideia antecipada de que um corpo obeso trabalharia menos.

A obesidade pode ser considerada uma doença, se ela afeta a atividade das pessoas, ou seja, como um impedimento para o uso instrumental do corpo de acordo com Yoshino (2010) e Carvalho e Martins (2004) falando em termos de atividades laborais e de produtividade. No entanto, pode-se encontrar vários tipos de trabalho em tempos contemporâneos, onde o indivíduo realizaria certas atividades mais intelectuais do que físicas. Assim, o movimento do corpo na pós-modernidade é aumentado, de modo que a obesidade se tornaria ultrapassada e inadaptável à comparação com um corpo delgado.

Yoshino (2010) encontrou que, em alguns casos, o corpo obeso tornou-se um limitador para atividades do trabalho e alguns comentaram sobre a discriminação no local de trabalho. Neste caso, a autora reconhece que os obesos são discriminados devido à sua inabilidade em vez de sua condição como enfermidade. A combinação de salários baixos e discriminação está associada com uma menor estabilidade no trabalho e pode ter um impacto significativo sobre a economia destes indivíduos, especialmente em idades tardias. Estas manifestações explicam em parte os problemas encontrados pelos indivíduos com o corpo em excesso, que trouxe limitações para o trabalho, principalmente ao serem exigidos como “um corpo para trabalhar”. Por outro lado, ao procurar emprego os indivíduos teriam de lidar com o estigma de acordo com o tipo de emprego, igualmente utilizando determinadas maneiras de lidar com o estigma e a discriminação.

A licença médica durante o período cirúrgico estava protegendo os sujeitos de seu ambiente de trabalho, também o excesso de peso corporal tem sido evidente para o comprometimento das atividades de trabalho.

O isolamento foi uma característica do grupo como uma forma de proteção contra a discriminação, real ou antecipada e falta de incentivo para outras atividades fora da área de trabalho somado às vezes por problemas de saúde. É importante relatar que entre as mulheres entrevistadas, a maioria estava no

mercado de trabalho, mas também cuidavam de filhos, casa e família. Yoshino (2010) descobriu que as mulheres encontravam-se mais dispostas a enfrentar o mercado de trabalho competitivo do que os homens, da mesma forma, separou-se a ocupação da profissão. Apesar da escolaridade ser heterogênea os salários eram semelhantes. Grandes diferenças foram encontradas entre os entrevistados sem qualquer relação ao grau de escolaridade.

Yoshino (2010) identifica que os indivíduos têm baixa adesão à prática de atividade física e associam diferentes barreiras tais como os custos (geralmente os indivíduos associam ir a academias) e a falta de, vontade, preguiça e disposição, da mesma forma relataram a falta de tempo devido às dificuldades da rotina de trabalho (transporte, deslocamento, esforço) e é interessante como a autora associa a dificuldade de movimento, ao fato de “não gostar”. No entanto, o discurso de falha moral ou negligência do seu próprio corpo é referido pelos entrevistados que fazem alusão à falta de responsabilidade pessoal.

Claro, a maioria dos entrevistados tinha feito o esforço de buscar diferentes terapias para perda de peso, no entanto, existem caminhos da vida que denotam aumento no peso corporal. O trabalho corporal de realizar atividade física é o método menos utilizado pelos indivíduos da entrevista, indo para outros tipos de tentativas, tais como dieta, fármacos e remédios alternativos. Novamente aparece a relação de poder entre médico e paciente, onde na busca de informações sobre a cirurgia os pacientes relatam que o pessoal médico utiliza (sem saber) linguagem complexa dificultando o acesso ao conhecimento sobre a intervenção, pois a intenção dos pacientes era de conhecer os riscos, benefícios e incertezas sobre a operação.

Entre as descobertas se encontra que as pessoas têm complicações imediatas da cirurgia, que se faz necessário afirmar que o procedimento cirúrgico em si traz riscos às pessoas, principalmente porque é uma intervenção complexa e invasiva.

Algumas pessoas esqueceram algumas complicações após a cirurgia, possivelmente como uma forma de amenizar o peso da “escolha” já que

inicialmente só trazia benefícios. Havia pessoas com problemas decorrentes da operação em relação à aceitação de seu corpo e dissociação entre cabeça e corpo. Posteriormente, a cirurgia exige uma imposição de depender completamente de terceiros para atividades simples como o movimento na cama, as necessidades fisiológicas e outros cuidados corporais.

Almeida (2009), Azevedo (2006), Throsby (2008) e Yoshino (2010) falam de um novo “nascimento” ou “renascimento” com relação às práticas alimentares, igualmente se reconhece que os indivíduos já haviam tido aprendizados na infância, que provavelmente o indivíduo obeso teria perdido a organização sobre as rotinas de alimentação. Um dos aspectos importantes é a gestão da fome, eles devem ter controle sobre certos alimentos, quantidades, mastigação e apetite.

Dada a velocidade de perda de peso inicial e estabilização posterior, Yoshino (2010) propõe uma provável distorção da autoimagem corporal de alguns entrevistados, como, que apesar de mostrar mudanças significativas na balança, roupas obviamente soltas e fotos que revelam as diferenças do antes e depois, os entrevistados teriam dificuldade em reconhecer a nova imagem corporal.

De fato, perder uma quantidade considerável de peso para alguns entrevistados significava perder outra pessoa. A esse respeito, algumas pessoas relataram problemas relacionados com perda de peso (paradoxalmente) no fundo o indivíduo pode sentir que está perdendo uma parte de si.

Grejanin et al (2007) conduziu uma pesquisa quanti-qualitativa com pacientes obesos e profissionais da saúde para conhecer as percepções da obesidade numa Unidade Básica da Saúde (pacientes) e residentes profissionais de Medicina Familiar da Estratégia Saúde da Família em São Paulo, o estudo conduz até o reconhecimento do estigma da obesidade pelos pacientes e ainda mais pelos profissionais da saúde. O sofrimento é evidenciado pelas condições socioeconômicas da população atendida, ainda pelas dificuldades com os usos do corpo, a discriminação que o ato de comer nas camadas populares é visto como uma forma de minimizar as preocupações do dia a dia.

No entanto, existem aspectos positivos em termos de responsabilidade, a cirurgia ajudou as pessoas a trabalhar mais nos seus cuidados pessoais, de modo que elas pudessem usar roupas apropriadas ao o novo tamanho. Contudo, Yoshino destaca que desta maneira os impulsos de consumo deveriam ser controlados. Entre os resultados de Yoshino a cirurgia pareceria significar não um “fim”, mas um “meio” para fazer uma mudança nos estilos de vida dos entrevistados, de modo que ao ser operado e mudar de corpo, seriam reeducados, especialmente em termos de práticas de alimentação.

Construindo a identidade nova e o ex gordo

De fato a cirurgia significa para os entrevistados processos de transformação e padronização do corpo e alteração da identidade social. O corpo para Yoshino é mais um sinal de identidade das pessoas, de modo que ao alterar o corpo é alterada a identidade. A obesidade estigmatizaria publicamente o sujeito, pelo que podem ser abordadas diversas alterações do self após o tratamento médico cirúrgico. Os entrevistados relataram que “tudo mudou”, consideraram a ausência de uma pessoa anterior sendo substituída por uma nova, o que sugere uma mudança de identidade ao sentir-se uma “nova pessoa” ou renascimento (AZEVEDO, 2006; THROSBY, 2008; YOSHINO, 2010).

É interessante como Yoshino fala sobre a não satisfação com o corpo já normatizado, mas que requer ainda melhorias. Situação na qual poder-se-ia dizer que os usuários de cirurgias bariátricas seriam usuários de outras técnicas corporais posteriores. É um sinal de insatisfação e de como a identidade precisa ser modificada constantemente.

Política de identidade: Para os entrevistados, adquirir uma identidade de pessoa normal, ser uma pessoa comum, usar roupas normais e não ter vergonha do seu corpo acaba por ser de grande importância, então estamos diante de uma política de normalidade corporal. É interessante como se inclui o conceito de medo

de desagradar as pessoas e a violência simbólica exercida pelas pessoas magras (YOSHINO, 2010) na aceitação que tiveram em seu trabalho. No entanto, deve-se notar que alguns entrevistados apontam que no grupo de trabalho se encontraram rótulos (apelidos), causando constrangimento público. Neste caso, a maioria dos entrevistados relatou adquirir maior disposição para o trabalho, produtividade e movimento do corpo após a CB. Eles relataram mudanças positivas de vida, no entanto, a partir de uma perspectiva de gênero, as alterações dadas pelos homens pareciam ter mais a ver com o mundo do trabalho e as implicações que alguma vez um corpo gordo experimentou.

4. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Obesidade e a Cirurgia Bariátrica desde a Visão Biomédica

4.1.1. Introdução à Cirurgia Bariátrica

Entre as tecnologias para cirurgia de obesidade prefere-se a "laparoscopia" (BRASIL 2010), que está associada a menores complicações na ferida, dor, tempo de internação hospitalar e de recuperação pós-operatória mais rápida, deve-se notar que esta operação exige uma capacidade especial do cirurgião por ser uma intervenção cirúrgica comandada ao estilo virtual.

Nos protocolos de cirurgia bariátrica não existe qualquer evidência científica para indicar uma técnica específica para a população em geral de obesos, pois depende principalmente das características do doente e da escolha do cirurgião. No entanto, apesar de ser uma tecnologia chamada de "gold standard", a laparoscopia apresenta maior risco de complicações secundárias, como estenose de anastomose e obstrução intestinal pós-operatória. Técnicas laparoscópicas são classificadas por alteração do processo digestivo, podem limitar a ingestão de alimentos (restritivas), reduzir a absorção de nutrientes (má absorção), ou conseguir um efeito combinado (mistas). As seguintes indicações são tomadas das Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Obesidade da ABESO.

Restritivas

Tem-se o balão intragástrico e a banda ajustável, estas técnicas consistem de colocação de tais itens no estômago dando uma maior sensação de saciedade. Visam controlar e reduzir a ingestão de alimentos. Eles são recomendados como um prelúdio para um procedimento cirúrgico definitivo, de modo que poderia significar um ajuste gradual. Por conseguinte, não serão considerados neste estudo, dada a característica transitiva e não definitiva.

Mista Predominantemente Restritiva

Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) É a técnica mais utilizada, destina-se a levar a saciedade prematura devido aos efeitos do tráfego e do desvio de bolo alimentar. A perda de peso é maior do que em outras técnicas restritivas. No entanto, pode causar deficiências de micronutrientes (ferro, cálcio e vitamina B12 em particular), de modo que deve realizar-se quase sempre suplementação nutricional. Em alguns casos utiliza-se adicionalmente um anel de contenção (como Capella e Fobi). A perda de peso varia em torno de 70%.

Mista Predominantemente Má absorptivas

Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Horizontal (DPB). Este procedimento é caracterizado pela redução da porção horizontal do estômago por gastrectomia e excluir todo o jejuno, parte do íleo (as secções de absorção do intestino delgado) e realizar uma alça intestinal comum. Esta técnica produz uma perda de peso pós-operatória, principalmente devido à má absorção de gorduras e de energia. Esta técnica é mais complexa, tem a maior incidência de desnutrição e deficiência de vitaminas lipossolúveis. A perda de peso é de cerca de 80%.

Derivación Biliopancreática com Duodenal Switch (DBP/ DS) Esta é uma derivação da técnica anterior, na que são executadas gastrectomia vertical subtotal, preservando o piloro e anastomose entre o íleo e a primeira porção do duodeno (realiza-se uma alça intestinal de 75 cm) para minimizar os efeitos colaterais de má absorção acelerada da mesma maneira que o pós-operatório anterior, requer maiores cuidados. A perda de peso oscila entre 75% a 80%

Pós - operatório da cirurgia bariátrica

Vantagens

Geralmente, os estudos sobre estas intervenções cirúrgicas evidenciam vantagens expressadas como "melhoria de comorbidades relacionadas à obesidade, estado psicossocial e qualidade de vida." Na verdade, na maioria dos estudos, os pacientes expressam que a perda de peso contribuiu para o tratamento de alterações do metabolismo de nutrientes (diabetes mellitus do tipo 2, a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e função respiratória melhorada, distúrbios do sono, a função cardíaca, doenças articulares, infecções, etc) (BRASIL, 2010)

Complicações

Entre as descobertas encontra-se que as pessoas têm complicações imediatas da cirurgia, o procedimento cirúrgico em si traz riscos às pessoas, principalmente porque é uma intervenção complexa e invasiva. Yoshino (2010) descobriu que alguns esqueceram complicações após a cirurgia, possivelmente como uma forma de amenizar o peso da "escolha" porque inicialmente só trazia benefícios. A taxa de mortalidade associada com a cirurgia varia de 0,1% a 1,1%, dependendo da técnica.

As complicações mais comuns são diarreia tromboembolismo pulmonar ruptura da sutura, fístulas, estenose, infecção e hemorragia (mais comum no início

do período pós-operatório), torção de alça e hérnia intestinal (mais comum no pós-operatório tardio) em menor grau, na DGYR há maior risco de desenvolver diarreia com flatulência excessiva, desnutrição proteica, anemia ferropriva, deficiência de vitaminas e doenças osteometabólicas. A síndrome de dumping pode ocorrer após a DGYR quando há ingestão de doces ou hiperosmolares. Entre as complicações relacionadas à banda gástrica estão deslizamento gástrico da banda com aumento ou obstrução de neoestômago, a erosão da banda e infecção do portal e dilatação de esôfago. As anteriores podem ser evitadas, seguindo as instruções dadas pelo pessoal médico. Aqui vem o papel dos profissionais no conhecimento da condição individual do paciente.

Geralmente, não se realiza uma abordagem dos possíveis problemas decorrentes da operação em torno a seu corpo, dado que foi encontrada uma difícil aceitação de seu corpo e certa dissociação entre a cabeça e o corpo (MAGDALENO CHAIM TURATO, 2009) (AZEVEDO, 2006) (YOSHINO, 2010). De modo que a dualidade que pode existir com o corpo pode trazer sofrimento moral na decisão do indivíduo em relação à cirurgia.

Sobre o acompanhamento pós-operatório.

Existem formas de preparar ao indivíduo para a mudança antes e depois da cirurgia. Algumas vezes a orientação nutricional previa ou a consulta por psicologia poderiam ser as chaves para uma melhor adaptação aos efeitos causados pela cirurgia. Assim, a pessoa estaria ciente de diferentes eventos relacionados com a intervenção como riscos, prováveis sintomas cotidianos post cirúrgicos e mudanças na nova alimentação, além de outras que poderia experimentar.

Afirma-se que a fase de pós-operatório de cirurgia é um fator determinante chave para o sucesso do tratamento para a obesidade, porque é uma intervenção complexa e invasiva que modifica a configuração do corpo, cuidados especiais são necessários. Primeiro, ela sugere a presença contínua de profissionais de saúde, segundo, o apoio social para acompanhar o processo de reorganização, finalmente, adaptabilidade e responsabilidade individual com o seu corpo.

O acompanhamento pós-operatório permite educar o paciente e realizar testes de detecção precoce dos distúrbios nutricionais e metabólicos, igualmente prescrever os suplementos nutricionais necessários. O objetivo da educação nutricional é ensinar sobre quantidades, horários de refeições e hidratação. Um tratamento cirúrgico da obesidade é considerado bem sucedido se se perdeu, pelo menos, 50% de excesso de peso e o paciente deixa de ser obeso mórbido.

A cirurgia exige dependência dos outros para atividades simples como o movimento na cama, as necessidades fisiológicas e outros cuidados corporais. Yoshino (2010) e Throsby (2008) falam de um novo "nascimento" com relação às práticas alimentares, igualmente se reconhece que os indivíduos tinham aprendido já na infância, por isso poderia ser dito que o indivíduo obeso teria perdido a organização sobre as rotinas de alimentação. Um dos aspectos importantes é a gestão da fome, eles devem ter controle sobre certos alimentos, quantidades, mastigação e apetite.

Um dos riscos seria o reganho de peso, por isso é necessário um acompanhamento pós-operatório e a avaliação periódica do mesmo, além que para voltar a um peso significativamente alto é um processo transitório que poderia indicar uma falha no acompanhamento médico e dos profissionais de saúde.

4.2. O Índice de Massa Corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal (IMC) é a primeira forma de classificação do corpo, mediante cálculos aritméticos do peso total em quilogramas sobre a superfície corporal, esta determina normalidade, sobrepeso, desnutrição e obesidade, situando ao indivíduo numa faixa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que o cálculo do IMC dá uma aproximação indireta sobre o estado nutricional, embora apresente limitações, pois não discrimina a composição corporal entre ossos, musculatura, adiposidade e peso dos órgãos. O IMC também chamado de Índice de Quêtelet dá o nome de *homem médio*: e ao citar ao seu descobridor Quêtelet como antepassado da biometria, é que, segundo ele, o homem

médio não é absolutamente um “homem impossível” pois representam a maioria que estão na média e os que se afastam são os menos numerosos. Então é necessário construir um conceito de normalidade a partir da definição segundo a quantificação do corpo em massas, faixas, concentrações, velocidades e frequências (CANGUILHEM, 2009). Paralelamente, existem formas de medir e quantificar o IMC que estão condicionadas pela idade, o sexo, a gravidez e certas condições fisiológicas.

As faixas não são conceitos fixos ou estáveis no tempo, foram atualizadas segundo as construções de conhecimento no diagnóstico médico em décadas, o que é um critério para o cuidado individual e ferramenta útil para contribuir ao estudo da antropologia desde a perspectiva biopolítica e da governabilidade dos corpos presentes em estudos que questionam os discursos de obesidade e sobrepeso (EVANS, COLLS, 2009).

Assim a normalidade, segundo o IMC, estaria delimitada pelo cuidado cotidiano do corpo, que Foucault denomina a administração saudável e natural da vida, uma conduta racionalizada que define ao indivíduo, seu corpo e os elementos que lhe rodeiam, arranjando uma reconstituição do sujeito com o cuidado necessário, suficiente e justo do seu corpo, tomando as articulações da disciplina e da regulamentação (FOUCAULT 1999, 2008).

Quadro 1. Índice de Massa Corporal

IMC	Classificações
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Excesso de peso
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
Maior ou igual a 40,0	Obesidade classe III

Classificação segundo a OMS a partir do IMC

Foucault (1999) apresenta o corpo múltiplo quase infinito, que requer antes ser quantificado do que descrito; tais quantidades permitem compreendê-lo e jogar com as cifras, prevenindo o futuro por meio do passado. É assim como o IMC é uma forma de determinar o risco de enfermidade cardiovascular e igualmente de relacionar o diagnóstico de obesidade mórbida com as taxas de mortalidade e formular estratégias de prevenção. Isto resultaria na compreensão dos significados atribuídos aos corpos e como se localizam na sociedade.

A experiência, a partir deste ponto de vista, passa a ser normatizada, tomando como base um conjunto de cuidados que fazem parte da cotidianidade do sujeito, comumente chamada de estilo de vida, que inclui hábitos como a prática regular de atividade física e a alimentação saudável além de tudo legitimados pelos sistema de cuidado da saúde dos estados (FOUCAULT, 1998). Na lógica do biopoder os “regimes corporais” são considerados como as ações repetitivas disciplinantes no treinamento do indivíduo, convertendo-lhe num corpo mais produtivo economicamente e mais dócil politicamente (FOUCAULT, 1999).

Atualmente, o discurso da normalidade corporal, e especificamente sobre massa corporal, traz uma relação ambígua entre a satisfação com o corpo normatizado e a necessidade de corrigi-lo e melhorá-lo ainda mais. Evidencia-se, portanto, uma nova etapa de normalização que equivale a não somente ter um peso dentro das faixas construídas como normais, senão que também o corpo tem exigências maiores que obrigam ao indivíduo a investir nele, aperfeiçoá-lo e mudá-lo constantemente. O corpo vira um espaço de investimento e gastos na sociedade de consumo, pois os seus significados são ainda complexos e se misturam entre si.

4.3. Fator de risco ou doença

O conceito de “sobrepeso” considera-se o primeiro ponto de partida para as pessoas começarem a perceber o risco e a anormalidade, porque mobiliza ao indivíduo para agir em busca de soluções nos regimes corporais: dietas, exercícios,

complementos e suplementos nutricionais, e até, nos casos mais radicais, fármacos que agem sobre pontos estratégicos de controle do corpo. Prescreve-se o consumo de fármacos ainda para tratar doenças associadas à obesidade, mais comumente diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardíacas, e lesões articulares de membros inferiores. Por isso o corpo gordo é tão temido atualmente parece ser que é um risco ao desenvolver ao longo prazo doenças preditas pela genética. Entretanto, segundo uma revisão de literatura da Associação Americana do Coração gera controvérsia ao deduzir que precisa se de mais estudos para associar os fatores de risco (LEWIS et al 2009) ao sobrepeso e a obesidade, dados os diferentes estudos que foram incluídos com desfechos heterogêneos nas suas correlações de morbidades, situação que concorda com a construção das faixas de risco para mobilizar a população que conduz até a prevenção da obesidade (MONAGHAN, 2011) e descreve os atores presentes num discurso económico de cuidado da saúde.

Os múltiplos significados negativos do corpo gordo têm-se constituído um motivo de sofrimento nas pessoas, nem só pelo fato de ter um diagnóstico biomédico, senão pela identidade evidente, para muitas pessoas, estar além de peso atribui significados negativos e recusados ante a cultura de consumo. Descreve-se que a sociedade encarrega-se de produzir ambientes que induzem às pessoas ao cumulo de gordura dada a alta de oferta de alimentos pouco ou nada saudáveis, e por outra parte, exige a normatividade corporal baseada nos conceitos de saúde, risco e doença, com os padrões estéticos ideais e as relações entre corpo e felicidade, e com os outros valores atribuídos ao corpo magro. Por uma parte, resulta cada vez mais difícil fazer escolhas para um consumo saudável e responsável, em quanto que é mais fácil consumir coisas prontas e adicionalmente artificiais, bem seja pela dinâmica atual ou simplesmente uma tendência para o fortalecimento do mercado econômico.

Desta forma, o corpo gordo passou a ser rejeitado nos diferentes aspectos da vida, porque as preferências favorecem às pessoas com corpos mais adequados ao ideal de magreza, reduzindo as possibilidades do gordo para poder ser aceito

socialmente e só se lograsse ser um gordo *bom-vivant*, simpático, generoso e engraçado (FISCHLER, 1995). A partir da visão das ciências humanas, há termos como estigma, discriminação e indisciplina, relatados por indivíduos nas entrevistas, refletindo sob o sofrimento que padecem quando se reconhecem como obesos, aprendem a viver com um corpo gordo e ao se relacionar com os outros.

Atuar sobre o corpo ante a possibilidade de risco o ameaça percebida é frequente para muitas pessoas dependendo do nível de impacto da cultura de cuidado corporal, ao reconhecer a gordura como sinónimo de doença ou como fator de risco para um perigo iminente de agravamento das condições clínicas, os indivíduos realizam uma serie de mobilizações em torno da redução do peso corporal, apontando as práticas de autocuidado.

Os métodos descritos na biomedicina para redução de peso incluem a modificação do consumo por médio da dieta, o incremento da atividade física e fármacos que agem sobre pontos chaves do corpo. Numa condição exagerada, a escolha orienta-se até intervenções cirúrgicas, nesse ponto o objetivo marcaria a ter um controle do funcionamento do corpo para regular a ingesta ou diminuir a absorção de nutrimentos.

As percepções de risco viram subjetivas, porque ser gordo pode ser mais significativo para um esportista ou um artista do que para um trabalhador de escritório, mas um risco de infarto é para todas as pessoas uma ameaça; o impacto é variável.

O risco percebido pode não ser necessariamente equivalente ao estado de saúde, portanto a teoria do corpo múltiplo atribui que o corpo obeso, além de significar enfermidade, também implique outro tipo de ameaças percebidas de acordo com a cultura, bem como seus significados. Segundo o ponto de alguns pontos de vista em saúde pública (CHIOLERO, PACCAUD, 2009) pode se dar a existência de obesos saudáveis com condições cardiometabólicas benéficas e sem morbidez. Esta nova perspectiva biomédica propõe o estudo destes “obesos saudáveis” para um melhor entendimento dos mecanismos fisiopatológicos de enfermidades associadas ao excesso de peso e seu benefício potencial para a

promoção da saúde em pessoas obesas, separando o conceito de risco e enfermidade, o que originaria o questionamento dos conceitos estabelecidos e diagnósticos que se regem pela massa corporal.

O desenvolvimento da enfermidade cardiovascular envolve processos bioquímicos que são considerados de grande importância e se relacionam com a obesidade, isto é, poderiam efetivamente representar um risco de mortalidade, aumentado na medida em que existe um elevado índice de massa corporal, especialmente quando se expressa à quantidade de tecido adiposo. Assim, para realizar uma cirurgia bariátrica o indivíduo deveria cumprir determinados requisitos, além de um IMC moderado ou severa, e passar por certos protocolos de atenção dos serviços de psicologia, nutrição, medicina e fisioterapia. De acordo com os protocolos de atenção e tratamento para a obesidade, presume-se que a cirurgia bariátrica é um último recurso, prévio o uso de medicamentos, exercício e dieta.

Diferentes questões surgem sobre a busca da cirurgia bariátrica como uma alternativa final e portanto radical para a obesidade. Para o indivíduo a cirurgia parece significar o fim das tentativas fracassadas de adaptação às dietas, rotinas de exercícios e medicação, ou seja, uma finalidade. Pelo que resultaria preocupante para os profissionais de saúde, a ineficácia das suas intervenções ao não conseguir a adesão do paciente a tais procedimentos para redução do peso corporal.

Marcelino (2011) supõe que há uma falha nos tratamentos convencionais que têm permitido aumentar o número de cirurgias bariátricas, atribuindo uma associação direta ao uso de alimentos como forma de compensar necessidades emocionais, onde estaria o foco dos profissionais de saúde. No entanto, esta é uma visão da psiquiatria e ignora a existência de várias perguntas sobre esse discurso, ao evidenciar uma complexidade de outros processos estruturais que tendem a mudar constantemente e entreveem nos indivíduos, tampouco inclui a visão antropológica e a heterogeneidade antropométrica. Mesmo assim, a construção de

conhecimento e a produção de informação supõem uma perspectiva fora das ciências humanas.

O risco percebido pode não ser necessariamente equivalente ao estado de saúde, portanto a teoria do corpo múltiplo poderia atribuir que o corpo obeso, além de significar enfermidade também implique outro tipo de riscos. Tal percepção varia de acordo com a cultura, bem como seus significados. Esta nova perspectiva biomédica propõe o estudo destes “obesos saudáveis” para um melhor entendimento de mecanismos fisiopatológicos de enfermidades associadas à obesidade e seu benefício potencial na promoção da saúde em pessoas obesas (CHIOLERO, PACCAUD, 2009), separando o conceito de risco e enfermidade, o que originaria o questionamento dos conceitos estabelecidos e diagnósticos que se regem pelo peso corporal.

De acordo com a Diretrizes para o Tratamento da Obesidade da ABESO (BRASIL, 2010) o discurso afirma que “a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação entre genes, ambiente, estilo de vida e fatores emocionais”, portanto, refere-se a uma série de interações o desenvolvimento da mesma. No entanto, um dos fatores mais importantes é o ambiental, que se aproxima a aspectos estruturais ao afirmar: “O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade. A diminuição dos níveis de atividade física e ingestão calórica maior são os fatores ambientais determinantes mais fortes”. Desta forma se pode reconhecer uma relação entre as condições estruturais da modernidade que intervém no consumo e não-utilização de energia consumida. Em termos de energia do corpo descreve-se uma relação inversa entre o consumo de alimentos e o gasto calórico como um determinante de obesidade.

No entanto, não se reconhecem fatores estruturais relacionados por exemplo a fatores políticos, sociais, econômicos, etc. O discurso sobre a obesidade é geralmente “objetivo” desde o ponto de vista da bioquímica, sobre o metabolismo de hormônios, nutrientes e atividades de órgãos. Assim, “a obesidade é dada pela hiperatividade da glândula do eixo hipotálamo-hipófise adrenal, onde

seu desequilíbrio progressivo está associado ao acúmulo maior de gordura visceral. Alguns estudos sugerem que um IMC acima de 45 kg/m² está associado com a diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade por causas cardiovasculares, com 90% em severamente obesos (BRASIL, 2010).

Por consenso médico concluiu-se que a obesidade é uma doença que também afeta as classes populares, ao afirmar que “a maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior pobreza e menor educação. Esta associação pode ser explicada pela maior palatabilidade e baixo custo de alimentos de alta densidade energética como açúcar e gorduras” questionando a teoria da “transição epidemiológica” (BATISTA FILHO, RISIN, 2003) (MONTEIRO, et al 2000) que tem uma visão progressista de doenças crônicas não-transmissíveis, de modo que a obesidade não é limitada apenas a determinados grupos de pessoas, mas, em geral, poderia aumentar o desenvolvimento da obesidade em todos os grupos sociais.

A obesidade é reconhecida como uma doença de interesse econômico ao ser associada com “custos indiretos relacionados ao absentismo laboral, licenças médicas e pensão precoce, junto com aumento da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares no sistema de saúde pública” (FISCHLER, 1995; MARQUES, 2002; SCHMIDT et al, 2011; BRASIL, 2010). Do mesmo modo, a cirurgia bariátrica é vista como “um recurso consistente em casos de obesidade grave com falência do tratamento clínico, dando aos pacientes uma redução dos índices de mortalidade e melhoria de comorbidades clínicas, como demonstrado em estudos observacionais de acompanhamento” Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Obesidade (2010). Cerca de setenta estudos estão documentados nesse manual e valida o último recurso para tratar a obesidade grave, relata-se no documento: “Há uma maior associação de risco dependendo da história familiar de obesidade mórbida” (BRASIL, 2010), que não a classifica como um distúrbio psiquiátrico, apesar de ser referida como uma manifestação do conflito interno subjacente. Esta opinião é compartilhada por pessoas comuns e grande parte dos profissionais de saúde. Demonstra-se que a obesidade não está reduzida a uma

alteração corporal, mas que, além disso, está ligada à saúde mental, ao associar os conceitos do corpo múltiplo, a normatividade alimentar e a aceitação social nas relações interpessoais.

Dentro da mesma linha desse documento, encontra-se certa reciprocidade na vinculação de saúde mental à saúde física como causalidades: “O estresse pode ser uma consequência da obesidade, devido a fatores sociais, discriminação e, alternativamente, pode ser a causa da obesidade” com base na comunicação de certas manifestações nos pacientes que são tratados conjuntamente por profissionais de saúde: “sintomas de estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo, e o hábito de comer mais quando há problemas emocionais presentes são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade” (BRASIL, 2010).

Marcelino (2011) em seu estudo reflete sobre o fato de que pacientes obesos vivenciam problemas psicossociais que surgem como resultado de obesidade e que de alguma forma acabam potencializando os fatores que predispõem a manutenção ou agravamento da doença, assim como Magdaleno (2009) supõe que os indivíduos obesos têm uma característica comum, são compulsivos.

Carvalho e Martins (2004) a partir de uma perspectiva similar indica que o corpo coloca-se nessa inter-relação, como parte do ambiente em que vive e, como tal, apropria-se do mesmo a cada momento, interagindo e modificando os processos de transdução da energia. A doença representa a asfixia e a incapacidade do corpo de se apropriar novamente de seu ambiente, independentemente das medidas do corpo. Dentro da relação de matéria-energia entreveem outros ciclos biogeoquímicos e é interessante como os processos biológicos são condicionados por fatores estruturais. O indivíduo não é apenas um corpo é em si um resultado de outros processos coletivos que determinam os estados corporais, ao invés de um ser unicamente biológico, é social, como indivíduo biológico seu instinto de consumo é natural, mas é socialmente condicionado.

O termo “ambiente” como menciona-se anteriormente, possivelmente está relacionado às condições estruturais da sociedade, de modo que este título lhe tomaria transcendência como um fator determinante da doença. Desconhecem-se

os aspectos políticos, econômicos, socioculturais e históricos presentes na etiologia da doença.

Por exemplo, Carvalho e Martins (2004) assume que a normalização do corpo produz conflitos e ambivalências, com especial referência para as regras frente à realidade do indivíduo. Um indivíduo é doente, não por ausência de normas mas por dificuldade de variá-las, um indivíduo enfermo as segue também, mas pouco ou nada flexíveis num corpo passivo, para fazer as suas próprias normas quando exposto ao meio ambiente. Seguindo a linha anterior, a obesidade estaria relacionada à alienação do indivíduo, onde o controle social pode levar a vivenciar, aumentar contradições e dissociações imaginárias; no que o corpo transforma e é transformado pelo ambiente, a partir da sua existência. O indivíduo obeso, desta forma, pode ter conflitos nas suas “redes de poder” (FOUCAULT, 1979) ao refletir sobre as questões na compra de alimentos “saudáveis” disponíveis e a oferta de comidas processadas de menor qualidade nutricional, muito mais acessíveis, assim como a exigência dum corpo esbelto normativo hegemônico pela mídia, a biomedicina e no geral da sociedade. De forma que o corpo torna se objeto de questionamentos a favor do mercado da vida saudável, as construções de conhecimento e a forma pela qual se é percebido na sociedade.

A obesidade é definida por Carvalho e Martins (2004) como uma doença, quando representa um fator gerador de impotência do corpo em relação ao ambiente que lhe é próprio. Por outro lado, a obesidade pode ser definida como um desvio do padrão vigente de normalidade, que é baseado num modelo magro e musculoso de corpo. A sua vez, um corpo gordo é definido como algo anormal numa cultura contemporânea que estabelece um modelo de magreza como uma imagem ideal. Para a terapia, trata-se de elaborar um esquema alimentar que respeite a singularidade do indivíduo e seja desenvolvido em conjunto com a sua participação.

A alimentação saudável seria aquela que sem exigências adapta-se ao indivíduo, de modo que existe a necessidade de regras flexíveis para a compressão da vivência de um corpo singular. O objetivo desta nova normalização para

Carvalho e Martins (2004) é conseguir uma funcionalidade corporal, ao invés de cumprimento de uma regra, ainda num contexto de industrialização dos alimentos e de mudança de padrões culturais alimentarios, que são preponderantes no ganho de peso muito acima dos *fatores etiológicos não modificáveis* descritos no estudo da epidemiologia da obesidade.

O sobrepeso dentro da construção de conhecimento biomédico é um fator de risco e recente denominação patológica, em quanto que a obesidade é uma certa denominação patológica que não pertence *per sé* a uma categoria de risco sem a presença de outros fatores adicionais de internação hospitalar. Após das conclusões mencionadas convém estudar os discursos da gordura e o peso corporal como fator de risco e doença além da perspectiva biomédica.

4.4. O fenômeno da transformação corporal da cirurgia e a medicalização do corpo em excesso desde a perspectiva das ciências humanas

Como parte do sistema de significados e normas sociais, o “sentir-se enfermo” é fortemente influenciado pela cultura (KLEINMAN, EISENBERG, GOOD, 1978) e onde se identificam certas particularidades que vêm da complexidade antropológica e antropométrica. A diferença é o único ponto de encontro na dimensão prática dos indivíduos que serão entrevistados. As relações corpo – indivíduo – sociedade – Estado poderiam ser diferentes dos resultados evidenciados na responsabilidade pessoal, sofrimento moral, estigma e identidade e outras categorias que foram analisadas em outros estudos.

Existem atores encaminhados ao redor da obesidade por exemplo comunidades científicas que dedicam se a investigar, por exemplo, o Conselho de Sociedade profissional da Obesidade nos Estados Unidos afirma que a obesidade deveria ser considerada uma doença (ALLISON, 2008) que produz sofrimento, dolências e mortalidade, pelo que os esforços adiantam investigações para a ações contra a prevenção e controle.

A percepção da doença é subjetiva, depende de fatores psicológicos, psicossociais e culturais, independentemente da base genética, fisiológica ou biológica da

enfermidade (KLEINMAN, 1988) pelo que tomar a obesidade como uma doença (disease), sem quaisquer sintomas, mas com o excesso corporal como um sinal, pode levar a um outro diagnóstico¹. No entanto, dada a presença de comorbidades na obesidade mais grave, apresentar-se-iam alguns sintomas associados a alterações metabólicas e outras comorbidades, tais como, tonturas, dor nas articulações, infartos entre outros que exigem atenção imediata.

Além disso, Kleinman (1986) abarca o tema da somatização da doença, quando afirma que está resulta da manifestação da tensão produzida por um ambiente sociocultural altamente restritivo, que pode estar relacionado com a complexidade com a qual a obesidade é assumida. O indivíduo está num contexto dirigido economicamente ao hiperconsumo, ao excesso de informações sobre normalização da alimentação, emergente à exigência do corpo delgado como padrão de estética e saúde numa mesma ideia. O consumo alimentar é uma escolha livre do indivíduo, as alternativas são diversas no mercado, no entanto, o processo de escolha implica diferentes aspectos, um deles neste contexto é a coexistência de tradição e modernidade.

A obesidade não sempre é uma doença que causa dor no indivíduo, embora concordando com Yoshino (2011) a obesidade poderia produzir um tipo de sofrimento ou dor moral, provavelmente relacionada com a pressão da sociedade, a violência perpetrada por indivíduos com corpos normais, o estigma e outras possíveis causas de sofrimento. Pretende-se fazer a análise da narrativa de identidade quando a obesidade é identificada na sua forma mais grave que interfere com a vida do sujeito e o caminho a transformar-se.

¹ As dimensões conceituais antropológicas consideram *illness* como a *enfermidade* com seus simbolismos na prática e ainda inclui o sofrimento, em quanto que *disease* corresponde a *doença* com a abordagem biológica e classificatória que as vezes não apresenta dor ou sofrimento. Kleinman (1986) introduz o conceito de *sickness* que articula tanto *enfermidade* como *doença*.

A partir deste ponto de vista, pretende-se reconstruir os eventos na vida do indivíduo com seus padecimentos ou não junto com os fatos que motivam a decisão.

Poderia se pensar nos impactos do adoecimento com os termos da significação e as consequências pragmáticas (o conjunto de atividades a reorganizar para lidar com as situações que surgem e as significações profundas como self e identidade) dado que existe uma ruptura-transformação, de forma que a cirurgia poderia ser interpretada como uma ruptura biográfica. Neste sentido seria originalmente a escolha do indivíduo, pois poderia ser um evento intencionado onde o indivíduo passa a ser um sujeito transformador de seu corpo. É afirmar que o corpo que inicialmente foi reconhecido como doente, torna se ativo na decisão de mudar e motiva se com a promessa de melhorar a sua saúde.

Buscar ajuda médica é o resultado da experiência de se sentir doente como última fase de um processo global da experiência subjetiva da enfermidade. Este processo começa com uma percepção de mudanças nas funções do corpo, há um estado de sentir que algo está acontecendo de uma forma não familiar e é interpretada de acordo com a referência de funcionamento individual. A partir dessa perspectiva se pergunta como o paciente tem algum tipo de sofrimento causado pela obesidade, e o nexos casual que o leva a tomar a decisão de usar a cirurgia de redução corporal.

Um risco é ganhar peso, onde a identidade do sujeito disciplinado torna-se difícil de manter, mas também segundo antes ou depois, a perda de peso pode ser usada para descrever o risco de cirurgia por si só chegando a ser visível para os outros. Surge a questão sobre a responsabilidade individual, do mesmo modo frente à possibilidade de ganhar peso novamente, e assim voltar para o peso inicial e o risco de doença cardiovascular associada. A reconfiguração deste novo *self* está implícita na necessidade de transformação num sujeito disciplinado, capaz de exercer controle sobre a alimentação no seu novo corpo.

4.4.1. A Desconstrução do “Self” Gordo, Ser Ex Gordo e o “Self” Normal

Charmaz (1983) afirma que manter ou voltar à vida normal pode ter o símbolo da valorização do “self”, o que está relacionado com investigações existentes sobre os indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica com sucesso e que conseguiram ter tanto um self valorizado como indivíduos, quanto para a identidade que projetam para os outros.

O autoconceito é a organização de atributos que têm sido consistentes ao longo do tempo e da mesma forma, a organização é a chave para a compreensão do “self”. A eliminação de um “self” gordo e a construção de um novo ocasionaria uma perda de si mesmo, uma mudança no autoconceito como “self” obeso ao ser modificado. Assim, a desconstrução e construção do self no pós-operatório, no contexto de modificação de estilo de vida, passaria a realizar uma nova caracterização de atributos, a desenvolver um autoconceito. Especialmente quando se trata de um indivíduo obeso que é visto negativamente pela sociedade, sendo estigmatizado e rotulado por uma doença crônica, possibilitando uma nova apreciação do “self”.

O tratamento pós-operatório como fase de adaptação e reconstrução corporal poderia ser interpretado como uma perda do “self” para o que Charmaz (1983) identifica: Uma vida mais restrita causaria menores oportunidades para construir um self valorizado. Efeitos recíprocos também têm sido evidenciados. De modo que as restrições de consumidor após a cirurgia bariátrica conduziriam a uma perda do “self” em relação a outros indivíduos que mantêm um consumo ativo, após a valorização de seu corpo. Por conseguinte, a vida restrita pertencente à fase pós-operatória e especialmente na fase inicial pode levar ao isolamento social. O indivíduo teria que restringir-se principalmente de seus impulso de consumo para um novo padrão em transição à normalidade.

Durante o pós-operatório a perda de identidade de gordo traria ao indivíduo uma sujeição a uma norma que, concordando com Charmaz, exigir-lhe-ia controle e ação para a valorização do self, onde alguns indivíduos poderiam não apresentar

o sofrimento, devido à sua adaptação à mudança. Caso contrário, como Charmaz aponta, o sofrimento se tornaria o foco de vida, incluindo tratamentos restritivos, períodos de desconforto, consultas médicas e problemas com atividades mundanas que ocupam o espaço em seu cotidiano, de modo que esta desconstrução do “self” é transitória à normalidade de um “self valorizado”.

Por exemplo Throsby (2008) coloca o discurso do novo nascimento após a cirurgia, onde o indivíduo busca recuperar seu “self” como um sujeito disciplinado, que está disponível para exercer e restringir o seu consumo e está pronto para assumir a responsabilidade por seu corpo. Também, a partir da perspectiva de Throsby, é evidente a transgressão de narrativas, mesmo no contexto da cirurgia cosmética onde uma parte especial do corpo ou característica é vivida não como alienada do self, mas uma maneira de distinguir-se do self prévio. Ou seja, é uma desconstrução de um “self” de obeso para um “self” normalizado e portanto valorizado.

Refere-se que a obesidade é um problema associado com a modernidade e sistema econômico. No entanto, alguns estudos sugerem que é especificamente associada às desigualdades sociais. Da mesma forma, estudos realizados em sociedades americanas afirmam que o obeso é uma vítima, geralmente um preguiçoso, estigmatizado e origina um sofrimento moral sobre os indivíduos, no entanto, Salvador como uma cidade de contrastes dados pela junção entre tradição e modernidade e ainda a heterogeneidade da população pode ter hipoteticamente certa conotação de normalidade.

No real contexto da pesquisa é importante colocar que as cidades brasileiras apresentam uma diversidade antropométrica notável, de modo que as características dos corpos podem ser associadas historicamente a migrações onde existem composições corporais diversas, crenças sobre o corpo e uma série de aspectos culturais sobre o lugar de pesquisa, que sugere uma análise diferenciada entre os padrões corporais de normalidade e a realidade dos habitantes.

Sendo uma categoria de intervenção, a cirurgia bariátrica pode ser interpretada como uma decisão de correção corporal, onde o indivíduo assume a

anormalidade de seu corpo e está ativamente envolvido na mudança para a construção de um corpo no âmbito da responsabilidade pessoal. A decisão de ter a cirurgia pode ser uma opção de último caminho para um problema crônico como a obesidade procurando uma nova normalidade.

Segundo o anterior, a cirurgia poderia significar um meio para emagrecer, porém poderia ser ainda uma finalidade em alguns contextos. Nos dois casos, a cirurgia poderia ser uma promessa de novidade, transformação corporal e até recomeço da vida, incluso propor uma nova capitalização do corpo.

Uma questão a destacar é o conceito de normalidade antes da cirurgia bariátrica, pois em diferentes estudos as pessoas não se identificavam doentes ou anormais nem identificavam a gordura como fator de risco para desenvolver doença até o aparecimento de sintomas que estão geralmente associadas a excesso de gordura. A obesidade após a cirurgia pode ter significados diversos para pacientes a partir de uma perspectiva temporal, e quem já foi operado saberia determinar por que escolheu ser operado em relação àqueles prestes a serem operados, de modo que as motivações que os fazem escolher poderiam ser reconhecidas de forma diferente. Um indivíduo que está com diagnóstico de obesidade mórbida poderia optar pela cirurgia sem ser previamente informado da intervenção. De forma que as razões que o levaram a escolher podem ser diferentes das razões de um indivíduo já operado.

Um indivíduo que foi submetido a cirurgia saberia reconhecer facilmente o seu estado antes da cirurgia, daria razões específicas pelas quais ele escolheu fazê-la, sem ser guiado pelo simples fato de que a obesidade crônica produz sofrimento. Além disso, o sofrimento pela condição de “obeso” teria uma força tanto física quanto moral antes da cirurgia, onde mais tarde, o sofrimento pesaria mais em relação à dor física no pós-operatório.

De modo que na exploração do conceito de normalidade antes da cirurgia pretende-se interpretar a existência de sofrimento prévio à cirurgia como um fator determinante de escolha (KLEINMAN, 1986) e reconhecer as causas do mesmo. Uma vez que em estudos determinados, os indivíduos não se percebiam enfermos,

mas padeciam de algum sofrimento moral em relação à sua identidade ou a outras causas. Assim, no discurso de normalidade se percebe que como uma política, poderia ver-se o sofrimento crônico como um fator decisivo para realizar a cirurgia.

A experiência de ser obeso explicita não obedece aos objetivos desta pesquisa, trata-se de encontrar como as pessoas vivenciam uma modificação corporal cirúrgica corretiva e as motivações que determinaram a escolha. Isto tem como objetivo elaborar uma perspectiva tanto fenomenológica quanto explicativa desde as Ciências Sociais sobre uma “tecnologia do corporal”.

5. METODOLÓGIA

A metodologia de pesquisa é uma análise qualitativa da experiência de passar por uma cirurgia para obesidade, busca-se que os indivíduos descrevam a dimensão sobre corpo antes de ser operados, fazendo um estudo retrospectivo sobre os significados sobre corpo, obesidade com relação à cirurgia bariátrica. Dessa forma adentrar em vários conceitos das Ciências Humanas fazendo referência aos relatos das pessoas entrevistadas.

O plano metodológico da hermenêutica sugere selecionar grupos relativamente homogêneos, que compartilhem aspectos comuns e dessa forma agrupar as categorias presentes na fala dos entrevistados, por exemplo, a presença de termos mencionados como sofrimento moral, estigma, identidade, renascer, normalidade, motivações, experiência de cirurgia e as ações disciplinantes permitem conformar uma estrutura organizativa de um corpo em reconstrução ou as emergentes na pesquisa de campo. A agrupação permite identificar a ocorrência de um mesmo signo linguístico que se repete com frequência.

Os resultados da pesquisa são apresentados como uma descoberta de algo pré-existente independente à elaboração do projeto (MINAYO, 2004). A série de significados sobre a cirurgia bariátrica e obesidade foi feita mediante a análise de conteúdo (BARDIN, 1977) classificando os elementos constitutivos num conjunto

por diferenciação. Depois de organizar as categorias previamente, junto com as emergentes e a sua construção (GASKELL, 2002) sobre a análise definitiva, utilizaram-se recursos informáticos para sistematização (N Vivo). Sem deixar de lado a intuição, não nos limitamos à simples transcrições e sistematização de narrativas, senão a observar os contextos da pesquisadora, local, os relatos dos entrevistados e as corporeidades na cultura.

Assumir uma transformação corporal questiona conceitos sobre narrativas identitárias (GIDDENS, 2002) nos casos de reconstrução do self. Porque, a obesidade apesar de ser uma doença crônica, não tem um diagnóstico clínico transversal, mas poderia se originar tanto a partir do início da vida ou no decurso de diferentes fatores que determinariam os significados sobre corpo e a escolha da cirurgia. Por isso, se reafirma o interesse das Ciências Sociais em saber conhecer narrativas da saúde, ao superar hipoteticamente uma condição patologizante. Porém na etapa pós-cirúrgica imediata, o indivíduo tornaria se passivo e minimiza se sua capacidade de agência ao se recuperar e construir as suas dinâmicas de vida.

Destaca-se que a pesquisa se limita à realização de entrevistas, não comportando maiores riscos ou danos para os participantes. Todos os cuidados foram tomados, no entanto, para não prejudicar de forma nenhuma aos sujeitos. As entrevistas foram realizadas num ambiente natural e descontraído tentando facilitar o processo comunicativo entre o indivíduo e a pesquisadora. Antes das entrevistas os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre qualquer dúvida que por ventura tenham acerca da pesquisa ou da entrevista, segundo o termo de consentimento esclarecido (ANEXO B).

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os seus direitos, incluindo o de desistir da participação na investigação em qualquer momento do processo, sem prejuízo nenhum. Ainda foi dito o compromisso de resguardar o sigilo sobre a identidade dos sujeitos visando preservar sua privacidade. De igual forma destaca-se que os resultados da pesquisa poderiam ser divulgados para os participantes que aceitaram voluntariamente fazer parte do projeto.

Na verdade, o propósito foi entrar ao nível individual das pessoas localizando-as nos contextos reais de Salvador. Segundo autores importantes em pesquisa qualitativa (BAUER, JOVCHELOVICH, 2002) é importante o análise dos contextos tanto individualmente como no seus planos sociais de fundo. Paralelamente fazer alusão a Bibeau (1993) onde os caminhos da antropologia médica estariam destinados ao complemento dos elementos discursivos de pessoas (entrevistas) e ao que chamou de dispositivo patogênico estrutural ou de causalidade (contexto atual entre a tradição - modernismo do lugar da pesquisa).

As entrevistas permitem relatar o testemunho da experiência individual ao ter passado por uma transformação corporal cirúrgica, as motivações para fazer cirurgia e o que determina sua decisão como os significados atribuídos à obesidade. Os mesmos autores (BAUER E JOVCHELOVICH 2002) sugerem um planejamento metodológico desde antes da coleta de dados até sua análise, fazendo alegoria a certas táticas empregadas para a organização e desenvolvimento de uma entrevista narrativa.

O roteiro de entrevista proposto foi avaliado e aprovado, com a posterior aplicação às pessoas que estivessem disponíveis e aceitem participar voluntariamente na investigação (ANEXO A). A entrevista foi conduzida pela pesquisadora nos locais que os indivíduos preferiram para facilitar o processo comunicativo, sendo de preferência a residência dos mesmos. Por outra parte, as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas garantindo o sigilo do indivíduo (mediante nomes fictícios) e mantendo reserva nos aspectos que ele considere não públicos. Não existe uma duração determinada para cada entrevista, poderia ser ao redor de uma hora ou mais na construção dos relatos sobre a vida ao redor da cirurgia.

A observação participante incluiria dados não revelados pela comunicação verbal e detalhes que enriquecem a pesquisa registrada em diário de campo. Com a observação participante pretende se ainda encontrar detalhes que envolvam significados adicionais aos relatos dos indivíduos, além que possam evidenciar a coerência ou choque com os diferentes testemunhos das entrevistas. Tais podem

incluir fotografias, roupas, espaços de convivência e relacionamento com pessoas ou consumo alimentar durante o encontro.

De outro lado a observação dos espaços de concentração dos serviços de cirurgia bariátrica resulta pertinente para descrever dinâmicas de atenção e ainda a existência de reuniões de grupos de obesidade que adicionariam detalhes interessantes para o estudo. É conhecido que existem reuniões periódicas conduzidas por equipes interdisciplinares em obesidade, com o fim de partilhar experiências de casos de pacientes operados e ainda estão dirigidos a possíveis candidatos da cirurgia.

Local e sujeitos do estudo

Realizaram-se entrevistas em profundidade com doze pacientes residentes na cidade de Salvador, sugerindo comentar detalhes de seu corpo em torno à cirurgia. O plano metodológico da hermenêutica em antropologia sugeriria selecionar grupos relativamente homogêneos, porém, dentro do contexto atual e em comparação com os resultados da investigação sobre a cirurgia bariátrica em outros estudos, toma-se em conta a influência da heterogeneidade do contexto, tanto histórico, geográfico quanto sociocultural. De acordo com este contexto e a sua riqueza teria mais influência cultural, histórica, que discutimos anteriormente.

A duração das entrevistas foi uma média aproximada de uma hora e vinte minutos. Posteriormente, as entrevistas foram todas, transcritas e analisadas agrupando-as em categorias que delimitam os significados sobre ser gordo/obeso, o sentido da CB e o processo de mudança corporal na vida das pessoas. Os dados foram comparados entre si e fazendo inferências concordantes a sua correspondência semântica

Crêterios de inclusão

Homens e mulheres residentes em Salvador, Bahia, entre 21 e 60 anos de idade que tenham realizado cirurgia laparoscópica, após dois anos da interven o, por qualquer serviço de saúde na cidade e que aceitem fazer parte da investiga o. A proposta   explorar um procedimento cirúrgico, como a cirurgia para bypass gástrico, referida como o método pioneiro de cirurgia para obesidade. Essa técnica corporal dá resultados mais favoráveis, apesar de exigir tratamento rigoroso pela equipe médica, apesar de ser um método que requer maior cuidado no seu tratamento   menos arriscado do que a cirurgia a corpo aberto, dado o nível de invasão e exposi o. A faixa de pesquisa dos sujeitos   entre dois e cinco anos após da conclusão da cirurgia, pois   um período suficiente onde o indivíduo atingiu uma estabiliza o no peso corporal, desempenha atividades diárias e se conseguiu adaptar às mudanças após a cirurgia.

Crêterios de exclusão

Pessoas com lugar de residência diferente a Salvador

Menos de 12 de meses da realiza o da cirurgia, e acima de 60 meses

Menores de idade ou idosos

Os casos de cirurgia de balão intragástrico, banda ajustável (já que são interven es de transi o não definitivas)

Fonte

Fez-se uma busca ativa primária de pacientes voluntários que realizaram a cirurgia. Para isso, se contactou previamente com as pessoas que relatam

informações sobre a existência desses indivíduos em diferentes lugares da cidade. O efeito bola de neve foi chave, na medida em que surgiram novos contatos.

Questões éticas

O presente projeto cumpriu as determinações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Processo 08317712.8.0000.503 e realizado respeitando todas as recomendações da Resolução 196/96 do CNS. Todos os interlocutores assinaram consentimento informado prévio a entrevista, e todos os nomes citados no presente trabalho são fictícios. Além da explicação dos termos de consentimento livre e esclarecido aos participantes da pesquisa, com o compromisso de preservar nomes, datas, locais e quaisquer outras informações que afetem a privacidade dos sujeitos. O financiamento deriva do Convênio PEC – PG do CNPQ e a investigação presente não traz conflito de interesses.

Contexto da pesquisa atual

É pertinente esclarecer que, como pesquisadora estrangeira, a impressão sobre a única trajetória pelas Ciências Humanas é o empirismo da própria prática profissional como nutricionista dietista, me permitiu ser uma “antropóloga médica”. No final todos somos consumidores, donde o simples fato de ter um contato social e de produzir conhecimento resulta parte do senso comum.

Em primeiro lugar, estudar “Nutrição e Dietética” tem um rótulo que é geralmente limitado ao aspecto clínico para as pessoas comuns, que dizem que não vão ao nutricionista porque prescreve dietas para emagrecer ou engordar e não te deixa comer livremente (especialmente na abordagem a pessoas diagnosticadas

com diabetes mellitus tipo II). Na verdade, “Nutrição e Dietética”, pelo contrário, é um exemplo de carreira interdisciplinar, tanto que nas suas áreas de atuação estão entre outras, a ciência e tecnologia de alimentos, administração, serviços de alimentação, nutrição esportiva e nutrição comunitária, especialmente na Universidade Nacional da Colômbia, onde compreendi pela primeira vez alguns aspectos da transdisciplinaridade e multifatorialidade (ALMEIDA FILHO, 2005). A obesidade, então, poderia ser uma problemática que envolve uma relação interdisciplinar, onde influem aspectos econômicos, socioculturais, educativos sobre a relação estabelecida entre a energia-alimento-corpo-sociedade, dentro do indivíduo.

Em segundo lugar, na prática como nutricionista para o Departamento do Amazonas, o trabalho com as comunidades indígenas contribuiu a realizar uma primeira compreensão sobre a “Saúde Coletiva”, a construir e desconstruir conhecimentos sobre saúde e enfermidade a partir de outro enfoque.

O estudo da nutrição e a dieta como condicionantes do corpo traz a questão sobre a relevância da pesquisa qualitativa e a compreensão de certas interações entre disciplinas. Especialmente pelo fato em que o nutricionista converte-se num intermediário entre o conhecimento biomédico, tecnológico, econômico e o contato com o indivíduo e os grupos populacionais. Destaca-se que durante a formação profissional nas universidades públicas colombianas se caracterizam por seu caráter humano que vai além do conhecimento científico, por exemplo, na graduação da Universidade Nacional de Colômbia entram diferentes temáticas afins às Ciências Humanas fazendo alusão à tanto normatividades alimentarias quanto corporais, más também se contempla que não é uma questão absoluta, pois ainda se estudam os alimentos e o corpo dependendo do contexto etnográfico, geográfico, cultural e outros variantes. Ainda o estudo do corpo desde a perspectiva contra hegemónica atual faz questionamentos aos diferentes sistemas que se exercem na sociedade ressaltando os interesses econômicos e demográficos acima do aspecto comunitário.

Ainda, se é ciente da forma em que uma intervenção cirúrgica faz uma mudança na vida do indivíduo, especialmente na fonte do seu funcionamento corporal, que é a alimentação, a educação, a readaptação com os possíveis riscos sintomáticos tais como a anemia, as avitaminoses, a falta de palatabilidade entre outros, porém pelo fato de ser uma novidade o transformar um corpo via uma cirurgia, pareceria ter uma conotação de instantaneidade, onde o significado do processo de mudança desaparece.

Ser obeso ou gordo pareceria não ser importante, é disser as faixas de normalidade não são relevantes para algumas pessoas, porém quando o conceito de risco aparece. Simplesmente assumir uma norma corporal pode ser ou não de relevância e sim se sentir bem.

Por outro lado, o conceito de sofrimento moral poderia ser uma razão importante para escolher a cirurgia, pois a não aceitação do corpo no meio social causaria maior força na decisão, especialmente como uma forma de renúncia ao sofrer, dessa forma o sujeito se tornaria ativo respeito a sua situação “patologizante” socialmente e se for o caso de doença.

Em Saúde Coletiva, geralmente nos referimos à experiência de enfermar e adoecer (KLEINMAN, 1988) (MINAYO, 1997) (DUARTE, 1998), (GEERTZ, 1973) o que nos leva ao interesse de investigar como o indivíduo passa por circunstâncias de mudança da vida cotidiana, assumindo e afrontando a doença com sua dor ou sofrimento. Igualmente umas das metodologias mais utilizadas para sua investigação são as narrativas sobre a experiência da intervenção para a cura das doenças.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. *Descrição dos interlocutores*

Os interlocutores tinham entre 21 e 53 anos de idade, sendo (7) do sexo masculino e (5) do sexo feminino. Deles, (4) se declararam negros, (5) pardos, (3) brancos e (1) mestiço. O estado civil dos entrevistados foi, solteiro (5) pessoas, casado para (3) participantes, união livre para (1) pessoa, 1 (1) separado, (1) divorciada e (1) viúva.

O nível de escolaridade foi: ensino médio incompleto (2), nível médio completo (3), universitários (5) e com pós-graduação (2). A ocupação junto com a escolaridade dos participantes é heterogênea: (3) universitários, (3) administradores atuando como gerente financeiro, chefe de compras e empresário, (1) advogada, (1) enfermeira, (2) auxiliares administrativos, (1) dona de casa e (1) trabalha em manicure. A religiosidade dos entrevistados foi: (2) candomblé, (4) espiritista, (4) protestantes, (1) espiritualista e (1) católica.

A informação sobre a intervenção cirúrgica incluiu o Índice de Massa Corporal e o diagnóstico de co-morbidades prévios a CB. Encontrou-se: Obesidade grau III (mórbida) em (4) pessoas, Obesidade grau II (moderada) em (6) pessoas. No entanto, uma mulher não declarou o IMC, mas informou a presença de diabetes e outro homem não declarou IMC, mas relatou hipertensão arterial e hiperglicemia.

Encontrou-se pelo menos um diagnóstico médico presente em todos os interlocutores, o anterior relacionado ao conceito de risco cardiovascular/gordura: Hipertensão arterial (9), Diabetes Mellitus (3) hiperglicemia (3), problemas osteoarticulares (4), apneia do sono (3), problemas cardíacos (2), hiperlipidemias (3), depressão (2) e hipotireoidismo (1). Observou-se ainda que todos os entrevistados fizeram a cirurgia através do sistema de saúde suplementar composto pelas operadoras dos planos de saúde privados. Nenhum dos interlocutores realizou a CB pelo setor público do Sistema Único de Saúde - SUS, alegando existir limitações relacionadas ao tempo para aprovação do procedimento

e às tecnologias respeito à cirurgia (a maioria tinha preferência pela cirurgia laparoscópica que não deixa cicatriz).

6.2. Motivações e significados da obesidade: estigma, preconceito e sofrimento moral

As preocupações relacionavam-se com as limitações nas atividades cotidianas, a maioria enfatizou as questões de saúde e as faixas de normalidade biológica, em tanto que outros consideraram o estigma associado às barreiras sociais. O estigma foi enfatizado majoritariamente pelos homens, pelo sofrimento gerado durante a interação social ou nas dificuldades para relacionamentos interpessoais. Vários relatam que não eram convidados para atividades, eram ridicularizados e se sentiam excluídos:

Quando eu estava gordo e malhava na academia eu sentia muito isso, eu não era muito chamado a atividades [...] Porque nesses ambientes de academia você não encontra pessoas gordas, você só encontra pessoas malhadas. Porque os gordos se sentem excluídos e não vão. Você já viu um gordo malhando? Eu nunca vi um gordo na academia, não tem. (Alonso, administrador, 41)

Por causa disso, eram piadinhas sem graça, era gente rindo de mim, me faziam coisas assim: (Se tocando a barriga com a mão) Era essa brincadeira entendeu? E sofria muito com isso. (Elias, técnico de computação, 23)

A fala de se sentir “obeso” ainda é um julgamento moral, uma etiqueta, uma categorização do corpo, que está relacionada com a falta de responsabilidade pela saúde, especialmente quando além de ter um corpo grande vem acompanhado da ideia de não fazer uma dieta, não praticar atividade física e a falta de disciplina com essas formas de cuidado (AZEVEDO, 2006; CARVALHO, 2004; GREJANIN et al, 2007; YOSHINO, 2010) que além disso é discutida por Minayo (1997) por

reduzir a saúde ao esforço e o trabalho individual sem tomar os modo de vida na sociedade como fator externo desencadeante.

Alonso refere-se ao julgamento moral das pessoas gordas que são vistas como desleixadas e sem autocontrole apesar de todo o esforço que ele fazia para emagrecer:

Eu sentia que as pessoas olhavam para mim, eu sentia o comentário, que era esse, que eu não me esforçava, que eu era um glutão para perder peso e era isso como eu me sentia em relação com as pessoas. Ao contrário, eu me esforçava e me esforçava demais, malhando, eu fazia luta, e malhava e não conseguia perder peso. Perdia e depois ganhava, perdia e depois ganhava. (Alonso, chefe de pessoal, 41)

Fischler (1995), ao discutir a ambivalência do gordo, destaca sua representação como *bom vivant*, que tem formas de ser aceito, sendo mais simpático, engraçado, generoso ou bonzinho. Essa teoria coincide com os relatos dos interlocutores pois, a conotação de “gordo” é aceito socialmente se tiver essas características que lhe convertem numa pessoa mais agradável. Ser um gordo *bom vivant* poderia ser uma forma de ser incluído, mas também uma forma de ocultar um sofrimento interior.

Alegre... [...] o gordo é alegre! muito alegre, o gordo é alegre demais, o gordo quando é triste [...] é difícil ver um gordo triste... [...] difícil mesmo, a alegria é uma coisa [...] inerente do gordo. (Morgan, funcionário público, 33)

Segundo Kleinman e Kleinman (1997), os significados culturais de sofrimento (tais como castigo ou salvação) poderiam ser elaborados em maneiras diferentes, mas a experiência intersubjetiva de sofrimento se encontra descrita propriamente como uma característica definitiva da condição humana em todas as sociedades. O sofrimento moral é entendido como um aspecto universal da experiência humana ao redor das memórias, nos quais, os indivíduos ou grupos têm estado submetidos ou vivenciam certas formas de cargas, problemas ou

ferimentos no corpo e no espírito, que podem ser agrupados dentro de várias naturezas (KLEINMAN, 1988). As representações sociais sobre o corpo gordo e a funcionalidade do mesmo influenciam a reflexão da condição desviante da norma.

Sentir-se doente entrecruza os diferentes significados sobre normalidade, saúde, beleza e estão realçados em sociedades onde o corpo magro é altamente valorizado. A mídia poderia ter potenciado a decisão da CB pois as tecnologias médicas e comunicacionais reinventam os discursos em torno ao cuidado da saúde e do corpo, interiorizados em narrativas indentitárias respeito a mudanças no estilo de vida (GIDDENS, 2002) e ao uso de terapias, discursos e tecnologias de cuidados que fomentam estratégias de controle e regulação de corpos individuais e sociais (FOUCAULT, 1999)

No entanto, a gordura do corpo para as mulheres não era percebida necessariamente como uma situação negativa de descuido consigo mesma, desleixo ou problema estético, até a percepção de se sentir doente.

[...] Não tinha vergonha, se eu disser para você que andava com vergonha ou triste e que eu me deprimia por estar gorda, é mentira, eu gostava, entendeu? Nunca fiquei deprimida. Sempre gostei de andar penteada e maquiada, arrumada, eu não gostava de ser gorda e andar acabada? Não. Não tinha vergonha de nada, [...] Depois foi que aconteceu isso que aconteceu de ter a pressão alta e tudo. Entendeu? (Eva, manicure 36 anos)

Um corpo robusto já foi considerado belo em épocas anteriores e o conceito da força é trazido pelos entrevistados homens como um sinal de masculinidade. A força expressada em algumas entrevistas difere dos padrões atuais de beleza e exaltam ao corpo magro.

[...] Eu acho que em si isso me prejudicou de eu não me achar em si doente. É uma questão é mais de que as pessoas indicavam com o visual, porém nunca me achei... Achava-me forte...

P: Te achavas forte?

É: “Força”, força mesmo, força braço assim, a saber, que estava numa outra lógica.

P: E agora?

Duma forma diferente né? Agora me sinto forte, mas não tanto né, é questão de que antigamente era aquela brincadeira, aquela força bruta e tal, você brincava com os colegas”. (Elias, técnico em computação, 23)

As diferentes motivações para a cirurgia se agrupam no conceito do corpo múltiplo (THROSBY, 2012). Apesar de mencionar a obtenção de saúde como um principal elemento para a decisão de ser operado, escondem-se interiormente nos relatos o sofrimento associado ao estigma do corpo gordo, principalmente nos homens. A valorização da magreza, o culto à praia e ao carnaval influenciam fortemente os padrões estéticos das pessoas, e as relações sociais prévias à cirurgia parecem estar diminuídas. Em troca, mulheres de camadas populares manifestaram valorizar o corpo antes e depois da intervenção, melhorando a saúde, a percepção de saúde e o autoconceito.

[...] Agora eu nunca deixei de ser gorda, sempre fui gorda, agora uma gorda bem resolvida, nunca fugi do espelho, nunca fugi da balança. Sempre teve na minha casa muito espelho, sempre a balança no banheiro, mesmo gorda me pesava, sempre teve controle comigo... [...] É como eu te falei para mim era tudo normal... pensava assim: o peito tá muito grande a barriga tá muito grande porque eu tive três filhos, porque comi... Eu nãooooo me sentia mal por isso não... eu vestia roupa para gorda, roupa bonita, me maquiava bonita de acordo a minha idade, de acordo ao meu peso, mas nunca me deixei de lado”. (Nina dona de casa, 52)

O propósito de mudar o corpo faz parte de um projeto reflexivo do eu (GIDDENS, 2002) onde vira um território ativo das diferentes esferas da vida. O

indivíduo não está decidindo só intervir seu corpo, ainda está construindo uma identidade e planejando sua vida em forma reflexiva. As motivações para a cirurgia incluem a promessa de uma vida nova e uma inserção aos padrões construídos socialmente e às mudanças do estilo de vida na modernidade, com as ações disciplinares das que os indivíduos são cientes previamente. Mais do que uma intervenção que insere a normalidade na vida do indivíduo em forma passiva, ele já refletiu nas formas de agência para afrontar a obesidade. A escolha final da cirurgia pode ser permeada por interesses implantados em redes de poder (FOUCAULT, 1979) que praticamente induzem ao pensamento da necessidade da intervenção.

A alternativa de redução de peso em casos severos sob critérios médicos é a Cirurgia Bariátrica, onde mediante a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) que evidencia um resultado de obesidade tipo II ou maior, além quando existe o diagnóstico de obesidade tipo I ou II, necessariamente precisa se de diagnóstico de co-morbidades associadas à mesma, são critérios de operação. As mais frequentes no caso são diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, lesões ósteo-articulares, apneia do sono, problemas cardíacos, hiperlipidêmicas e hipotireoidismo.

Os critérios são mais exigentes comparados ao fato de prescrever orientações do indivíduo até um conjunto de mudanças de hábito, pelo que de alguma forma é indispensável certo grau de disciplina para as práticas de autocuidado, evitando ao máximo um procedimento invasivo no corpo. Argumenta-se que as técnicas cirúrgicas -numa forma geral- trocam, substituem e recortam parte dos órgãos do aparelho digestivo, favorecendo as probabilidades de risco a pesar dos avanços das tecnologias corporais na biomedicina. As implicações da mesma são uma forma de punição, seguindo as logicas do castigo de Foucault, de forma que o indivíduo teria de mudar obrigatoriamente virando passivo ao acatar os cuidados recomendados pelos profissionais de saúde. As complicações pós-cirúrgicas ocorrem com frequência nessa etapa e os riscos de mal-estares associados à intervenção desencadeiam o síndrome de dumping e o rompimento

das suturas da cirurgia, os quais podem deteriorar o corpo mais do que contribuir a melhorar suas características fisiológicas. Reflete-se sobre o sofrimento ao se adaptar a regras de normalidade o que significa começar a restrição de comer muito menos do que antes, adotar comportamentos como a prática de atividade física regular ou mesmo aprender a gerenciar a alimentação.

A cirurgia traz consigo um conjunto de situações nas quais a pessoa tem que viver e nas quais tem que aprender a se adaptar com as mudanças do seu corpo. O sentido da cirurgia bariátrica na biomedicina origina o recomeço em todos os aspectos da vida, o corpo, os hábitos, a identidade e as relações com a sociedade moderna. Alguns autores em pesquisa qualitativa (AZEVEDO, 2006; MAGDALENO, 2010; THROSBY, 2008; YOSHINO, 2010) descrevem um “renascer” referindo a aprendizagem de práticas cotidianas nas pessoas que foram operadas para redução de estômago; o indivíduo busca recuperar seu “self” como um sujeito disciplinado, que está disponível para exercer e restringir o seu consumo alimentar, praticar atividade física e no geral, para assumir a responsabilidade do seu corpo.

A normalidade é referida em diferentes dimensões: a normalidade social que corresponde aos usos cotidianos do corpo, a “normalidade” no enquadramento às faixas da biomedicina construídas como normais (Índice e Massa Corporal, indicadores bioquímicos, glicemia, níveis de colesterol, dentre outros). Por fim, há também uma normalidade subjetiva que remete ao fato à aceitação do público e da na interação social sem olhares de reprovação e a melhora da auto-estima. Mudar o corpo por meio de uma cirurgia faz parte de um projeto de reflexividade do eu (GIDDENS, 2002). Assim, a cirurgia traz consigo um conjunto de situações nas quais a pessoa tem que aprender a se adaptar com as mudanças do seu corpo.

Agora, as pessoas me tratam melhor, não me tratam igual a antes, antes me tratavam com olhar discriminativo, e hoje as pessoas me tratam como uma pessoa normal. Para elas normal. Então antes me tratavam como gordo, hoje me tratam como homem. (Rafael, gerente financeiro, 33)

Nas narrativas dos interlocutores, a CB assume múltiplos sentidos representando de um lado a “cura” das enfermidades associadas à obesidade e de outro, um renascimento a partir da construção de um novo corpo (um “normal”) e de uma nova identidade com impacto na autoestima e nas interações sociais. No geral, a intervenção foi descrita positivamente.

6.3. Das ações normalizadoras e a disciplina do corpo gordo

Decidir sobre si próprio possibilita a mudança de uma condição negativa, as alternativas são diversas e as transformações são construídas pela vontade do indivíduo. Inicialmente, fazer uma mudança sobre si mesmo implica adotar ideias novas para trocar práticas com o fim de criar rotinas. A sequência parece simples, mas é uma questão de poder disciplinar. Por uma parte, a ação do poder disciplinar (FOUCAULT, 1999) controla, sujeita e disciplina; do outro lado, também é formador, pois tem a capacidade de construir a subjetividade dos indivíduos que a realizam. A lógica do biopoder tem como objeto normalizar ao indivíduo mediante o exercício das técnicas de controle e vigilância de si mesmo, de forma que o poder exercido pelos aparelhos normalizadores da sociedade, como a mídia, a biomedicina e as ideias que exaltam a magreza, contribuem à aderência à ação normalizadora. Se bem, o poder é mais sutil e não vertical, as mensagens percebidas pelo indivíduo provocam adesão aos novos padrões de normalidade, e os comportamentos estariam sido regulados pelos aparelhos comerciais, dada a oferta de terapêuticos, tratamentos, cirurgias e demais opções em pro da cultura da magreza presente na contemporaneidade.

As ações normalizadoras podem ser interpretadas como técnicas corporais e podem ser medidas pelo tempo e o nível de complexidade. Desde uma perspectiva racional biomédica, a mudança de hábito requer basicamente tempo, vontade e quiçá paciência, o que se converte na forma mais completa de conseguir adotar estilos de vida saudáveis (uma alimentação equilibrada, a prática de atividade

física e abandonando práticas negativas como o consumo de bebidas alcóolicas e o cigarro).

Kleinman e Kleinman (1971) afirmam que a manifestação da tensão produzida por um ambiente sociocultural altamente restritivo produz diferentes formas de expressão cultural do sofrimento (castigo ou salvação), descrito como uma característica definitiva da condição humana em todas as sociedades ao redor das memórias, nos quais, os indivíduos ou grupos têm estado submetidos ou vivenciam certas formas de cargas, problemas ou ferimentos no corpo e no espírito e podem ser agrupados dentro de várias naturezas (KLEINMAN 1986)

[...] A relação com meu corpo era uma relação de frustração porque ... porque não se encaixava naquele padrão. Era uma relação de tentar muitas vezes, por dietas, por atividade física, cada uma mais maluca do que a outra. (Risos) e isso tudo... [...] aí quando não dava certo, era mais frustração, e você se olha no espelho e ficava pensando “vou passar toda minha vida assim”. E isso não é uma coisa agradável. (Fernando, estudante de direito, 23)

Se afirma que o sofrimento pode estar relacionado com a complexidade com a qual a obesidade é assumida. O indivíduo está num contexto dirigido economicamente ao hiperconsumo, ao excesso de informações sobre normalização da alimentação, emergente à exigência do corpo magro como padrão de estética e saúde numa mesma ideia. O consumo alimentar é uma escolha livre do indivíduo, as alternativas são diversas no mercado, no entanto, o processo de escolha implica diferentes aspectos, um deles neste contexto é a coexistência de tradição e modernidade onde as possibilidades para as pessoas conseguirem manter os “estilos de vida saudável” estão delimitadas política e economicamente.

A transmissão de conhecimento legitimado ou não pela biomedicina encarrega-se de validar os esquemas de magreza e beleza, descentraliza o cuidado ao ponto de ofertar academias fitness, coaching em saúde e os multiterapêuticos.

Se bem, às vezes tentar mudar um comportamento pode ser mais difícil do que uma receita milagrosa da mudança, os métodos mais rápidos podem produzir um efeito contraproducente. Diminuir o consumo alimentar como ação disciplinante e normalizadora e a consecução da atividade física regular é uma regra geral aceita comumente de acordo com as dinâmicas sociais e políticas, onde teria necessidade de desenvolver estratégias suficientes e convincentes para a maioria das pessoas.

Aparentemente, tomar uma pílula para emagrecer pode ser mais fácil, pois as substâncias contidas nelas exercem uma ação disciplinar ou de controle sobre uma parte do corpo que é involuntária. A mente trabalha com a vontade da mudança, em quanto que existem pílulas que diminuem a absorção de nutrientes no intestino, fechando o apetite mediante a saciedade do estômago, ou que trabalham no cérebro para o controle da ansiedade; ainda, existem pílulas que têm outros fins diferentes ao emagrecimento e são usadas deliberadamente. Esses métodos de emagrecimento envolvem um custo constante para ter um bom resultado, mas alguns estão sendo estudadas cientificamente por apresentar efeitos secundários.

Estudar a obesidade, as causas desta “doença” e suas implicações sociais na atualidade, faz pensar nos fatores que não são modificáveis pelo indivíduo, senão que provém de fatores hereditários ou genéticos que criam psicologicamente a uma pessoa preocupada pelo seu corpo, fazendo-lhe sentir recusa de si mesmo pelas conotações negativas, criando uma pessoa que busca mudar ele próprio.

Nesse ponto, eliminar ou adotar comportamentos permanentemente a través das lógicas do biopoder, constitui o principal desafio na maioria das disciplinas biomédicas, similar às instituições que regulam a disciplina e os castigos (FOUCAULT, 1998). A diferença radica em que as formas de castigo e disciplina são cada vez menos visíveis e diretas do que aparecem descritas no caso das escolas, os hospitais e as instituições militares (FOUCAULT, 1999). Atualmente, os profissionais de saúde aparecem menos como uma figura de autoridade (sem necessariamente deixar de sê-lo) e assemelham-se mais a um elemento motivador que se encarrega de aperfeiçoar o sujeito segundo suas particularidades. O anterior

rompe os antigos esquemas de direção e poder, resultando no desenvolvimento da capacidade do indivíduo para se aderir às ações normalizadoras e escolher dentro das diversas alternativas os limites oferecidos pelas regras. A forma de exercer o poder tem como objetivo preparar ao sujeito nem só para a ação disciplinante, ainda para os cuidados corporais imediatos e o seguimento a longo prazo das intervenções. Os equipes interdisciplinares em saúde se justificam na importância de fazer preparação e seguimento na área nutricional, psicológica e física, não sendo uma tarefa exclusiva do médico.

Nesta pesquisa, existe um comum denominador na relação médico-paciente como elemento motivador da intervenção nas pessoas operadas: os equipes médicos e cirurgiões fizeram reaparecer a autoconfiança dos participantes, também demonstraram uma capacidade de resolução de situações, solucionando dúvidas sobre os riscos e sintomas possíveis com a intervenção; ainda evidenciaram suficiente conhecimento e experiência no âmbito.

A prova é que a maior parte dos entrevistados teve acesso ao contato telefônico ou virtual com o médico cirurgião, quem estava disponível para apoiar e orientar durante episódios de mal estar pós-cirúrgicos. Demonstra-se a sutil vigilância e monitoramento desde o aparelho do poder, que estão inseridos no sujeito a traves da capacidade de desenvolvimento da confiança. Uma questão é se a existência da diminuição das barreiras no poder é a contribuição para garantir, de alguma forma, a frequência às consultas de controle e a aderência da ação normalizadora.

É assim [...] a equipe do doutor BCM ele é grande, nós temos TODO... temos nutricionista, psicólogo, professoras de educação física, tem tudo o que a gente precisa, a gente tem na equipe, então é muito assistido. Temos uma reunião uma vez por mês do grupo com ele pessoalmente. Teremos reunião com ele dia sete agora. E ele esclarece tudo... Ele sempre está acompanhando nossa saúde de perto, que ele faz os exames, em fim. (Nina, dona de casa, 53).

Como ele é um cara estudioso, extremamente preocupado com essa situação, era ele. Então eu confiava plenamente nele. Ele tinha começado a operar em Salvador, ele já tinha operado mais quatro pacientes ou cinco, não me lembro de mais. E apareceu na televisão, entendeu? foi uma entrevista dele, eu disse, meu deus, eu achava que nunca conseguiria resolver isso... [...] (Rosa, secretaria, 53).

A relação que eu tenho com ele é de total confiança, total confiança, então quando eu fiz a cirurgia eu confiei pensando em que eu ‘tava fazendo com o melhor, estava fazendo com o melhor, eu ‘tava. (Fernando, estudante de Direito, 23).

E o médico, ele é muito amigo meu, ele diz, ‘nada na vida faz mal’, tudo o que faz mal é a consequência do exagero [...] porque tudo na vida é consequência. (Valdemar, comerciante, 55).

Eu cheguei lá [...] fiz os exames todos com ele, falei franco com ele. Ele me diz: ‘fique tranquilo’, né? um cara... gente boa, humano... humano para caramba, muito humano... até hoje ele me atende... de boa, me monitora, bacana [...] Eu conheci a estrutura dele ai, conheci a estrutura toda dele, o grupo era [...] uma equipe fantástica [...] Ele ‘tava iniciando esse processo com a laparoscopia [...] o cara é fera demais, entendeu? (Morgan, funcionário público, 33).

Os dispositivos de controle e poder funcionam antes e após da cirurgia, na maioria dos casos os pacientes tinham acesso telefônico da equipe médica. De forma que o saber e a forma em que a ação disciplinar é percebida acrescenta a motivação das pessoas.

6.4. A cirurgia como cura e a alternativa final para o emagrecimento

A percepção de sentir-se obeso e doente mobiliza aos sujeitos para agir frente aos riscos associados à obesidade. Diante desta condição, o indivíduo tem várias alternativas para lidar com o problema, sendo a cirurgia a mais radical.

As alternativas anteriores a CB como a dieta, o exercício físico e o uso de medicamentos, exigem mais tempo e certa regularidade e frequentemente não conduzem aos objetivos esperados. A CB surge também como uma promessa de “cura” para as doenças, dentre elas, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, apneia do sono, moléstias osteoarticulares, além de representar, para alguns, a culminância dos múltiplos itinerários terapêuticos para obter um corpo esbelto e/ou saudável como resultado definitivo.

Foi assim: eu tive a crise de diabetes, descobri que eu tinha que tomar o medicamento para controlar o açúcar e tinha que fazer uma dieta forçada, mas eu era obeso e eu não ia emagrecer ao ponto a que emagreci hoje. Perdi 20 quilos, dava para perder só até 20. Perder 80 quilos como eu perdi. Nunca ia conseguir na dieta...nunca... é viagem... E eu acho que no mundo inteiro, traga aí um que perdeu 80 quilos na dieta meu irmão, eu duviido, eu duviido, não existe, não existe. Claro!!! Só vou acreditar se me botar a foto e se vier trazer com a ordem cronológica, porque eu tentei e não consegui. (Morgan, funcionário público, 33)

Assim como em outros estudos sobre CB (ALMEIDA, 2009; AZEVEDO, 2006 MAGDALENO, 2010; THROSBY, 2009; THROSBY, 2012; YOSHINO, 2010) a cirurgia foi vista como uma resposta ante estes intentos de emagrecimento, uma alternativa de mudança radical onde o sofrimento prévio de ser gordo ou o mal estar do corpo ainda se potencializa com o sofrimento da não aderência aos tratamentos. Os entrevistados no geral tiveram a impressão que a CB foi o embate

final na luta contra a obesidade que ajudou a mitigar o sofrimento dos múltiplos intentos e os padecimentos.

Pessoalmente, após de ter tentado, alguns [...] como posso dizer [...] procedimentos que não foram acertados... [...] e esperar seis meses sobre a mesma, ver esses resultados ao fazer a cirurgia porque eu quero ter uma vida normal ou quero continuar com meu estado de saúde. E saber que eu era determinado, eu tinha bastantes condições, você é determinado e foi sem problemas que eu seguiria tudo direitinho para tomar essa decisão (Vinicius, esportista, estudante, 27)

Entende-se que um motivo é um antecedente que atua somente através de seu significado ou importância, e esse deve ser acrescentado pela decisão, a qual confirma a validade e aumenta a força e a eficácia. Motivo e decisão são dois elementos de uma situação: o primeiro é a situação como um fato, a segunda como situação empreendida (MERLEAU-PONTY, 1996). O motivo se expressa pelo poder de agir sobre seu próprio corpo, a partir da decisão de ser operado segundo a percepção do paciente; a motivação vai se acrescentando ao adicionar o sentido pela promessa de mudança e melhoria da doença ou sofrimento:

A única solução que eu tinha era cirurgia, não adiantava tanto remédio porquê... ela não tem cura, só que eu não queria aprender a viver com diabetes, eu queria me livrar dela ...isso que eu não nunca pensei assim em emagrecer com cirurgia bariátrica, só até que eu me vi doente e aí eu tomei a decisão (...) quando eu vi que eu estava diabética aí caí na ficha, realmente eu tinha que tomar uma decisão muito importante. (Nina, dona de casa, 53).

O fato de ser gordo, no entanto, não foi visto necessariamente por todos os interlocutores como um risco à saúde. A maioria dos interlocutores disse que não se achava doente antes de consultar por algum sintoma e receberem um diagnóstico médico, o que significa que um corpo grande não era necessariamente uma condição para ser percebido como enfermo ou doente. Porém quando aparece o comprometimento de algum dos aspectos da vida que produz algum tipo de sofrimento expressado desde várias dimensões. Dessa maneira a enfermidade não é diretamente um motivo principal da cirurgia, porém inclui o sofrimento de tentar por outras vias o objetivo de normalidade corporal, também foram encontradas as dificuldades de interação social, as limitações físicas da utilização do espaço e a não adequação aos tamanhos da roupa.

Rafael, por exemplo, a pesar de se sentir recusado por sua imagem refere ter tomado maior consciência do quanto estava gordo e dos riscos a sua saúde, sobretudo após a cirurgia:

Bem, antes de fazer a cirurgia, a gente nunca se acha o que você é, você nunca se vê como você é.... [...] Eu sabia que era muito gordo, mas eu não tinha dimensão da quantidade de gordura que tinha no meu corpo.... [...] Né? Assim você sabe disso quando vai comprar uma roupa numa loja e você sabe que aquela roupa não dá [...] Ai você não acredita que está com aquele aspecto físico exorbitante... Assim, antes eu não tinha ideia de que realmente a minha obesidade mórbida estava me levando à morte... [...] e hoje eu tenho essa consciência. (Rafael, gerente financeiro, 33)

A percepção de um aumento da “qualidade de vida” está representada pelo fato de deixar de tomar medicamentos, a cura das doenças e a capacidade de executar atividades que antes não conseguiam desenvolver. Destaca-se se a subjetividade da construção do conceito de bem estar e qualidade de vida após da intervenção.

O que mais me chama a atenção da minha qualidade de vida que antes não tinha e hoje eu tenho, ser saudável, não ficar doente, diminuíram meus episódios de asma [...] estar bem, disposta, alegre... é uma coisa inexplicável, ai você pensa, não vou viver porque está viva se não que vai viver porque você gosta de viver, de estar viva (Emília, enfermeira, 30).

P: Então, em resumo o que é que a cirurgia trouxe para você?

R: Benefícios, somente benefícios[...]. Qualidade de vida, saúde e bem estar. E o psicológico mexeu muito (Valdemar, empresário, 49).

Em termos gerais a CB contribuiu a ressignificação de valores sobre corpo, relaciona-se ao corpo atual a saúde, estética, qualidade de vida; beleza, socialização, disposição, dentre outras (ALMEIDA, 2009; AZEVEDO, 2006; MAGDALENO, 2010; THROSBY, 2009, 2008; YOSHINO, 2010). A cirurgia como última alternativa de tratamento traz consigo uma mudança paralela nos hábitos do indivíduo.

Desde uma outra perspectiva, a cirurgia representou também um investimento sobre o corpo (BOURDIEU, 2002) que o tornou socialmente valorizado, incrementando seu capital simbólico com impacto tanto na vida profissional quanto nas relações interpessoais, atribuindo os significados de qualidade de vida, saúde, bem-estar e felicidade, entrelaçados na sociedade atual e determinados pela valorização do corpo magro.

Mas agora que estou magra, agora estou mais preocupada com a beleza, com a estética, não pulo isso, porque é mais agradável, eu me sinto melhor, mais arrumadinha, mais bonitinha... [...] Com aquela unha feita, você magra tudo é mais fácil. Quando você é gorda, você tem que fazer o dobro disso, pelo menos é o que eu penso. (Rosa, secretária, 53)

Sim, deu o resultado esperado, era o melhor, eu esperava o melhor e assim aconteceu, eu me sinto muito feliz. [...] Para mim, envolve tudo, envolve saúde, estética, envolve relacionamento social, de casal, sexual, social, entendeu? É um renascer num contexto sociocultural, e inclusive econômico também. Eu avalio isso sempre para melhor, autoestima, para vestir bem, para dormir bem, para minha aparência, minha aparência ser melhor, entendeu? Para tudo. (Alonso, administrador, 41).

6.5. A experiência de transformação do corpo

Destaca-se que o fato da cirurgia ter acontecido posteriormente a essa pesquisa poderia justificar a escolha da intervenção, o que minimizaria os sintomas e mal-estares relacionados com o pós-operatório imediato já conhecidos nesse tipo de cirurgia. A maior parte das experiências foi relatada positiva, assim que somente a metade das interlocuções referiram apenas o engasgamento e o síndrome de dumping. Categorias não descritas foram hipoglicemia, perda da absorção de nutrientes, o que se traduz na queda de cabelo, ressecagem da pele, fadiga associada a anemia por ferro, etc. Em outras pesquisas com pacientes que vivenciaram o tratamento pós-cirúrgico (THROSBY, 2008) relacionaram o dumping como uma punição ante a não aderência às ações disciplinares.

A CB não constitui então uma possibilidade de libertação dos métodos tradicionais de emagrecimento, pois, no pós-operatório, ela implica lidar obrigatoriamente com esses mesmos métodos normativos para prevenir sintomas severos associados à cirurgia. A transformação corporal implica a construção de um “self” disciplinado, autorregulado e disposto para uma reeducação alimentar e o treinamento físico.

A preparação psicológica antes da cirurgia foi descrita como elementar, onde a informação pelos profissionais de saúde mental fornece tranquilidade e responde a suas expectativas, compreende as motivações e os “requisitos” de CB, além de responder dúvidas e mais aspectos que geram inquietude da intervenção

o que relaciona se com os estudos desenvolvidos desde uma ótica biomédica (MAGDALENO, TURATO, CHAIM, 2009, 2010)

É tão normal, é bem normal que eu nem esperava que assim: eu fui muito bem preparada, eu fui para a sala de cirurgia assim: para fazer essa cirurgia, eu fui bem preparada, minha cabeça foi perfeita, meu esposo disse assim eu fui pra sala de cirurgia... [...] Sabendo tudo o que me esperava... [...] (Nina, dona de casa, 53)

Os entrevistados que referiram melhores resultados da intervenção hoje em dia relataram conhecer informação suficiente sobre a preparação mental previa e todos os regimes de educação alimentar, atividade física do pós- cirúrgico imediato, conseqüentemente, relataram maior aderência às ações normalizadoras. Em todas as entrevistas relatou-se a informação dos participantes recebida de várias maneiras, com os profissionais de saúde, a televisão, leituras de casos e a participação em grupos de apoio, onde aparecem depoimentos de casos de sucesso para a divulgação de experiências em encontros conduzidos pelos cirurgiões, os quais também contribuem a tranquilizar e convencer aos pacientes candidatos

Assim, eu digo que no psicológico tem que se preparar, principalmente tem que se preparar no psicológico, ele tão importante, e difícil por isso... eu tava um cara viciado em comer um quilo de comida. É eu comia um quilo de comida, e eu tive que fazer meu preparo de comer 400 g, não é que diga assim, o resumo da bariátrica, eu acho que o segredo da bariátrica, não é -- desculpe, estou lhe elogiando -- é da nutricionista então tudo segredo não é somente o médico que faz. (Valdemar, empresário, 49)

. A informação prévia sobre a cirurgia e seus possíveis mal-estares pós cirúrgicos imediatos foram referidos pelas pessoas. Alguns processos foram mais difíceis de levar a cabo do que outros; como é o controle do volume de alimento

e o passo de comida líquida até sólida, para outras pessoas foi complexo se olhar no espelho devido a diminuição de peso corporal na sua imagem.

O regime disciplinar está sob supervisão médica como condicionante do sucesso do tratamento (FOUCAULT, 1999), pois os sujeitos devem se submeter aos cuidados, limitações e regras alimentares dos profissionais, que neste caso foram mais próximos aos seus pacientes. No entanto, indivíduos que se submeteram a CB no sistema público de saúde no Reino Unido (THROSBY, 2008, 2009, 2012) referiram maior distância na relação com os profissionais de saúde e ausência do acompanhamento pós-cirúrgico.

E é bom e que isso sirva de alerta para muita gente. Eu sempre conto isso nas reuniões que o doutor faz:

Quando eu tinha 15 dias de cirurgia que eu fui fazer a revisão, lá no consultório do doutor na sala de espera, peguei um copo com água, peguei a água, eu comecei a tomar a água, eu estava tomando água, e antes que eu terminasse a água, eu tive dumping. ¡Terrível! eu tive uma sensação de desmaio, escalafrio, eu só lembro que cheguei onde um rapaz e lhe eu disse: “moço: me deixa sentar que vou desmaiar”. Ai, ele se levantou e me pegou nos braços e aí eu fui lá no socorro. Lá pra dentro o médico foi lá me ver e o médico chegou e fez assim, “tudo bem?” eu disse assim “tudo bem”. Ai eu lhe perguntei “porque foi que eu tive isso assim que eu tive?” ai ele disse “você teve dumping”, eu disse “dumping? fiz dumping? Como? Se eu não estava comendo nada!” Então ele disse: “sim você tomou água muito rápido” e eu disse “não, eu tomei água bem devagarinho”, ele disse: “nada, eu estou monitorando vocês, da minha sala eu vejo tudo o que vocês estão fazendo aqui fora, e eu vi quando você chegou, vi quando você pegou a água e lhe observei tomar a água”. Ai eu falei: “então vocês vem tudo?”, “vejo tudo o que vocês fazem, eu estou seguindo!” (Nina, dona de casa, 53)

A CB ainda traz uma série de condutas condicionantes ao decidir sobre o procedimento, além da informação previa o paciente deve assistir aos controles pós-cirúrgicos, mantendo as frequências e a assiduidade nas consultas. O monitoramento é um elemento importante dentro do sucesso da fase pós-cirúrgica, no contexto da pesquisa, os pacientes tinham acesso ao contato telefônico dos profissionais de saúde. Os relacionamentos mais próximos e amigáveis com os profissionais de saúde motivaram aos pacientes na escolha da cirurgia, e afiançaram a comunicação efetiva para a adaptação ao processo de recuperação, o que contribui a minimizar omissões na informação. O poder disciplinar dos profissionais de saúde especialmente no pós operatório imediato contribui a uma maior aderência à ação normalizadora, também explicado em pesquisas sobre as técnicas de vigilância no controle bariátrico pós-cirúrgico (LONGHURST, 2012; YOSHINO, 2010)

A CB como tecnologia medica representa a ação de um poder disciplinar) no qual, se por um lado, controla, sujeita e disciplina, do outro também é formador, pois tem a capacidade de construir a subjetividade dos indivíduos que a realizam. A lógica do biopoder tem como objeto normalizar ao indivíduo mediante o exercício das técnicas de vigilância, associadas ao panóptico com ações disciplinares individualizadas, tempos, cuidados e ainda punições como os sintomas de dumping frente a não adequação às regras impostas (FOUCAULT, 1999)

A experiência, a partir deste ponto de vista passa a ser normatizada, tomando como base num conjunto de cuidados que não existiam antes da CB e trouxe reeducação/disciplinamento do novo corpo para pensar como magro e se adaptar aos novos hábitos, manter o autocontrole nos limites entre fome e apetite.

Emagrecer com a CB no começo resulta na diminuição da maioria da massa corporal com as respectivas medidas do pós-operatório imediato. A pessoa torna-se paciente ao passar a realizar o cuidado preventivo para evitar as complicações cirúrgicas, ainda foi destacada a participação de acompanhantes no suporte social nessa fase. Pouco a pouco o corpo amolda-se no padrão de normalidade do peso,

uma série de mudanças corporais (que normalmente são esperadas pelos pacientes) relacionada à pele e ao corpo são evidenciadas. O síndrome de dumping foi em destaque a complicação mais frequente, pois foi visto uma dor corporal que devia ser superada e que fazia parte do disciplinamento do corpo. Quase todos os participantes relataram que este é um período tranquilo se os sujeitos seguirem fielmente as “normas” dadas. Porém, o fato de não expressar pormenores poderia se pensar como uma justificativa da sua escolha ou a dificuldade de admitir uma conduta fora da regra e “esquecer” a propósito dados para a entrevista. A CB foi uma intervenção que trouxe mais benefícios do que limitações:

Ah, eu estou muito feliz, muito satisfeito. Me sinto bonito, me sinto saudável, minha autoestima elevada, hoje eu não faço mais uso de nenhum medicamento em relação à depressão, eu não estou mais usando medicamento... Então eu tenho que falar que estou muito bem. (Alonso, administrador, 41).

Se eu tivesse que dar uma nota para o que eu fiz de 1 ao 100 eu daria 110. Para minha aparência, para minha qualidade de vida hoje, é isso, para as consequências que eu sofri... o preparo da pessoa é psicológico nem só com a bariátrica. (Valdemar, empresário, 49).

Positivos né, os pontos positivos superam bastante os negativos [...] Em casa, era minha mãe a que fazia as refeições, tinha coisas que eu pensava que tinha que ser gostoso. Mas não. Tem que ser como o médico disse que fosse. (Elias, técnico de computação, 23)

Em resumo, a experiência da CB foi valorada com um alto benefício a menor custo, pois a maioria reconheceu-se como um caso de sucesso e não teve problemas maiores pós- cirúrgicos. Apenas uma entrevistada refletiu que não devia ter sido operada desnecessariamente, também a sua intervenção teve conteúdo pessoal na sua relação médico – paciente, que afetou a sua valoração da intervenção. Por isso, revisar aspectos relacionados ao cumprimento de requisitos e condições clínicas para a realização da cirurgia é chave no tratamento da obesidade.

6.6 O renascimento e a reconstrução do “self” após a Cirurgia Bariátrica

É interessante, assim como se você tivesse renascido, porque você vai perdendo peso e relativamente você vai se redescobrando, por exemplo, então se você sai de 153 para 142 quilos, aí você anda bem. Aí depois de 140 para 130 vai conseguindo, depois ia conseguindo dar umas corridinhas, depois eu conseguir subir a ladeira de casa, de 130 para 120, eu ia estava conseguindo andar de bicicleta. De 120 para 110 eu já comecei a surfar. Então foi um redescoberto aí, hoje eu estou com 98 Kg e faço tudo (Alonso, administrador, 41).

A sensação de ter “renascido”, ser uma nova pessoa, ter ou começar uma nova vida, ou viver novamente, foi descrito pela grande maioria dos interlocutores. Dessa forma, o corpo em excesso é interpretado em forma de doença ou crise, pelo que a CB lhes permitiu deixar uma condição negativa e resignificar os seus corpos. O chamado *re-new birthday* (THROSBY, 2008) expressa a possibilidade de ter uma nova vida por outro corpo, as pessoas experimentaram um renascer, ou ser outra pessoa.

Numa palavra eu diria para você que é um “renascimento,” é você viver de novo, porque a vida dessas pessoas que são obesas, e a CB, ela vem, como uma aliada muito grande das pessoas, muito forte, a mais forte... .. Elas tem uma segunda oportunidade... de puder... viver... (Emília, enfermeira, 30).

Porque a mudança é radical, então ...o corpo, porque você sai de uma alimentação...então nossa! É uma vida que muda, é uma outra pessoa. (Nina, dona de casa, 53).

A mudança na vida é um evento principal nos relatos, “mudar de vida”, “voltar a viver”, ou “ter uma vida nova” permite entender a magnitude do

acontecimento na trajetória das pessoas. Não é só redescobrimto de capacidades, senão o planejamento saudável da vida (FOUCAULT 1984) (GIDDENS, 2002). Assim, a decisão da transformação corporal se encontra validada pela experiência atual respeito do novo self. As decisões das pessoas respeito ao alcance de objetivos de vida foram descritos positivamente na grande maioria das interlocuções, o que parece minimizar os sintomas de mal estar cirúrgico.

[...] Ai eu decidi que eu merecia a cirurgia, eu já tinha passado por certas situações adversas por conta da gordura e aí eu decidi que realmente eu merecia mudar de vida e aí eu encarei isso. Mas hoje eu sei [...] Agora sei que é vida [...] agora eu tenho uma outra vida... (Rafael, gerente financeiro, 33)

O discurso da mudança de vida em conjunto com o renascimento começa com a alimentação no pós- operatório, pois a duração dessa fase é aproximadamente de seis meses, nos quais as pessoas ainda resinificam a alimentação para o início da nova vida. De fato, o tratamento no pós - operatório imediato se assemelha à alimentação complementar que experimentam as crianças de seis meses em adiante, pois é um período de transição desde o consumo só de água até o alimento sólido. A mudança é dada conforme a tolerância às texturas e aos diferentes tipos de alimentos, pelo fato da alimentação ser assistida, as pessoas relacionaram a experiência com a volta a ser bebê, incluso Morgan relatou o que o médico disse para ele:

“Então você voltou a ser bebê por que a sua parte que funcionava ficou religada lá no seu estomago antigo, sacou? E a parte nova que vai religar no estomago novo, ele precisa [...] você tem filhos?”

“Tenho”

“Então seu filho começou já comendo carne? não né? Começou comendo caldiinhoo, então a gente faz, ah e também uma outra coisa: como você está tudo grampeado, o estomago [...] Para que o

estomago não trabalhe... esse liquido ai que você vai estar tomando essa sopiinha ai [...] É para que seu estomago não trabalhar na digestão. A proteína vai entrar, ele (o estômago) vai ficar lá na dele cicatrizando. A proteína vai entrar e já foi... suco e vá... você não vai morrer”.

E aii um mês, umm meees e 15 dias, também no primeiro mês eu perdi VINTICINCO QUILOS! [...] Vinte QUILOS! [...] no primeiro, só de liquido! (Morgan, funcionário público. 33)

O impacto de mudar hábitos nos primeiros seis meses na alimentação se reflete na perda de peso importante e os consequentes desafios nos esquemas mentais. A rigorosidade da dieta, a atividade física e a mudança no estilo de vida, próprias do pós operatório imediato, leva a construir um “self” a partir dum “novo corpo” e ocasiona a desconstrução do self de “corpo gordo”. O sistema disciplinador de cuidados corporais contribui até chegar com o tempo até um “self” magro normativo.

Dessa forma o conceito de estilo de vida em Giddens (2002) aparece na forma ontológica e reflete sobre a ética de como as coisas deveriam ser vividas, onde os cuidados corporais estão imersos nas narrativas de construção da identidade, para que o indivíduo após da cirurgia volte para a normalidade. Sob a ótica do biopoder os cuidados presentes na mudança do estilo de vida articulam tanto a governabilidade individual por meio da ética nos discursos de auto responsabilidade e autocuidado que conduzem ao poder político. O seguir ou não seguir os tratamentos de cuidado pós operatórios são parte da ética do cuidado de si, na medida que possam diminuir os sintomas associados ou mal-estares pós cirúrgicos, os estilos de vida antigos de comer a mesma quantidade de comida e não se movimentar, poderiam ser um risco para internação hospitalar por infecção ou não cicatrização das feridas.

A pesar de que nos primeiros seis meses eu já tinha perdido tudo o peso assim, eu já estava nos 82 quilos. Mas ou seja o que era magro já para mim, mais eu não enxergava [...] Assim nos primeiros meses nos temos uma perda brusca de peso e eu acho que a mente não consegue acompanhar essa perda de peso brusca. Aí eu acho que você se nega a enxergar e é uma coisa nova, é um significado que você não consegue dar a aquela nova imagem, que aparece ai no espelho. É, e é assim, esse período foi bastante complicado, porque você tem que se adaptar a uma nova vida, a comer pouco vomitando, engasgando, porque você... querendo ou não [...]por mais que você tenha se preparado, educado feito de tudo, come divagar, ainda (Fernando, estudante de direito, 21).

Previamente, os interlocutores já conheciam essa informação sobre o tratamento, pois sabiam que uma não aderência à dieta teria complicações e mal-estares que poderiam conduzir à morte, muitos já eram cientes desses casos o que reforçou a adaptação às recomendações dadas pelo pessoal médico. Vivenciar vontade de comer a quantidade usual e pensar o novo corpo que, normalmente depois da cirurgia fica com inflamação e o fato de desenvolver o auto controle ou a força de vontade, viram os principais desafios nos tratamentos, por isso a importância da assistência em saúde mental se faz indispensável antes da intervenção quanto após dela. Além de facilitar processos de decisão e acompanhamento pós cirúrgico com os cuidados corporais durante os primeiros seis meses, ajudam a compreender a diminuição corporal que vivenciam as pessoas nesse período. A desconstrução do “self” gordo começa com a perda de peso que é a mais alta durante os primeiros meses, onde é possível que o fato das pessoas ser menos ativas fisicamente nesse processo faz mais difícil o processo de auto reconhecimento.

A desconstrução da identidade de gordo passa a uma ressignificação do novo corpo. Assim, este assume-se como um sistema de ação, um modo de práxis, e a sua imersão prática nas interações da vida cotidiana é parte essencial de manter o sentido coerente da auto identidade, pelo que o conjunto de cuidados diários que

fazem parte da manutenção do corpo pós-cirúrgico ao pouco tempo contribui a reconstruir o self de corpo normatizado. Existem alguns desafios como a negociação da fome (YOSHINO, 2010) e o autocontrole da tendência aos impulsos de consumo para reduzir os possíveis mal-estares pós-cirúrgicos, ainda manter esses estilos de vida que contribuam até a estabilização do corpo normatizado.

Às vezes eu quero comer assim sabe aquele chocolatezinho que chama batom? Eu troco e vou para uma loja X, eu vou numa loja de cosméticos e compro um batom, um batom para a boca. Mudou a ideia: troco um batom de chocolate por um batom de cosmético. É uma coisa de sabedoria de trocar coisas por outras. (Nina, dona de casa, 53)

Giddens (2002) afirma que a diferença do hábito à tradição sempre tem um caráter normativo, vinculante, o que implica um componente moral nas práticas tradicionais, a obrigatoriedade das atividades que expressam preceitos sobre como as coisas devem ou não ser feitas. Os hábitos que conduzem a uma reprogramação para voltar à vida normal são sinónimo de valorização do “self”, o que está relacionado com investigações existentes sobre os indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica com sucesso e que conseguiram ter tanto um self valorizado como indivíduos, quanto para a identidade que projetam para os outros.

É uma mudança constante..., primeiro sai do estágio de que não queria ir para academia, e daí fui pra academia...é a primeira mudança. ...Com todo meu modo de vida... me re programei...reprogramação por dentro... desde os alimentos... principalmente os alimentos... trocar coisas... (Morgan, funcionário público, 33)

Então, no pós-operatório imediato, as pessoas reformulam o autoconceito, organizando os seus novos atributos que têm sido considerados ao longo do tempo e da mesma forma, o seu ordenamento é a chave para a compreensão do “self”. A eliminação de um “self” gordo e a construção de um novo ocasiona a perda de si mesmo, a mudança no seu autoconceito como “self” obeso ao ser modificado. Assim, a desconstrução e construção do self no pós-operatório, durante o novo estilo de vida passa a conceituar suas características ao desenvolver o autoconceito. Especialmente quando se trata de um indivíduo obeso que é previamente visto negativamente, possibilitando a nova apreciação do “self”.

Como eu te falei, tive uma determinação tão grande que eu consegui passar por isso sem muitos problemas. Eu tive que criar... [...] muitos atalhos. Eu tive muita paciência para seguir aquelas recomendações, como eu te disse, eu tive paciência no que estava fazendo, e se eu não seguia isso poderia ter acontecido situações mais graves, então... [...] eu segui ao máximo as possibilidades da dieta que havia passado que sempre estava modificando a nutricionista... [...] (Vinicius, esportista, estudante, 27).

O tratamento pós-operatório como fase de adaptação e reconstrução corporal poderia ser interpretado como uma perda do “self”, que Charmaz (1983) identifica uma vida mais restrita a causa de menores oportunidades para construir um self valorizado. De modo que as restrições de consumidor após a cirurgia bariátrica conduziriam a uma perda do “self”, posterior valorização de seu corpo. Por conseguinte, a vida restrita pertencente à fase pós-operatória e especialmente na fase inicial pode levar ao isolamento social, sendo mais dependentes de pessoas ao seu redor até o momento em que possam desenvolver a capacidade de autonomia, como se movimentar, comer só nas horas e tempos estabelecidos e chegar até a normalidade na cotidianidade. O indivíduo teria que se restringir principalmente de seus impulsos de consumo para um novo padrão em transição

até um novo “self” normal, construindo uma narrativa coerente da identidade. Porém, várias narrativas organizam uma adequação ao consumo –não alimentar– exacerbado, onde o “self”, que é sempre provisional, encontra-se com várias possibilidades e diversos sentidos de normatização/normalização. Assim, os sujeitos, no seu impulso de consumo alimentar, reprimem a sua ingestão (dada a restrição) e realizam outro tipo de consumos em pro da construção do próprio novo self, tais como, compras e investimentos, mais cirurgias, roupas, academias e produtos para malhação. Verifica-se então que a liberdade empreendida pelo corpo magro também representa uma liberdade para o consumo mais apropriado dos artefatos presentes no mercado da vida saudável.

Primeiro, você fica com a autoestima [...] tocando o céu e você deixa de tomar hipertensivos, você recupera a sua saúde, o joelho para de inchar [...] Então assim: A obesidade ela traz muitos problemas para a nossa vida, e a CB ela resolve todos os nossos problemas, a pesar de eu ter feito com método dissabsortiva você é ciente de que toda a vida você vai ter que depender de complementação vitamínica. Mesmo assim, eu faria de novo [...] de novo, de novo. (Emília, enfermeira, 30)

Agora que eu faça a plástica na barriga eu vou ficar metida. [...] Ai eu me acho o máximo, tendeu? (Rosa, secretária, 53)

A construção da subjetividade ocorre pela experiência e constitui um acontecimento decisivo na vida, ao perceber a sua existência em forma diferente quando a pessoa adequa-se à normalidade num sistema de representações sobre o corpo normal. Desde a perspectiva fenomenológica afirma-se que tudo o que nós somos é a partir de uma situação de que nos apropriamos de nós mesmos e que nos transforma incessantemente por uma espécie de fuga que nunca é uma liberdade incondicionada pois tem sempre a série de interações (MERLEAU-PONTY, 1996).

A disposição para fazer as coisas é maior, a pessoa se sente com mais energia, tem vezes que fico assim, é até tranquilo... [...] vou na academia. Tou com mais energia, com certeza, eu ficava acesso não com insônia se não acesso. Malho me empolgo, sinto, que tenho capacidade que posso conseguir as coisas.... [...] coloco metas na malhação (Elias, técnico de computação, 23).

Em si, se destaca e os objetivos alcançados dão o significado de que a CB lhes trouxe um capital simbólico, pois dito capital baseasse no reconhecimento e ao valor efetivo do corpo por parte dos outros, para outorgar um poder a esse valor (BOURDIEU, 2002). Na presente pesquisa encontrou-se como a aparência corporal aumentou a autoestima e a autoconfiança o que representou um poder para alcançar os objetivos. Por isso, para o que o reconhecimento existisse precisou-se de ter um consenso social sobre o valor, o corpo magro.

Eu esperava o melhor e assim aconteceu, eu me sinto muito feliz

P: e o que é que isso quer dizer?

Para mim, envolve tudo, envolve saúde, estética, envolve relacionamento social, de casal, sexual, social, entendeu? É um contexto sociocultural, e inclusive econômico também. Quando isso muda, tem melhores oportunidades em vários âmbitos porque quando ia a conseguir emprego as pessoas me olhavam com olhar discriminativo e não me davam a oportunidade por eu ser gordo, eles acham que eu era uma pessoa incapaz, então eu não tinha oportunidades quando era gordo, me olhavam de cima para baixo. Depois de que eu emagreci eu consegui ganhar espaço posso mostrar o profissional que eu sou, mas ainda eu sei que é por causa do meu conhecimento e minha competência, o estudo [...]” (Rafael, gerente financeiro, 33)

Eu acho que, se eu continuasse obeso, eu acho que, por exemplo, não teria entrado à faculdade de direito. Quando uma pessoa vende algo a você, sua imagem é importante, você nem só seu currículo e sua inteligência. Você está vendendo ainda sua beleza e a pessoa se sente... vamos dizer assim, agradada e quando você faz compor o tribunal, você entra... [...] isso tudo influencia, influencia em como as pessoas vão formar a opinião delas. (Fernando, estudante de direito, 21)

A CB significou uma correção e o melhoramento das características corporais, que traz o aumento dos cuidados que se tornaram objeto de projeção, ainda surgiram acontecimentos importantes nas pessoas o que representou um aumento do capital corporal para se desenvolver em outros planos de intervenção da vida. De outro lado, existe uma reivindicação tanto da feminidade quanto da masculinidade, incluso a mudança evidenciou a adequação aos moldes da normalidade: as roupas.

Hoje eu posso entrar numa loja e escolher uma roupa, antes eu tinha que ir a uma loja que escolhesse meu corpo [...] hoje não, hoje eu escolho a roupa, e compro e dá certo, esse é um pequeno detalhe aí, mais fora disso tá todo bem. Eu feliz com meu corpo, gosto de malhar, gosto muito de caminhar, eu caminho bastante, eu não gosto de academia, ayyy, academia, musculação, estou fora (Nina, dona de casa, 52)

Agora a minha condição de ser mulher é mais, e eu gosto disso, e isso a questão do conforto... [...] eu gosto de vestir, eu gosto, aii eu sair e comprar uma calça eu quero 44 e não ficando dizendo “você não tem uma maior? ai eu preciso duma maior, cé não tem uma maior? masculina” porque eu usava roupa masculina, entendeu? Hoje em dia eu não sei se tem roupa feminina para gorda, deve ter (Rosa, secretaria, 53)

O pós-operatório tardio ao momento das entrevistas evidenciou uma clara promoção da CB onde a maioria dos casos autoconsideraram-se de sucesso. A mobilização até a cirurgia vem de argumentar o risco com as características corporais presentes e as vezes o sofrimento. Se preparar psicologicamente junto com os custos que veem para o pós-operatório imediato relacionados com a troca de hábitos; a valorização da normalidade nos eixos que o corpo abrange e da identidade apareceram ressaltados para as pessoas. Além disso a sociabilidade viu-se aumentada e a inclusão em atividades de pessoas normais, ainda no contexto do local onde as relações com o corpo são muito importantes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CB pode ser entendida como uma técnica de transformação dos corpos que se insere num projeto reflexivo, permitindo criar um novo “eu”. Esse novo eu encontra-se caracterizado pelo autocontrole, monitoramento e o treinamento, características ao redor do padrão de normalidade. A CB representa a cura para as doenças, a forma de obter um corpo normatizado e vista de outra perspectiva, uma forma de obter um capital simbólico. A experiência de passar pela sala de cirurgia se refere a um novo corpo, a viver um novo “eu”, a sensação de renascimento, onde o excesso de peso foi superado por um novo corpo, após da intervenção.

Dentro da nossa compreensão a CB é uma intervenção ao “self” por meio do corpo que abrange mudanças na vida dos indivíduos. Por outro lado, foi assumida como uma intervenção corretiva corporal que implica uma série de condições ou custos para sua execução, mas que paralelamente trouxe qualidade de vida e outros benefícios adicionais. A CB como tecnologia corporal é ainda uma adequação ao consumo de bens e serviços para a construção dum novo “self”, que muda constantemente intercedido por discursos de cuidado da saúde.

A constante preocupação pelo melhoramento do corpo traz questões sobre os significados atribuídos a qualidade de vida, estilos de vida saúde e bem-estar, desde uma perspectiva ética e política. A biomedicina e a sociedade legitimam os novos padrões corporais difundindo o pânico moral na sociedade, criando uma cultura de prevenção do risco e o consumo dos artefatos do mercado de vida saudável. Desde outra perspectiva, uma pessoa que restringe o consumo de alimentos, converte-se num consumidor de bens e serviços para o cuidado e manutenção do corpo e da identidade que constrói dia a dia, esses aspetos estão presentes nas narrativas coerentes da construção da identidade.

A gordura corporal ao ser recusada, converte-se em motivo de patologização e medicalização que tomam importância e outorgam sentidos para a levar até a decisão de ser operado.

A obesidade, então, poderia ser uma problemática que envolve uma relação interdisciplinar onde influem aspectos econômicos, socioculturais, educativos, sobre a relação estabelecida entre a energia-alimento-corpo-sociedade dentro do indivíduo. Ser gordo pareceria não ser importante, é disser, as faixas de normalidade não são relevantes para algumas pessoas, porém quando o conceito de risco aparece, as vezes dentro de discursos de cuidado da saúde e as vezes na forma de relacionar-se com as pessoas que afetam dimensões sociais.

As metáforas de “renascimento”, “o novo eu”, “voltar a viver”, “reprogramação” são expressadas positivamente no geral, elas afixam a decisão de mudança tomando em conta que a pesquisa foi feita no pós-operatório tardio, onde os indivíduos alcançaram os efeitos da intervenção. Porém são ressaltados os benefícios que trouxe o novo self e construído a partir do novo corpo normatizado.

Os mecanismos de vigilância médica garantem a aderência aos tratamentos do pós-operatório imediato facilitando a experiência corporal e minimizando os sintomas adversos na transição até a alimentação normal junto com a readaptação ao novo corpo. Para as pessoas, a vigilância assemelhou um acompanhamento profissional de perto, mais educativo e compreensivo.

O contexto situa a realização da cirurgia por meio de planos de saúde privados, e ressalta a tendência do culto ao corpo no espaço da pesquisa.

Encontram-se para o indivíduo muitas regras impostas sobre sua esfera social na construção da identidade, as tendências de consumo alimentar impulsionam hábitos menos saudáveis e os padrões de normalidade estão legitimados por arquétipos estéticos, todos imersos em redes de poder. Nesse sentido, um dos maiores desafios do ser humano é a busca do equilíbrio e a construção do self na sociedade atual.

REFERÊNCIAS

- ✓ ALLISON D.B. et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity (Silver Spring)*, Maryland, v16, n:11 p. 61–77; 2008
- ✓ ALMEIDA, G.A.N. et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [Online], vol.24, n.3, pp.226-231; 2011. ISSN 0102-6720. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-67202011000300009>. Acesso em: Abril 8 de 2013.
- ✓ ALMEIDA, R. *Gastroplastia e a Reconstrução Da Identidade*. Cânone Editorial. Goiânia: 2009.
- ✓ ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinariedade e o paradigma pós-disciplinas em saúde. *Saúde soc, São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-1290200500030000> Acesso em: Maio 1 de 2020.
- ✓ ALMEIDA FILHO, Naomar de. Para uma Teoria Geral da Saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares *Cad. Saúde Pública* Rio de Janeiro vol.17 no.4 p 753-770 July/Aug. 2001 Print version ISSN 0102 On-line version ISSN 1678-4464 Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300004>. Acesso em: Maio 15 de 2013.
- ✓ AZEVEDO G.C. *Vivenciando o Emagrecimento*. 2006. 161p. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal do Rio Grande do Sul Portoalegre Março 2006
- ✓ BATISTA FILHO,M; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, suppl.1, pp.S181-S191. ISSN 0102-311X. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700019>. Acesso em: Agosto de 2013
- ✓ BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Portugal Edições. Lisboa: 1977 p70
- ✓ BIBEAU, G. Hay una enfermedad en las américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. In: Pinzón C, Suárez R y Garay G (Orgs) *Cultura y salud en la Construcción de las Américas* Bogotá: Ed. Instituto Colombiano de Antropología, 1993 p 41-70.
- ✓ BRASIL. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica ABESO. *Diretrizes para o tratamento da Obesidade 2009/2010* São Paulo 3ª Edição P 1-85

- ✓ BRASIL *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009* Documento PDF. Consultado em Agosto 1 de 2013
- ✓ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde *Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico Nas Capitais Dos 26 Estados Brasileiros E O Distrito Federal (VIGITEL, 2014)*. Brasília, 2014.
- ✓ BOURDIEU, P. Sobre o poder simbólico. In: BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. Cap. 1, p. 7-16.
- ✓ CARVALHO, Maria Cláudia; MARTINS, André. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, Dec. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Maio 18 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400021>
- ✓ CAMPOS P. et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *Int J Epidemiol*; Oxford, v35 p:55–60. 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1093/ije/dyi254> Acesso em Junho de 2012
- ✓ CANESQUI A.M. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. Ed: Hhucitec/fapesp; São Paulo: 2007. (p. 149)
- ✓ CANGUILHEM G. *O Normal e o Patológico*. Tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite, Revisão técnica Manoel Barros da Motta; 6.ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Pags 120-140
- ✓ COLLS, R.; EVANS, B. Questioning obesity politics: introduction to a special issue on critical geographies of fat/bigness/corpulence. *Antipode*, Durham (UK); v41, n:5, p1011-1020. 2009 Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.2009.00705.x>. Acesso em: Agosto 1 de 2013
- ✓ COLLS, R.; EVANS B. Measuring Fatness, Governing Bodies: The Spatialities of the Body Mass Index (BMI) in AntiObesity Politics. *Antipode*; Durham (UK) Volume 41, Issue5 Pages 1051-1083. November 2009
- ✓ COLLS, R.; EVANS, B. Making space for fat bodies? :a critical account of 'the obesogenic environment'. *Prog Hum Geogr*; vol, 38 n:6, p:733-753 2014. Disponível em: [//doi.org/10.1177/0309132513500373](https://doi.org/10.1177/0309132513500373) Acesso em: Jan 2013
- ✓ COOPER, C. Fat Lib: How Activism Expands The Obesity Debate, in: Rich, E., Monaghan, L. & Aphramor, L. (Orgs.) *Debating Obesity: Critical Perspectives*. Basingstoke: Palgrave, 2011 164-191.

✓ CHARMAZ, K. Loss Of Self: a Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociol Health Illn.* California; v: 5, n: 2, 1983. p 168-195 PMID: 10261981 Disponível DOI: 10.1111/1467-9566.ep10491512

✓ CHIOLERO A; PACCAUD, F. An obesity epidemic booga booga? *Eur J Public Health*, Oxford. Institute of Social and Preventive Medicine (IUMSP), Faculty of Biology and Medicine, Vol. 19, No. 6, 568–571 2009 Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. Viewpoint. PMID: 19934225. Disponível em DOI 10.1093/eurpub/ckp161.

✓ DE ANDRADE G.F. Organização Pan-americana da Saúde, Ministério de Saúde do Brasil. *Doenças crônicas não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde 2013*

✓ DE MELO, M “Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009 Associação Brasileira de Obesidade IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, agosto de 2010.

✓ FISCHLER, C. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: Sant’Anna, Denise Bernuzzi (Org). *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

✓ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

_____ *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 292.

_____ *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. 20ª ed. São Paulo: Vozes, 1999, p. (117-141)

_____ *Histoire de la sexualité: usage des plaisirs*. (Vol. 2). Paris: Gallimard, 1984, p. (115-123); p. (165-166)

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

_____ *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1998

✓ GARD, M. & WRIGHT, J. *The obesity epidemic: science, morality and ideology*, Routledge, London. 2005. E-book ISBN: 9780415318969. p16-30

✓ GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. Em Bauer MW. & Gaskell G. (Orgs.) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (Tradução Guareschi PA). Petrópolis: Vozes 2002. (Original 2000) p64-89

- ✓ GEERTZ, C. *The Interpretation of Cultures*. Ed New York: Basic Books Inc. Publishers. 1973.
- ✓ GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 2012
- ✓ GOOD, B. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Great Britain, 1994
- ✓ GREJANIN D.K.M et al. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento e Desenvolv Hum*. Sao Paulo 2007; v 17, n.3: p 37-47
- ✓ GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Tradução: P.Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2002.
- ✓ HEIGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998
- ✓ KLEINMAN, A.; EINSENBURG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, Washington; Boston, Massachusetts; and Davis, California. Vol 88 n. 2 p251-258, Fevereiro 1978.
- ✓ KLEINMAN, A & KLEINMAN, J. “The Appeal of Experience; the Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times”, In Kleinman A, Das V; Lock M (Orgs), *Social Suffering*. Berkeley/Los Angeles/London: Berkeley University Press, 1997 p 1-23.
- ✓ KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: C. Curren & M. Stacey (Orgs) *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Oxford: Berg Publishers 1986 pp. 29-47
- ✓ KLEINMAN, A. *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988. p13-14
- ✓ LEWIS, C. et al. Mortality, Health Outcomes, and Body Mass Index in the Overweight Range: A Science advisory from the American Heart Association. *Circulation J. Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*; Iowa; v 119: p 3263-3271; PMID: 19506107 DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192574 Acesso em: Junho 8 de 2012.
- ✓ LONGHURST, R “Becoming Smaller: Autobiographical Spaces of Weight Loss” Geography Programme Faculty of Arts and Social Sciences University of Waikato. *Jornal: Antipode*. Hamilton New Zealand Vol 4 n 3. p (871-888), Junho 2012
- ✓ MACHADO, R. *Por uma genealogia do poder*. In M. Foucault, *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. (pp. 7-23).

- ✓ MAGDALENO, R; CHAIM, E.; TURATO, E. Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. *Obes Surg*, v. 20, n. 8, p. 1086, ago 2010.
- ✓ MAGDALENO, R; CHAIM, E.; TURATO, E. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obes Sur*, v: 21 n: 3 p336-339 PMID: 19306052 Disponível em DOI: [10.1007/s11695-009-9824-8](https://doi.org/10.1007/s11695-009-9824-8) Acesso em Junho de 2012
- ✓ MARCELINO, LF; PATRICIO, ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, Dec. 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300025>. Acesso em: 21 May 2013
- ✓ MARQUES S.L. *Obesidade: O peso da exclusão*. 2da edição. Porto Alegre: Ed. EDIPUCRS. 2002 P75
- ✓ MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Trad. Carlos Alberto R. de Moura. São Paulo: Ed Martins Fontes, 1996.
- ✓ MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004
- ✓ _____ Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A; MOREIRA, M.C.G.B. (Orgs) *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 33-34.
- ✓ MONAGHAN, L.; HOLLANDS, R.; PRITCHARD, G. Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests. *Body Soc.*, Dublin, v. 16, n. 2, p. 37-71, 5 julho 2010.
- ✓ MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; SOUZA, A.L.M. & POPKIN, B.M. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: C. A. Monteiro (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*, 2 Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000 p247-255
- ✓ MOULIN, A.M. O corpo diante da medicina. In: Jean-Jacques Courtine (Org.) *História do Corpo 3: As mutações do olhar. O século XX*. Petrópolis: Vozes, 2008
- ✓ PIERRET J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Sociol. Health Illn.* Silver Anniversary Issue. Paris, v. 25 ISSN 0141-9889 p. 4-22, 2003
- ✓ SAGUY A.C.; RILEY K.W. Weighing Both Sides: Morality, Mortality and Framing Contests Over Obesity. *J Health Polit Policy Law*. Durham Vol 30. n. 5 p869- 921, 2005

- ✓ SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO E SILVA, G. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, Londres, v. 377, n. 9781, 4 jun. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9. p. 1949-61. 2011.
- ✓ THROSBY, K. Happy Re-birthday: Weight Loss Surgery and the 'New Me'. *Body Soc*, Londres, v. 14, n. 1, p. 117-133, 1 mar 2008.
- ✓ THROSBY, K. Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. *Sociol. Health Illn*. Londres, v. 34 n1, p.1-15 2012
- ✓ THROSBY, K. The War on Obesity as a Moral Project: Weight Loss Drugs, Obesity Surgery and Negotiating Failure. *Sci Cult*. Londres v,18 n.2, p. 201-216, 2009.
- ✓ WRIGHT J. Governing Bodies and the Obesity Epidemic. In WRIGHT J; HARWOOD V. (Orgs) *Biopolitics and the "Obesity Epidemic*. New York; London: Routledge, 2009. p1-23
- ✓ YOSHINO, N. L. *A Normatização do Corpo em "excesso"* 2010. p377 Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas online UNICAMP, Campinas, 2010.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTA NO: _____

Data de nascimento: D () M () A () Data Atual: D () M () A ()

Nome* _____ Fone _____ email _____

Situação Conjugal _____ Ocupação: _____ Data da Cirurgia: D ()
M () A ()

Serviço _____ Tipo de Cirurgia _____ IMC anterior (se lembrar)

O médico tem lhe diagnosticado alguma outra coisa além de obesidade S () N ()

Qual (ais) _____

Hoje

1. **(Questão introdutória)** Você poderia falar sobre como está sua vida após da CB,
2. Tem mudado alguma coisa?
3. Como você se sente agora?
4. Como você vê o seu corpo agora?
5. Era o que você esperava?
6. Para você quais os pontos positivos e os pontos negativos de ter feito a CB?
7. O que mudou na sua relação com as pessoas depois da CB? (As pessoas te tratam diferente?)
8. Do seu ponto de vista, como as pessoas (a sociedade) vêem a pessoa gorda?

O antes

9. Por que você fez a CB?
10. Como foi tomada a decisão de fazer a CB?
11. Como você via no seu corpo e como se sentia antes da CB?
12. Como era sua relação com seu corpo antes da CB?

Depois

13. Como foi para você a experiência de passar pela CB?
14. Como transcorreu a CB?
15. Como foi a experiência do pós-operatório?

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Respeitosamente nos dirigimos a você para convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Cirurgia Bariátrica: Significados sobre Obesidade e a Experiência de Transformação Corporal”, da autoria de Leni Maria Vidal Sandoval e orientada pelo Prof. Jorge Iriart. Essa pesquisa é parte do trabalho de mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC.UFBA).

A pesquisa tem como objetivo compreender a experiência de ter passado por uma cirurgia bariátrica, as motivações para fazer a cirurgia e as concepções dos entrevistados sobre corpo e mudanças corporais.

As entrevistas serão gravadas, transcritas e guardadas confidencialmente, pelo que é garantido o sigilo da identidade dos participantes. Portanto, no ato da publicação dos resultados do estudo, será omitido seu nome ou qualquer outra informação que possa servir para identificá-lo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para fazer parte desse estudo.

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos e que a minha participação dentro da investigação não terá nenhum custo ou compensação financeira.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Leni Maria Vidal Sandoval
Pesquisadora responsável No. Contato 71 – 92461460