

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO

ANTES E DEPOIS DA CIRURGIA BARIÁTRICA:
dispositivos biopolíticos, blogs terapêuticos e outras narrativas biomidiáticas

BELO HORIZONTE
AGOSTO/ 2014

DEYVISSON PEREIRA DA COSTA

ANTES E DEPOIS DA CIRURGIA BARIÁTRICA:

dispositivos biopolíticos , blogs terapêuticos e outras narrativas biomidiáticas

Tese submetida ao Colegiado de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

Orientador: André Brasil

Área de Concentração: Comunicação e Sociabilidade Contemporânea

Linha de Pesquisa: Meios e Produtos da Comunicação

BELO HORIZONTE

AGOSTO/ 2014

301.16

C837a

Costa, Deyvisson Pereira da

2014

Antes e depois da cirurgia bariátrica [manuscrito] : dispositivos biopolíticos, blogs terapêutico e outras narrativas biomidiáticas / Deyvisson Pereira da Costa. - 2014.

148 f. : il.

Orientador: André Brasil.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Comunicação – Teses. 2. Biopolítica - Teses. 3. Blogs - Teses. 4. Cirurgia bariátrica - Teses. I. Brasil, André. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

COSTA, Deyvisson Pereria da. **Antes e depois da cirurgia bariátrica**: dispositivos biopolíticos, blogs terapêuticos e outras narrativas biomidiáticas. Belo Horizonte: UFMG/Fafich, 2014, 158f. (Tese de Doutorado em Comunicação)

Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. André Guimarães Brasil
Universidade Federal de Minas Gerais – Orientador

Profa. Dra. Suely Henrique de Aquino Gomes
Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Bruno Souza Leal
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Carlos Magno Camargos Mendonça
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Yuriy Castelfranchi
Universidade Federal de Minas Gerais

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ernandes e Sandra, e à minha irmã Kássia.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFMG, que acolheu esta proposta de pesquisa.

Especialmente, ao meu orientador, André Brasil, que tanto me estimulou a lançar-me ao novo, bem como me tranquilizou nos momentos de maior tensão.

Aos pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa *Limiar* – Estudos de Linguagem e Mídia que tanto colaboraram ao provocarem discussões sobre os temas aqui tratados, especialmente Cristina Araújo e Augusto Bozz.

Aos novos amigos cuiabanos – Diego, Moacir, Mariângela, Cláudia e Sílvia – com os quais dividi alegrias e angústias, tornando o percurso menos solitário e desesperador.

EPÍGRAFE

*Na realidade, a impressão de que o poder vacila
é falsa porque ele pode recuar, se deslocar,
investir em outros lugares ... e a batalha continua
(...)*

*Como resposta à revolta do corpo, encontramos
um novo investimento que não tem mais a forma de
controle-repressão, mas de controle estimulação:
“Fique nu... mas seja magro, bonito, bronzado!”*

Michel Foucault

*Uma das características mais determinantes
de nossa época é ela ter elevado o corpo à
condição de dispositivo central da política.*

Vladmir Safatle

Essa história de ‘Eu sou feliz gordinho’ é mentira

André Marques

RESUMO

O crescente interesse pelos cuidados com o corpo, a fim de mantê-lo saudável, é facilmente perceptível na sociedade contemporânea, transformando terapias em roteiros para os modos de subjetivação. Quando consideradas as tecnologias para controle da obesidade, vê-se a atenção desdobrar-se. Esta pesquisa busca descrever como uma rede de técnicas, discursos e tecnologias biomédicas e comunicacionais engendram dispositivos biopolíticos para redução de peso, especificamente como *blogs* associam-se à gastroplastia, também conhecida como cirurgia bariátrica ou de redução do estômago, e a outros elementos heterogêneos, nos percursos terapêuticos. Indagam-se como os blogs de pacientes bariátricas abrigam, respondem e, quiçá, reinventam aos discursos biopolíticos. Onze narrativas foram selecionadas entre aquelas lidas e recomendadas por uma autora identificada em pesquisa exploratória. A partir dos elementos verbais, não-verbais e interacionais utilizados por esse grupo de mulheres, descrevem-se os sentidos que elas atribuem à cirurgia e à obesidade, os processos de escrita e exposição de si e as mediações em rede - biossociabilidades. Os discursos biomédicos estão presentes nos *blogs* e servem para as produções de sentidos, especialmente enquanto partícipes de uma linguagem de riscos. A responsabilização dos indivíduos impelidos à autonomia estende-se dos cuidados corporais para os diversos âmbitos por meio do discurso da autonomia. A própria escrita de si torna-se recurso para exposição dos desempenhos e performances na adequação corporal resultado das escolhas sanitariamente corretas, da gestão dos riscos. Mas também são identificadas ambiguidades relativas às temáticas, às táticas, às visibilidades e sociabilidades entre os processos de subjetivação acionados pelos dispositivos biopolíticos e terapêuticos.

Palavras-chave: Biopolítica, Biossociabilidades, Blogs Terapêuticos, Gastroplastia, Risco, Autonomia

ABSTRACT

The increasing interest for care with the body in order to keep it healthy is easily noticed in the contemporary society transforming therapies into a survey to the modes of subjectivation. When considered the technologies for obesity control, we can see the attention is unfolded. This research aims to describe how a net of techniques, discourses and biomedical and communicational technologies engender biopolitical devices in therapeutic courses, specifically as blog associate themselves to gastroplasty, also known as bariatric surgery or stomach reduction, building heterogeneous devices for corporal weight loss. It is questioned how the bariatric patients blogs store, answer and perhaps reinvent the biopolitical discourses. Eleven narratives were selected among those read and recommended by an author identified in exploratory research. From the verbal, non-verbal and interactional elements used by this group of women, the senses they attribute to the surgery and to obesity, the process of selfwriting and exposure and the net mediation are described – here considered biosociabilities. The biomedical discourses are present in blogs and contribute to meaning production, especially while participant of rhetoric of risk. In complement to the accountability of the individual under the imperative of autonomy, the risk is extended from corporal care to the several scopes in articulation with the state-owned, media and entrepreneurial discourses. Thus, the self-writing itself can become a resource to the exposure of performances in the corporal adequacy as a result of the sanitary made correct choices of the risk management. But some ambiguities related to the themes, tactics, visibilities and sociabilities are also identified among the processes of subjectivity added by the biopolitical and therapeutic devices.

Keywords: Biopolitics, Biosociabilities, Therapeutic blogs, Gastroplasty, Risk, Autonomy.

RÉSUMÉ

L'intérêt croissant par les soins du corps, afin de le maintenir en bonne santé, il est évident dans la société contemporaine, transformant thérapies en scripts pour les modes de subjectivité. Lors de l'examen de la technologie pour le contrôle de l'obésité, nous voyons l'attention se dérouler. Cette recherche vise à décrire comment un réseau de techniques, de discours et de technologies biomédicaux et communicationnels engendrent des dispositifs biopolitiques pour la réduction de poids, en particulier la façon dont les blogs sont associés à la gastroplastie, également connu comme la chirurgie bariatrique ou la réduction de l'estomac, et à d'autres éléments hétérogènes, dans les voies thérapeutiques. On demande comment les blogs de patients bariatriques portent, répondent et, peut-être réinventent les discours biopolitiques. Onze histoires ont été choisies parmi celles lues et recommandées par une auteure identifiée dans la recherche exploratoire. À partir des éléments verbaux, non verbaux et interactionnels utilisés par ce groupe de femmes, on décrit le sens qu'elles attribuent à la chirurgie et à l'obésité, les processus d'écriture et d'exposition d'elles-mêmes et les médiations en réseau – biosociabilités. Les discours biomédicaux sont présents dans les blogs et servent à la production de sens, d'autant plus que les participants dans un langage de risques. La responsabilisation des individus entraînés à l'autonomie recouvre dès le soins du corps à tous les secteurs à travers le discours de l'autonomie. Ces écrits qu'elles portent sur elles deviennent de ressources pour les spectacles d'expositions et de performances dans la remise en forme du corps, résultant des choix sanitaires corrects, de la gestion des risques. Mais des ambiguïtés sont également identifiés sur les thématiques, les tactiques, les visibilité et la sociabilité parmi les processus subjectifs déclenchés par des dispositifs de biopolitiques et thérapeutiques.

Mots-clés: Biopolitique ; Biosocialités ; Blogs Thérapeutiques ; Gastroplastie ; Risques, Autonomie.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Colher-caveira	13
Figura 2	Matriz Risco, Autonomia e Tecnologias	24
Figura 3	Logotipo Peso Saudável	31
Figura 4	Quadro <i>Bem-Estar</i> (TVGlobo)	36
Figura 5	Aplicativo <i>Na Medida Certa</i> (TVGlobo)	39
Figura 6	Antes e depois, Renata Celidônio	42
Figura 7	Capa, Larissa Bertani	48
Figura 8	Antes, Samanta	50
Figura 9	Fabiola Neves e cirurgião	87
Figura 10	Tatuagem	102
Figura 11	Bolo de aniversário	103
Figura 12	Pingente	104
Figura 13	Abertura <i>O desabrochar de uma rosa</i>	104
Figura 14	Fênix	105
Figura 15	<i>Template Emagrecendo para a felicidade</i>	107
Figura 16	Antes e depois, Sissica	108
Figura 17	<i>Template Muito além de um sonho ...</i>	109
Figura 18	Livro de receitas	112
Figura 19	<i>Template Priscila Bittancourt</i>	113
Figura 20	<i>Template Diário de um Ex-gordo</i>	115
Figura 21	Depois, Mauro Franco	116
Figura 22	Antes, Mauro Franco	117
Figura 23	<i>Template Iniciando Anna e Mia</i>	124
Figura 24	Charge	126
Figura 25	Abertura <i>Algo de novo no mundo da Carol</i>	129
Figura 26	Centro cirúrgico	130
Figura 27	<i>Template perfil Clínica Dr. Sérgio Arruda</i>	135
Figura 28	Festival Itajaí em Cartaz	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Definição de risco de comorbidade	29
-----------------	-----------------------------------	----

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	O NASCIMENTO DA OBESIDADE E SUAS NARRATIVAS	26
1.1	Breve genealogia da obesidade	27
1.2	Narrativas da obesidade	44
2	LIMIARES DA MODERNIDADE	54
2.1	Da norma ao risco	57
2.2	Discurso da autonomia e constituição de si	69
2.3	Mediações em rede e dispositivos terapêuticos	74
3	DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS	83
3.1	Cirurgia Bariátrica: pré e pós	83
3.1.1	<i>Corpus</i>	89
3.2	Sentidos vividos, experiências narradas e produção de si	94
3.2.1	<i>Sentidos da obesidade e da gastroplastia</i>	94
3.2.2	<i>Escrita e exposição e si</i>	105
3.2.3	<i>Biossociabilidades em rede</i>	114
3.2.4	<i>Outros temas, outras cenas</i>	138
3.2.5	<i>Embates biossociais e suas ambiguidades</i>	142
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
	REFERÊNCIAS	151

INTRODUÇÃO

Em maio deste ano, Michelle Obama publicou um artigo de opinião, no *The New York Times*, intitulado *O Congresso quer derrubar conquistas por alimentação saudável*. Ela argumenta que os parlamentares pretendem enfraquecer as iniciativas empreendidas baseadas em “evidências” e apoiadas na “ciência mais atual” para redução da obesidade. Diferentemente de suas inúmeras antecessoras, a primeira dama não se dedica somente a oferecer alimento às crianças famintas, mas também a afastá-las das gorduras, dos açúcares e do sódio¹. Estão acrescentados (ou subtraídos) os ingredientes de uma nova dinâmica da filantropia politicamente correta.

Esse acontecimento poderia ser um *fait-divers* localizado, não fosse nosso próprio senso comum capaz de reconhecer, em quaisquer iniciativas de controle desta “epidemia mundial”, uma atitude louvável e nobre. As disputas que envolvem, por exemplo, a alimentação, seja das crianças ou dos adultos, torna-se objeto de lutas políticas e midiáticas, sinalizando as relações intrínsecas e seculares entre corpo e poder. Ao propor a criação de cerca de 70 espaços *fitness* antiobesidade em Londres, a indústria de refrigerante *Coca-Cola* recebeu críticas. O projeto prevê sessões de atividades físicas para as famílias e orientações nutricionais, item mais polêmico da proposta. Os ativistas acusaram a empresa de desviar a atenção dos cidadãos e fortalecer a epidemia. “Refrigerantes como a Coca-Cola, que têm nove colheres de chá de açúcar por lata, ajudam a somar 30% por cento do consumo de açúcar entre 11 e 18 anos de idade”².

As preocupações com os danos individuais e coletivos da obesidade também despertam o interesse de pessoas comuns. Aproximadamente, 1,4 mil consumidores financiaram, coletivamente, com 30 mil libras (cerca de R\$ 113 mil), o desenvolvimento de uma colher em formato de caveira no site *Kickstarter*³. Dez vezes mais recursos que o previsto inicialmente. “Eles querem lembrar o usuário o quanto o açúcar pode fazer mal à saúde”⁴.

¹noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/the-new-york-times/2014/05/30/michelle-obama-congresso-quer-derrubar-conquistas-por-alimentacao-saudavel.htm

²oglobo.globo.com/sociedade/saude/campanha-fitness-da-coca-cola-revolta-ativistas-na-inglaterra-12620842

³kickstarter.com/

⁴estadao.com.br/noticias/noticias,colher-em-formato-de-caveira-consegue-captar-dinheiro-para-iniciar-producao,3643,0.htm



Figura 1 - Colher-caveira

Da mesma forma que as estratégias de combate à obesidade geram suas controvérsias, as causas também produzem enunciados contraditórios. O documentário *FedUp*, ao examinar o problema global da obesidade, alerta que a gordura pode não ser o problema, mas o açúcar. “A diabetes precoce, uma condição associada à exposição ao açúcar de cana e ao xarope de milho, era virtualmente desconhecida alguns anos atrás. Se os atuais índices continuarem, um em cada três americanos terá diabetes em 2050”⁵.

No Brasil, segundo dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2013), a obesidade cresceu 54% entre 2006 e 2012 e atinge 17,1% da população do país. Mais da metade dos brasileiros com mais de 18 anos está acima do peso recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – 18% das mulheres estão obesas e, entre os homens, a incidência é de 16%.

A importância adquirida pelo tema acompanha os investimentos pelas indústrias de conteúdo. Em 2001, a Editora Abril prometeu “uma revolução em prol da saúde e da boa forma” com a divulgação de hábitos saudáveis, alimentação balanceada e cuidados com a saúde, visando ao combate à obesidade e ao

⁵ cartacapital.com.br/saude/o-acucar-e-o-verdadeiro-inimigo-e-nao-a-gordura-2457.html

sedentarismo. O projeto multiplataforma *Emagrece, Brasil*⁶ conta com apoio dos Ministérios da Saúde e do Esporte, além da iniciativa privada.

Contrariando qualquer perspectiva evolucionista sobre as causas ou consequências da obesidade, lembremo-nos, de antemão, que a corporeidade é uma realidade mutante de uma a outra sociedade, de um a outro tempo, de um a outro lugar, constituindo-se, muitas vezes, por saltos e descontinuidades. Em nosso tempo, é notória a relevância do tema nos meios de comunicação nos últimos anos. Cada um dos episódios mencionados acima ilustra a crescente preocupação social e midiática em torno do assunto.

Em outras palavras, as relações do ser humano com o próprio corpo, com o corpo do outro e com o mundo são infinitamente variáveis em seus usos na vida cotidiana, e podem diferenciar agrupamentos econômicos, culturais, sociais e históricos. Há, em outros termos, uma historicidade dos corpos e dos sujeitos, algo que o projeto fundante de Michel Foucault tão bem demonstrou.

Essas diversidades manifestam as múltiplas técnicas corporais à disposição dos indivíduos em cada época e que os constituem. Com Marcel Mauss (2003), entendemos as técnicas corporais como aquelas maneiras pelas quais os homens, de sociedade em sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se do seu corpo, fazendo-o instrumento. As técnicas de cuidado com o corpo e do consumo, por exemplo, (comer e beber), estão entre aquelas que variam conforme “as educações, as conveniências e modas, os prestígios” (MAUSS, 2003, p. 404).

Segundo Mauss (2003), para o estudo dessas técnicas é conveniente proceder do concreto ao abstrato, e não o inverso. Tendo em mente essa advertência, consideramos o incremento constante de produções midiáticas sobre o corpo e seus cuidados. Elas versam, sobretudo, sobre práticas corporais vinculadas a determinados estilos de vida e inúmeras tecnologias dietéticas (suplementos, vitaminas, anabolizantes, regimes, cirurgias, etc.), ligadas ao esporte e à estética, trazendo ainda informações sobre produtos e serviços disponíveis no mercado. Transformam o corpo não apenas em produtor de bens de consumo, mas ele próprio em objeto de consumo.

Os inúmeros discursos sobre modos de conduzir a vida e de produzir o próprio corpo, em especial de como cuidar do corpo a fim de mantê-lo vivo e curá-lo dos males, sempre existiram, constituindo os diversos tipos de narrativas, sejam elas

⁶ publiabril.com.br/noticias/520

mediáticas ou não. Essas narrativas produzem e veiculam toda uma discursividade sobre e para o corpo, contemplando modos de cuidados práticos – vestir, comer, curar, exercitar, movimentar –, em alguns casos, segmentados de acordo com modelos prévios e históricos do que se defina como homem ou mulher.

Luciane Lucas e Tânia Hoff (2006) argumentam que analisar o sentido que o discurso sobre o corpo adquire na sociedade contemporânea requer, cada vez mais, um olhar atento às conexões entre saúde, estética e consumo, a partir dos hibridismos entre aparatos inicialmente destinados ao cuidado com a saúde (medicamentos, cirurgias, etc.) e aqueles primeiramente propostos para a beleza (cosméticos, etc.). Esses instrumentos partem de um discurso médico-científico que, ao responsabilizar o indivíduo por sua saúde, legitima a estetização desse discurso.

Paulo Vaz (1999) observa que nossa experiência subjetiva de cuidado do corpo está articulada com a forma contemporânea do capitalismo ancorada no avanço crescente da tecnologia. “As novas tecnologias biomédicas e de comunicação configuram um primeiro vetor de mudança que temos de nossos corpos” (VAZ, 1999, p. 159). Diferentemente do passado, nosso corpo depende cada vez mais de nossa ação tecnologicamente potencializada pelas tecnologias biomédicas. “Já tecnologias comunicacionais afetam a experiência do corpo ao promover a mediação generalizada” (VAZ, 1999, p. 160). A articulação entre tecnologias biomédicas e comunicacionais modifica o mundo e a experiência de estar corporalmente nele.

As técnicas corporais, os discursos e as tecnologias tão disponíveis em nossa época, apesar de não determinantes, são decisivos para a cultura contemporânea quando alteram radicalmente nossos modos de existência e as materialidades comunicacionais que veiculam formas de ser, estar neste mundo e nele intervir por meio do corpo. Dessa forma, as mídias podem engendrar formas predominantes da relação do sujeito com as regras para os cuidados com o corpo, em outras palavras, fomentarem *modos de subjetivação* (RAMMINGER; NARDI, 2008). Nesse caso, subjetividade remete à dupla experiência: aquele que é submetido ou que realiza a ação e ambas sugerem um *sujeito a* (FOUCAULT, 1995).

Assim, a corporeidade encontrar-se-ia extremamente imbricada às técnicas corporais, aos discursos sobre o corpo e às tecnologias comunicacionais e biomédicas. Ao mesmo tempo, a experiência subjetiva do indivíduo – seus valores, modelos, normas e horizontes de possibilidade – e a forma como ele percebe o

próprio corpo e conduz sua corporeidade podem ser capturadas por estratégias sanitárias de *longevidade, qualidade de vida e bem-estar*.

Nos anos 80, a corporeidade ganha vulto nunca antes alcançado, em termos de visibilidade e espaço na vida social. As práticas físicas passam a ser regulares e cotidianas, expressando-se na proliferação das academias de ginástica por todos os centros urbanos. A *geração saúde*, oposição ao padrão de comportamento representativo da geração de seus pais, levanta a bandeira antidrogas, com destaque para o tabagismo e o alcoolismo, da defesa da ecologia, do naturalismo e do chamado sexo seguro (CASTRO, 2007, p. 26) [grifos da autora].

Essa “geração” é constantemente convocada a cuidar, por si mesma, de sua saúde. Segundo Sfez (1996), trata-se de uma nova moral do homem ordinário quando o controle do corpo se mostra político e moral, e não apenas técnico, espalhando-se por inúmeros outros aspectos da vida cotidiana. Assim, os cuidados com a saúde do corpo figuram como uma das preocupações centrais assumidas pelo indivíduo, como sua própria responsabilidade.

A primeira especificidade da utopia norte-americana tem a ver com o controle de si mesmo pelo corpo, em razão do enfraquecimento dos controles institucionais e de sua substituição pelo mercado. O controle do corpo só é possível por uma nova disciplina, uma nova moral, moral do controle do *self* pelo *self* a serviço de uma ordem social harmoniosa generalizada. O *self* “natural” saberá opor-se vitoriosamente ao mercado (SFEZ, 1996, p. 68).

Entre os cuidados sanitários com o corpo do *self* pelo *self* está a preocupação com o peso, angústia esta que atravessa diferentes gêneros, classes e faixas etárias. Desde 1975, quando a Organização Mundial da Saúde definiu a obesidade como doença crônica e o Índice de Massa Corporal (IMC) como critério de diagnóstico, nota-se certa mobilização para adequação dos corpos. Hoje, apregoam os discursos midiáticos e governamentais, o mundo possui mais obesos que desnutridos e o consumo exagerado mata mais do que a carência alimentar⁷.

Esses cuidados para manter o corpo dentro dos padrões sanitários propostos, em alguns casos, são narrados publicamente e registrados em *blogs* que expõem a experiência subjetiva com o próprio corpo no percurso para modelá-lo, ou melhor, para modulá-lo, utilizando-se, nesse caso, da cumplicidade dos leitores. *Meu Emagrecimento*⁸ publiciza as conquistas diárias quanto à qualidade de vida da autora. A blogueira foi eleita personagem exemplar, ilustrando reportagens em diversos veículos⁹ enquanto se tornava capa de revistas impressas tradicionais¹⁰. A

⁷g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/09/numero-de-obesos-no-mundo-supera-o-de-famintos-diz-cruz-vermelha.html

⁸meuemagrecimento.blogspot.com

⁹Revista *Corpo a Corpo*, número 16, 2005.

¹⁰Revista *Saúde*, número 20, 2004

circulação dessas narrativas pela Internet e sua conseqüente apropriação pelas mídias de referência permitem a capilaridade também de discursos de diversas gêneses que podem projetar um corpo como modelo a ser seguido, como mercadoria comercializável e passível de aquisição material e imaterial, mediante capital econômico e simbólico.

Destacamos, contudo, um grupo especial de narrativas entre aquelas dedicadas aos cuidados com o corpo saudável. Elas se referem àqueles indivíduos que realizam procedimentos biomédicos invasivos, reduzindo o estômago cirurgicamente, e que – um pouco inesperadamente – narram publicamente sua experiência. Os relatos aproximam-se daqueles “testemunhos de obesos que sofrem para emagrecer” (VIGARELO, 2012), mas diferem ao se referirem a um procedimento de produção direcionada para âmbitos extremos e públicos.

Também conhecida com *gastroplastia*, a cirurgia bariátrica é aplicada desde meados da década de 1960. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), atualmente a gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux” é a técnica cirúrgica utilizada em aproximadamente 75% dos procedimentos realizados no Brasil¹¹. De uma maneira geral, as técnicas reconhecidas pelo Ministério da Saúde são indicadas para indivíduos com IMC superior a 50, superior a 40 para indivíduos sem sucessos em outros tipos de tratamento e para pessoas com IMC acima de 35 quando apresentarem quadro de altos riscos cardiovasculares, diabetes, apneia etc. Em geral, as técnicas consistem em reduzir a capacidade e o espaço do estômago: o “novo” órgão fica com um tamanho de cerca de 50 ml. Entre 2003 e 2012, as intervenções desse tipo saltaram de 16 mil para 72 mil¹². Cerca de 6,5 mil das operações foram realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2013, representando um aumento de 45% em relação a 2010¹³.

Em pesquisa exploratória, encontramos *Cirurgia Bariátrica Pré e Pós*¹⁴. “Não sou psicóloga, nutricionista e muito menos médica. As informações deste *blog* são apenas uma forma de contar a minha história. Procure sempre a orientação de um especialista”, adverte a autora. Sua narrativa pertence a uma rede de outras narrativas sobre o tema, que informam e oferecem apoio aos futuros e atuais pacientes bariátricos. Os discursos não apenas circulam por esses *blogs*, mas

¹¹ As outras modalidades cirúrgicas são banda gástrica ajustável, gastrectomia vertical, *duodenal switch*. Disponível em sbcbr.org.br/cbariatica.asp?menu=1

¹² sbcbr.org.br/noticiasbcbr.php?not_id=85&str=002

¹³ brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus

¹⁴ fabiolaneves.blogspot.com.

também constituem uma *rede de sociabilidade* possibilitada pelas novas formas de mediação tecnológica e pelas tecnologias biomédicas.

A importância da escrita para os autores aproximam essas narrativas. Assim, o ato de escrever está intimamente ligado aos processos sequenciais da terapia. “Sabe que tenho reparado em mim e em outras amigas que estão neste processo? Que todas nós estamos ansiosas. Isto é fato quando visito os *blogs* e vejo cada vez menos *posts* atualizados como o meu”.¹⁵ A escrita pública pode englobar desde a preparação para o procedimento até os cuidados pós-operatórios. Em alguns casos, os autores desses diários prosseguem rumo a outros temas. Já em alguns, a escrita termina meses após o recurso à cirurgia.

A socialização via aconselhamento e a troca de experiências com outros autores podem ser consideradas outra característica que aglutinaria as narrativas. Não somente a informação é disponibilizada, mas a própria experiência de realizar o procedimento, as impressões pessoais, as mudanças de humor, etc. Manter o *blog* faz parte dessa experiência como mecanismo de exposição das angústias, das conquistas, dos fracassos, dos receios. Em certa medida, todo esse aparato discursivo e técnico pode, de alguma forma, funcionar estrategicamente como assistência coletiva a outros pacientes interessados, mas também aos profissionais de saúde.

Por fim, por se tratar de procedimentos médicos altamente complexos, o conhecimento científico e seu vocabulário específico são convocados, constantemente, para explicar os percursos de cada autor, incluindo quais tipos de procedimento foram adotados, individualmente, na cirurgia ou em outro receituário posterior, como também para as avaliações que os pacientes realizam de si mesmos ao examinarem o próprio percurso. Trata-se de narrativas atravessadas pelas técnicas terapêuticas adotadas no controle da obesidade, com forte presença dos termos e conceitos biomédicos que servem de socialização com outros interessados. Tais características estão relacionadas aos vetores de mudanças dos nossos corpos – as técnicas corporais, as tecnologias comunicacionais e biomédicas, além dos discursos sobre cuidados com o corpo.

Considerando os aspectos levantados anteriormente, interessamo-nos por essas narrativas na medida em que não só traduzem a experiência de realização da cirurgia bariátrica, mas também abrigam, respondem e, quiçá, reinventam os

¹⁵ deixandoomundomaisleve.blogspot.com

discursos pautados no autocuidado para a saúde do corpo. Essa investigação, assim como qualquer outra, é, em parte, determinada pelo histórico de trabalhos, pois sempre que lançamos luz sobre determinados objetos, acabamos por projetar sombras sobre outros. Anteriormente, já nos atentávamos para os fenômenos localizados na interface entre os campos da comunicação e da saúde¹⁶. No passado (COSTA, 2005), interessamo-nos pelas relações entre os modelos comunicacionais e as práticas de atenção e promoção da saúde, bem como pela produção discursiva de corpos, tomando como materialidade uma publicação semanal dedicada aos cuidados corporais (COSTA, 2009). Naquela ocasião, propusemos uma investigação acerca da produção contemporânea do corpo saudável no e pelo discurso midiático.

Neste momento, pretendemos, de alguma maneira, desdobrar e aprofundar parte das discussões não esgotadas nos trabalhos pretéritos. Se no passado, identificamos alguns traços da produção de corpos e subjetividades consideradas saudáveis no e pelo discurso midiático, tratamos agora de descrever, além de novos artefatos midiáticos de produção de subjetividades, também a constituição de coletivos sociotécnicos de assistência terapêutica agenciados na Internet.

Desse modo, esperamos avançar na compreensão dessa conversação social, aparentemente mais livre em relação aos limites de uma fala regulada e institucionalizada pelas indústrias da cultura, analisando o papel das tecnologias da comunicação e biomédicas nos processos de socialização e subjetivação contemporâneos.

Nossa proposta desdobra movimentos semelhantes no campo de estudos da Comunicação. Segundo Francisco Rudiger (2012), os recentes progressos tecnológicos, especialmente no âmbito das redes telemáticas, estimularam o surgimento de uma reflexão teórica em que os pressupostos que caracterizam a subjetividade pela constância, unidade e isolamento, passaram a ser profundamente questionados. “A sociedade cibernética permite a refração da personalidade em múltiplos eus (...). As pessoas passaram a ter chances de, virtualmente, trocarem de sexo, modificarem a idade e assumirem novos papéis e identidades” (RUDIGER, 2012, p.2).

Para Marta Pinheiro (2000), as novas interfaces possibilitam a expansão das subjetividades para além dos limites físicos, mentais e culturais, promovendo uma

¹⁶ Araújo e Cardoso (2009) definem “comunicação e saúde” como um termo que indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculo entre campos sociais. Ver: *Dicionário de Educação Profissional de Saúde*.(EPSPJV/Fiocruz). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>.

“subjetividade-personagem” manifesta na busca por signos de expressão publicamente reconhecíveis. “E, neste aspecto, entra em questão o discurso, como campo de possibilidade de reconhecimento mútuo, de saberes e de performances” (PINHEIRO, 2000, p. 7).

Paradoxalmente, a construção dessas subjetividades-personagem ocorre concomitante à busca por mais “realidade”. Jaguaribe (2016) afirma que narrativas e imagens que se interessam pela “vida real” tornam-se centrais em amplos circuitos midiáticos. Eles assinalam transformações nas relações entre público e privado; entre o ficcional e o real – destituindo suas fronteiras. A diluição dos limites decorre, em parte, da “politização da vida privada na medida em que as características biográficas dos indivíduos assumem um peso relevante na definição de papéis e reivindicação sociais” (JAGUARIBE, 2006, p. 110). Para a autora, seja no mercado editorial, audiovisual, cinematográfico ou nos *blogs*, o que está em jogo é a busca pela significação da experiência pessoal.

Feldman (2008) corrobora a ideia de que as narrativas do espetáculo apelam cada vez mais à produção e dramatização da realidade. “Realidade essa mediada, produzida e dramatizada por códigos estéticos e suportes audiovisuais cujas fronteiras também estariam se tornando indistintas” (FELDMAN, 2008, p. 3). Quando mais roteirizada, ficcionalizada e virtualizada pelas narrativas espetaculares, mais ansiaríamos por uma experiência “experimentada”. Um dos fenômenos mais emblemáticos desses processos são os *reality shows*.

Trata-se da interiorização da vigilância por meio de um pacto de encenação, que por sua vez implica uma relação de poder produtiva, e não repressiva: encenando-se a si mesmos e interpretando seus tipos, em reação e em relação às câmeras, os participantes de um *reality show* demandam ser constantemente observados, em um tipo de pacto em que o ato de espiar, vigiar ou espreitar é ressignificado (FELDMAN, 2008).

Os processos de construção dessa subjetividade-personagem ganham contornos específicos quando a busca pela significação da experiência pessoal se dá por meio dos usos confessionais na internet, ao renovarem os velhos gêneros autobiográficos. Trata-se de uma prática baseada na crença do leitor na coincidência entre as identidades do autor, do narrador e do protagonista da história contada “Usar palavras e imagens é agir: graças a elas podemos criar universos e com elas construímos nossas subjetividades, nutrindo o mundo com um rico acervo de significações” (SIBILIA, 2008, p. 31)

Para Sibilia (2008), as escritas de si constituem objetos privilegiados quando se trata de compreender a constituição do sujeito e a estruturação da própria vida como um relato escrito, audiovisual ou multimídia. Neste sentido, quando a experiência pessoal, a ser (res)significada, é narrada em *blogs* sobre cuidados corporais, acreditamos que esses testemunhos são uma oportunidade para observar e descrever os modos de subjetivação contemporâneos, tomando-se a via da comunicação, em sua interface com o discurso especialista.

Assim, buscamos delinear uma rede constituída por elementos heterogêneos, descrevendo a expansão e a constituição das subjetividades nela inscritas, considerando as técnicas corporais, os discursos de autocuidado e as tecnologias comunicacionais e biomédicas. Mais especificamente, quais relações poderíamos identificar entre a emergência da obesidade enquanto patologia discriminada institucionalmente e suas narrativas midiáticas? Quais as condições dessa emergência? E quais as formas de sociabilidade, os discursos e os modos de subjetivação que elas engendram? Afinal, em outras palavras, como essas narrativas de pessoas que realizam a gastroplastia abrigam, respondem e, quiçá, reinventam os discursos contemporâneos sobre o corpo e seus cuidados, aglutinando narrativas e fomentando formas de vida, vínculos e experiências de si?

Supomos delinear-se uma rede de dispositivos que servem, estrategicamente, de assistência aos indivíduos para terapias do próprio corpo, ao mesmo tempo em que subsidiam novas formas de controle e exercício de poder. Tal agenciamento funcionaria, em nossa hipótese, articulando a *retórica do risco*, o *imperativo da autonomia* e as *mediações em rede*, como condições de existência para dispositivos tão díspares, porém mediadores de sociabilidades que têm na carne viva um vínculo primordial.

Desde a Modernidade (XVII), o poder passou a ser exercido por meio de técnicas disciplinares. Um novo regime se instala quando o polo de sujeição disciplinar sobre o corpo individual (disciplina) associou-se ao polo dos controles reguladores da vida da população (biopolítica) (FOUCAULT, 1988). “Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições” (DELEUZE, 1992, p. 219).

Entre as sociedades disciplinares e de controle, a centralidade assumida pelo conceito de risco é o primeiro deslocamento identificado a partir das relações de poder remodeladas entre um e outro período histórico. Como veremos, desde sua

primeira ocorrência acadêmica, em 1919, a noção ganhou destaque, primeiro na Saúde Pública, e em seguida nas mídias. A retórica do risco se expressa de diversas maneiras e engendra discursos a serviço de uma gestão: um discurso da autonomia decorrente do relativo recuo do “mundo das disciplinas”. Esse discurso possui como matriz os aparatos intelectuais, culturais e materiais que propiciam a formação de linguagem social para falar da aspiração de controle, num jogo entre eventos passados e projeções futuras (MENEGOM, 2003). Mais do que objeto de disputa ou desejo cerceado, a autonomia torna-se imperativo.

Cada sociedade tem seus regimes de *fazer ver* e *fazer dizer* constituídos pelos dispositivos predominantes em cada época. Entre os medidores massivos e o “corretor” de singularidades, temos a emergência de produções de discurso sobre si nas mídias. Essas narrativas produzem personagens midiáticos que só existem quando são objeto do olhar e do interesse alheios. Em muitos casos, essas narrativas são, inclusive, capturadas pelos meios de comunicação de massa que os revertem em notícias, em um movimento de mão dupla, materializando a reflexividade constitutiva de nossas sociedades. Esse conjunto de narrativas, como os *blogs*, também faz “aparecer, não no mesmo lugar nem com a mesma imediata função, relações entre escritura e constituição da subjetividade” (TUCHERMAN, 2005, p. 41).

A escolha de um grupo vinculado por uma prática terapêutica extrema de combate à obesidade pode sugerir uma busca da exceção e da experiência limítrofe. Pelo contrário, almejamos, por meio dessas narrativas, apreender discursos cotidianos, reconhecendo em seus enunciados proximidades onde se esperariam distância e descompasso. Afinal, parecem ser os mesmos discursos biopolíticos que sustentam os controles alimentares mais simples e justificam aqueles mais extremados: o sanitariamente correto e sua retórica do risco. Além disso, os limites do normal e do patológico tornaram-se ainda mais fluidos e, portanto, cada vez menos discerníveis.

Mesmo que as mulheres participantes dessa rede de assistência mútua diferenciem-se de outras terapias de cuidado com saúde do corpo, todas compartilham um contexto semelhante, ainda que reticular, de mentalidades. Assim, ao mesmo tempo em que a cirurgia produz redes de sociabilidade e discursos, suas narrativas interagem com discursos de outras matrizes. A aridez do tema, fortemente vinculado à tecnologia biomédica, dilui-se, então, à medida que descrevemos os

processos e modos de subjetivação mais detidamente. Desse modo, um procedimento extremo ganha, em vários sentidos, aspectos familiares. Parece haver, assim, uma contiguidade entre estratégias corriqueiras de cuidado corporal e intervenções mais extremas, sendo a diferença menos de natureza do que de grau. Dispersa em *blogs*, matérias jornalísticas e programas televisivos, a narrativa é o que sugere essa contiguidade. No entanto, há também algo de pedagógico na opção pela cirurgia bariátrica: ao mesmo tempo em que se mostra próximo e contíguo às práticas cotidianas, ele mostra também a força dos discursos e poderes biopolíticos, que, ao operarem no deslimite entre normal e anormal, legitimam e exigem, muitas vezes, recursos e procedimentos mais enfáticos, no caso, uma cirurgia de amplas implicações.

Para enfrentarmos os problemas expostos, empreendermos três tarefas. Um breve relato genealógico acerca da emergência histórica da obesidade enquanto objeto de saber, as narrativas em torno dessa emergência e a consolidação das políticas públicas em campanhas e programas estatais e midiáticos compõem a parte primeira do capítulo inicial. Eles servem para localizar a cirurgia bariátrica em um cenário de estratégias e dispositivos biopolíticos, dos quais os *blogs* fazem parte. Em seguida, tratamos de outras mídias que servem de assistência aos indivíduos nos cuidados e terapias de si. A primeira delimitação do conjunto de *blogs* que compõem o grupo observado ocorre pela identificação de um *blog* específico como ponto de partida para descrever os percursos das pacientes ao final do capítulo inicial.

No segundo capítulo, identificamos e sistematizamos três eixos de mutação, na passagem das sociedades disciplinares (FOUCAULT, 2007) para as sociedades de controle (DELEUZE, 1993). Considerando as diferentes formas de exercício do poder em cada formação social, sugerimos três retóricas fundamentais da articulação entre técnicas *populacionais* e de *individação*: o conceito de risco, o discurso da autonomia e as mediações em rede.

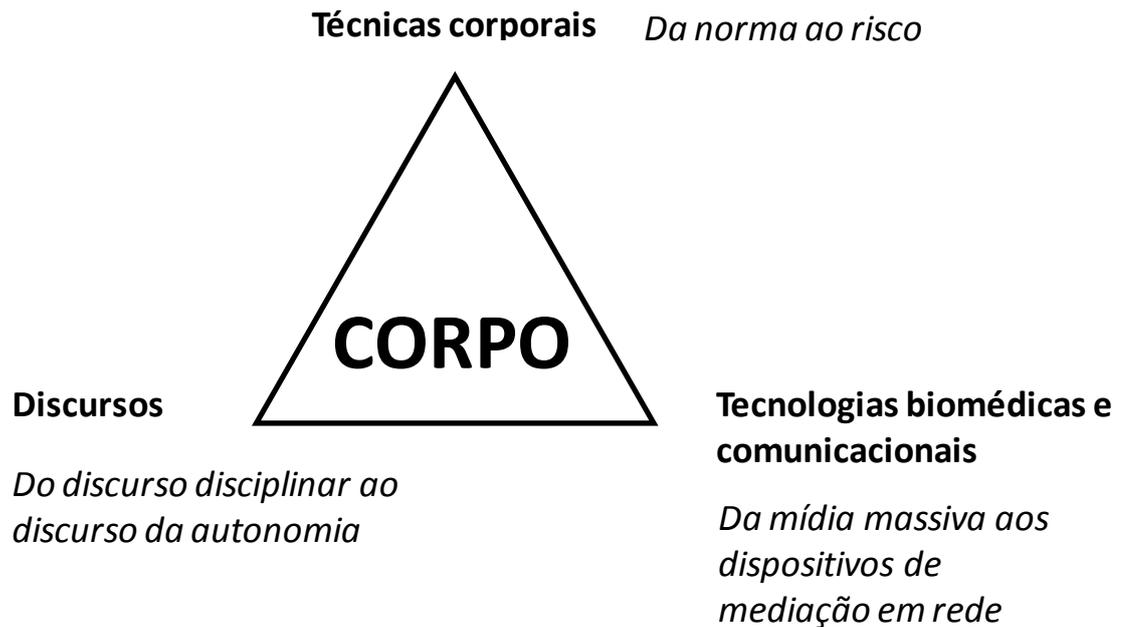


Figura 2 - Matriz Risco, Autonomia e Tecnologias

No terceiro capítulo, buscamos descrever a constituição de uma rede de assistência constituída pelos *blogs* terapêuticos a partir das narrativas de pacientes bariátricas. O percurso é hipertextual e se move livremente pelas conexões da rede: partimos do *blog Cirurgia bariátrica: pré e pós*¹⁷ para nos aproximarmos das outras narrativas disponíveis na internet.

Inicialmente, para recontarmos a história da autora de *Cirurgia bariátrica pré e pós*, destacamos, em sua narrativa, os elementos compartilhados pelas demais leitoras-autoras dos *blogs* que ela lê e recomenda. Para isso, observamos desde a primeira postagem até a mais recente na ocasião¹⁸. Elas totalizaram mais de quinhentas inserções com cerca de 4 mil comentários em cinco anos de publicações.

Cerca de 75 *blogs* estão recomendados em *Cirurgia bariátrica pré e pós*. Eles possuem autores em quatro regiões do Brasil, exceto a região Norte. Entre eles, selecionamos 11 em que o tema gastroplastia prevalece e com atualização entre janeiro e agosto de 2012¹⁹. Na observação desse conjunto de *blogs*, recolhemos as informações disponibilizadas pelas autoras nos espaços previstos no *layout* de cada narrativa: apresentação, título, perfil, *blogs* que segue, data da última postagem, gráfico da evolução histórica das postagens, imagens, *links*, *layout*, comentários.

¹⁷ fabiolaneves.blogspot.com.br

¹⁸ Agosto, 2012.

¹⁹ Esse critério decorre da necessidade de redução do volume de material para acompanhamento sistemático.

Considerando as informações disponíveis ao acesso de quaisquer usuários da rede, procuramos compor um quadro das temáticas abordadas, do ciclo de escrita, das relações entre autoras e profissionais de saúde e das avaliações que as autoras realizam de si mesmas.

Desse modo, recompomos os sentidos atribuídos pelas autoras à obesidade, à cirurgia, à escrita e à transformação de si. À medida que ingressam nos protocolos da terapia cirúrgica e interagem por meio dos *blogs* com outras autoras, as pacientes veem suas narrativas entrelaçarem-se aos procedimentos médicos e ao final do tratamento, e outras temáticas concorrem com a gastroplastia nas postagens. As interações entre as blogueiras desencadeiam *biossociabilidades em rede*, diluindo ainda mais os limites entre normalidade e patologia e promovendo certa angústia com a possibilidade de mais um fracasso em emagrecer. A cirurgia emerge como uma tecnologia instrumental para a trajetória de sucesso do indivíduo.

Não há dúvidas de que parte das lutas históricas se deu em torno de conquistas por autonomia dos indivíduos em relação aos seus corpos. E tal situação também se manifesta, mesmo que restritamente, entre as autoras. É importante lembrar o quanto esse discurso da autonomia – tal como apropriado por estratégias biopolíticas – pode, paradoxalmente, colaborar hoje para novas e sutis estratégias de poder. A autonomia – como estratégia de gestão – representaria, nesse sentido, uma armadilha, da mesma forma que a visibilidade o foi para a modernidade (FOUCAULT, 2007). Mesmo reconhecendo os perigos dessa convocação constante à autovigilância, à autogestão e à autoperitagem, evitamos condenar ou valorar as experiências em curso, para buscar, muito dificilmente, nos discursos e nas práticas cotidianas, um ou outro vislumbre de resistência.

1 O NASCIMENTO DA OBESIDADE E SUAS NARRATIVAS

A história deslocou os sentidos das formas da saúde e da estética. Os saberes e os dizeres sobre o corpo eram outros e, se atualmente percebemos traços ou indícios de possíveis enfermidades associadas ao corpo obeso, o mesmo não se poderia necessariamente afirmar existir nas percepções de outrora. Diferentes valores estão associados ao glutão medieval, ao estúpido moderno e ao obeso atual.

Neste capítulo, abordamos inicialmente as disparidades na percepção do corpo obeso na passagem entre a Modernidade (XVII) até a contemporaneidade. Da idade moderna até nossa época, interessa-nos descrever o nascimento da obesidade como acontecimento agregador de dispositivos diversos e heterodoxos que a identificam, na atualidade, como uma patologia epidêmica de proporções globais, exigindo estratégias individuais e coletivas para seu controle. Tratamos de sua condição de objeto de saber e investimento de poder, pois as implicações da obesidade para os doentes desdobram-se em condutas de sobrevivência, em outras palavras, modos específicos de subjetivação.

Em seguida, identificamos a efervescência de narrativas em torno da obesidade que se manifestam em inúmeros formatos: autobiografias, telemedicina, *reality shows*, entretenimento, jornalismo. Nelas, relacionam-se a experiência vivida, as terapêuticas clínicas e cirúrgicas, além das políticas públicas sanitárias de controle da obesidade. Em sua maioria, elas dão vida à grande parte dos modos de viver em nosso tempo.

Entre essas narrativas, destacaremos os *blogs*. Como fenômeno complexo, é razoável admitir que a discursivização das experiências também produza configurações singulares quando essas narrativas estão materializadas na internet. Elas ganham formatos específicos, mesclam o martírio e o sucesso no domínio do corpo e podem oferecer uma via de acesso ao jogo de relações em torno dos processos de subjetivação contemporâneos.

Por fim, elegemos uma narrativa para aproximação com os sujeitos pesquisados e seu contexto mais imediato. O estudo de *Cirurgia Bariátrica pré e pós* contribui para a identificação do percurso comum às pacientes entre clínicas, exames, especialistas, etc. até a realização da cirurgia. Sua leitura permite identificar aspectos considerados aglutinadores para o conjunto de *blogs* observados.

1.1 Breve genealogia da obesidade

Desde o século XVIII, inúmeras medidas administrativas são estabelecidas pelos governos para controle e intervenção nos processos da vida das populações dos países. No “limiar da modernidade biológica” (FOUCAULT, 1988, p.134), a vida entra no domínio dos cálculos e o poder-saber se torna um agente de transformação humana. Neste sentido, descrever o nascimento da obesidade implica acompanhara constituição de um objeto de saber, ao mesmo tempo efeito e instrumento de relações de poder, que induzem determinadas formas de vida em torno do corpo saudável.

De modo inaugural, o século XIX viu nascermos números e os cálculos acerca do corpo. De saída, as circunferências, os volumes, os contornos do corpo ligados ao olhar foram atravessados pela referência numérica. O peso irá predominar a partir de 1840. “A referência, ainda que mental, ao peso é, no entanto, determinante. Isso altera radicalmente a maneira de olhar e avaliar” (VIGARELLO, 2013, p. 202). Em especial, uma relação irá se consolidar: a escala de peso em relação à altura, apesar da ausência de menção mais sistemática à estética até então.

A segunda metade do século XIX foi responsável por instaurar a obesidade mundana e também a científica. Ao mesmo tempo em que a obesidade se torna objeto corriqueiro em sua observação diária por meio do olhar ou dos espelhos, ela também está submetida à experiência e aos cálculos, tornando-se objeto de conhecimento especializado e propondo modalidades e níveis de tratamento para quaisquer outras patologias.

A transformação do corpo em algo que pode ser conhecido e mensurável é, também, sua transformação em algo que pode ser dominado. A dessacralização do corpo aponta para sua ambiguidade no interior da cultura ocidental: é importante enquanto fonte de experiência, mas, é, também, o corpo que se desvaloriza na medida em que se pode localizar o início do corpo como construção humana, gênese que chega ao seu auge, atualmente com a engenharia genética e a medicina estética (MÁRCIA SILVA, 2001, p.12).

No século XX, a história do corpo é a de sua medicalização. “A medicina se tornou um guia de vida concorrente das tradicionais direções de consciência. Ela promulga regras de comportamento, censura prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações” (MOULIN, 2008, p.15). O aumento regular da

longevidade e o progresso nos conhecimentos sobre o funcionamento do organismo justificariam as regulações propostas pela medicina para a vida ordinária. Essas recomendações dissolveram as doenças reduzindo, por exemplo, sua concentração na infância e as diluíram no espaço, antes localizadas em focos de infecção, como representaram os hospitais. Para a autora, mais que eliminar as doenças, nós as diluímos em diversas graduações capazes de definirem o corpo como nem doente nem são. “As tentativas de hospital-dia (...) corroboram a ideia de uma coabitação fraternal, ou até de uma equivalência entre enfermos e saudáveis” (p. 17).

Além disso, também modificamos radicalmente a experiência das enfermidades. Uma dessas novas experiências inauguradas desde a Segunda Guerra é a do paciente com doenças crônicas: cardiovasculares, reumáticas, endócrinas, cancerosas. Neste caso, as doenças não estão totalmente eliminadas, mas aprende-se cotidianamente a prolongar a vida, administrando condutas mais adequadas para este fim. “Em doenças tão diferentes, o ponto comum é a sujeição a procedimentos de sobrevivência. O doente se torna parceiro do perito e completa um saber livresco por suas aprendizagens pessoais” (MOULIN, 2008, p.37). Enquanto indutora de outras doenças e comorbidades, a participação dos acometidos pela obesidade é imprescindível e desloca a experiência do obeso.

Neste contexto, um fenômeno caracteriza fortemente a obesidade no mundo atual: sua condição de doença epidêmica largamente disseminada que varia conforme classe, gênero e idade, mas que a todos pode acometer. Trata-se de um fenômeno, inicialmente social. No Brasil, segundo dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2013), a obesidade cresceu 54% entre 2006 e 2012 e atinge 17,1% da população do país. Mais da metade dos brasileiros com mais de 18 anos está acima do peso: 18% das mulheres estão obesas e, entre os homens, a obesidade é de 16%.

A pesquisa entrevistou mais de 45 mil brasileiros em todas as capitais, mais o Distrito Federal. As questões abordaram aspectos relativos ao tabagismo, excesso de peso e obesidade, consumo alimentar, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida. Trata-se de questões relativas às doenças crônicas, ou seja,

sem cura e que exigem cuidado e regulação constantes, conforme aponta Moulin (2008).

Para indicar adultos com excesso de peso ou obesidade, os entrevistados foram indagados sobre seu peso e sua altura. O objetivo era identificar o IMC²⁰ médio das populações em seus diferentes locais de residência, sexo e escolaridade²¹. O excesso de peso é identificado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², e a obesidade partir do IMC de 30 kg/m².

Tabela 1 - Definição de risco de comorbidade²²

Classificação de IMC (kg/m ²)		
Faixa	Tipo	Comorbidade
Menor que 18,5	Baixo peso	
De 18,6 a 24,9	Normal	
De 25 a 29,9	Sobrepeso	Aumentado
De 30 a 34,9	Obesidade grau I	Moderado
De 35 a 39,9	Obesidade grau II	Grave
Maior ou igual a 40	Obesidade grau III	Muito grave

Tabelas semelhantes a essa já foram reproduzidas em inúmeros materiais educacionais e jornalísticos, propondo contornos à vida cotidiana dos indivíduos. Neles, de uma maneira ou de outra, os seres humanos podem se reconhecer nos intervalos, mais amplos ou estreitos, de números e diagnósticos correspondentes. Nas versões atuais, a norma limítrofe cede lugar a diferentes e cada vez mais sutis gradações patológicas que poderiam envolver o corpo obeso diferentemente daquelas de passado recente que indicavam apenas três categorias (baixo peso, normal, obeso).

De acordo com Márcia Silva (2001), desde o século XIX, as tabelas de base são atualizadas a partir de levantamentos extensivos em dados coletados pelas companhias de seguradora em homens e mulheres economicamente ativos. A partir do mundo do trabalho e das concessões de apólices, a saúde transforma-se em sinônimo da capacidade objetivável de rendimento, reduzindo a dimensão

²⁰ Existem outros índices para aferir e avaliar a obesidade. No entanto, podemos perceber um predomínio desta fórmula de cálculo em outras investigações populacionais, bem como nas falas cotidianas.

²¹ As perguntas realizadas foram: "O(a) senhor(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?" e "O(a) senhor (a) sabe sua altura?" (BRASIL, 2013, p. 25).

²² Trata-se de uma recomendação da Organização Mundial da Saúde. Disponível em www.sbc.org.br.

existencial. Além disso, as tabelas, que antes eram aplicadas a populações específicas, propagam-se.

As gradações desfazem a linha clara que limita a faixa normal daquela anormal e demandam ao sujeito um processo de constante aprimoramento para se afastar dos riscos. Além disso, a virtualidade desse corpo implica um trabalho contínuo de avaliação dos perigos inerentes a cada modo de vida. O objetivo é investir o capital biológico individual ou coletivo da espécie para evitar a degeneração. Por mais magros que sejamos, estamos sempre no limite ou na iminência de nos tornarmos obesos, nós e nossas gerações futuras.

Quando os dados da pesquisa Vigitel (BRASIL, 2013) foram apresentados à imprensa, as manifestações pediam intervenção imediata e urgente para reverter o quadro descrito. “Os dados reforçam que a hora é agora. Se não tomarmos (...) as medidas necessárias, se não agirmos agora, corremos o risco de chegar a patamares de obesidade como os do Chile e dos Estados Unidos [cerca de 27% de obesos]. Por isso temos que agir fortemente”²³.

Os quadros resultantes da pesquisa oferecem uma matriz diagnóstico/terapêutica aos gestores para intervenção nos processos coletivos de adoecimento dos cidadãos. Neste sentido, a obesidade se desdobra em uma questão política: uma doença que consome todos os esforços individuais e os investimentos coletivos em aparatos de saber e assistência primários como programas de saúde da família; ou complexos, como hospitais e cirurgias. Todos, desafiados coletivamente, estariam convocados à guerra contra o flagelo social e planetário. Assim, a obesidade apresenta sua face política à medida que percorre o corpo social.

Invasão rastejante, pouco controlada, atribuída tão ao consumo desenfreado quanto aos modos de vida, essa mudança atíca ainda mais o olhar sobre o obeso, cujo mal “perturbaria” a comunidade: trata-se de um doente social, um indivíduo sem vontade, incômodo e dispendioso (VIGARELLO, 2012, p. 319).

Assim, diante do obeso dispendioso, desde meados o século XX, é preciso emagrecer a sociedade! “Seja como for, o tema invasivo dá as cartas. A obesidade passou a ser uma ‘ameaça sanitária’, uma epidemia que se alastra rastejante, dissimulada, um ‘flagelo planetário’” (VIGARELLO, 2012, 321). Para o autor, duas expressões fixam a imagem da obesidade: “flagelo social” e “desafio à sociedade”.

²³ brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo

Em resposta aos desafios, diversas instituições propõem guias para condutas mais saudáveis. Estado, mídia, empresariado e medicina prescrevem diferentes roteiros para os indivíduos mobilizarem condutas com vistas a atingirem uma vida mais saudável, afastando-se dos riscos da obesidade. No entanto, é responsabilidade do indivíduo zelar pela própria saúde e agir quando necessário. “Talvez chegue um dia a fazer de cada um o médico de si mesmo, tornando a iniciativa e as decisões com pleno conhecimento de causa” (MOULIN, 2008, p. 16).

Outra reação social é a oferta de terapias clínicas para o enfrentamento da obesidade. A primeira modalidade inclui dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de endocrinologista, nutricionista, e, em alguns casos, fisioterapeuta e psicólogo. “O objetivo é conscientizar o paciente da necessidade de trocar o sedentarismo e a má alimentação por hábitos de vida mais saudáveis que contemplem atividade física e dieta balanceada”²⁴.



Figura 3 - Logotipo Peso Saudável

Entre os articuladores das ações e discursos em torno dos cuidados primários e clínicos da saúde das populações estão os programas públicos de sensibilização, consoantes com as políticas públicas mundiais. Atualmente, projetos de qualidade de vida passam a integrar a rotina das instituições públicas e privadas, revestindo o controle e a vigilância de aspectos positivos.

²⁴ sbc.org.br/obesidade.php?menu=7

Frutas, esporte e corpo esbelto, do azul ao verde: esta é a logomarca do programa Peso Saudável²⁵, estratégia governamental recente, que remete às diretrizes mais gerais dos cuidados com o peso da população: alimentação controlada associada à atividades físicas regulares. Está disponível para servidores públicos e trabalhadores em geral desde maio de 2013. As organizações privadas podem baixar o *software* ao se cadastrarem e informarem quantos funcionários “aderiram” ao programa. O cadastro permitirá ao MS mapear o local e o público em que a ação está sendo aplicada, garantindo mais penetrabilidade das estratégias.

A proposta é definida como a “forma mais atual e informatizada de controlar o peso e prevenir a obesidade no local de trabalho” e teve como ponto de partida uma edição anterior da pesquisa Vigitel (BRASIL, 2012). Ela prevê que “pequenas mudanças fazem diferença” e que os trabalhadores da saúde devem protagonizar sua implantação.

Nós, trabalhadores da saúde, temos de ser protagonistas do que orientamos a sociedade a fazer em relação a hábitos saudáveis. Temos de dar o exemplo, começando em casa e no nosso trabalho. A gente quer que o Ministério da Saúde seja cada vez mais um local de vida saudável. Embora todo mundo trabalhe muito, pequenas mudanças no dia a dia fazem com que a gente viva melhor, afirmou o ministro [da Saúde, Alexandre Padilha]²⁶.

A implantação do programa, inicialmente no Ministério da Saúde, propôs ações a serem desenvolvidas em outras organizações, uma vez que ele se apresenta como projeto piloto. Durante a campanha de mobilização, estiveram disponíveis *softwares* interativos para o monitoramento do peso, balanças para pesagem no ambiente de trabalho, cartazes, cartão de peso, *folder* de divulgação e Guia Alimentar de Bolso. Os dispositivos comunicacionais e outras estratégias fomentam o autocuidado, visando à modificação do estilo de vida do trabalhador, “contribuindo para alterar o quadro epidemiológico atual de sobrepeso e obesidade apresentado pelo Brasil” (BRASIL, 2013)²⁷.

Na mesma medida, as mídias também são responsáveis por produzi guias e modelos de cuidado com a saúde em paralelo com as políticas públicas sanitárias. Além do Estado e suas ações duplicadas nas empresas privadas, as mídias oferecem manifestações próprias para expressão de condutas humanas

²⁵ dab.saude.gov.br/portaldab/pesosaudavel.php

²⁶ blog.saude.gov.br/peso-ideal-ms-lanca-programa-que-ajudara-trabalhadores-a-manter-medida-certa/.

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para implantação do programa peso saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (No prelo)

contemporâneas que buscam uma transformação de si em diversos campos, incluindo a saúde dos corpos.

Recentemente (mas nem tão recentemente assim), os canais da TV aberta se voltam para temas como a qualidade de vida, a saúde e a estética, principalmente durante as manhãs. Há mais tempo, estão disponíveis canais pagos sobre saúde e qualidade de vida. As mudanças na grade, antes dedicada ao público infantil, incluíram opções de programas de culinária, sobre saúde, *talk-shows*, noticiários. Uma destas propostas, endereçada àqueles que se interessam pelos saberes especializados em aspectos sanitários da vida cotidiana, é o programa *Bem Estar* (TVGlobo).

Fortemente vinculados às especialidades do campo biomédico, os peritos respondem às perguntas da audiência ao mesmo tempo em que ensinam didaticamente, como se conduzir em relação aos temas abordados. As categorias que distribuem informações no *site* do programa dividem-se em reconhecíveis especialidades médicas: alimentação, atividade física, cirurgia plástica, cirurgia geral, coração e circulação, dermatologia, endocrinologia, infectologia, neurologia, odontologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, ouvido, nariz e garganta, pediatria, pneumologia, proctologia, psiquiatria, saúde da mulher, saúde do homem e saúde dos idosos.²⁸

Paralelamente aos depoimentos dos especialistas, o programa oferece relatos de pessoas que apelaram para hábitos e cuidados com o próprio corpo a fim de torná-lo mais saudável. Em alguns desses casos, as narrativas sugerem que acompanhamos estórias “vivas ao vivo”. Estórias reais de pessoas comuns que ganham visibilidade na medida em que têm seu desempenho avaliado midiaticamente.

Entre as temáticas e personagens que povoaram o programa nos últimos doze meses, o ex-jogador de futebol Alfredo Halpern contou com a ajuda de especialistas para sair da obesidade, expondo a própria vida, em capítulos, na televisão. “Depois de tantos anos sofrendo com o peso, ele tomou a decisão de que era o momento de mudar - segundo os médicos, essa atitude é o primeiro passo para quem quer emagrecer”²⁹.

²⁸ g1.globo.com/bemestar

²⁹ g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/01/exercitar-forca-de-vontade-ajuda-resistir-tentacoes-e-perder-peso.html

Periodicamente, o convidado recebia orientações e era avaliado. A “hora da verdade” é considerada a hora de subir na balança e medir as circunferências. Mas ela também era produzida com outros métodos incluindo exames, medições do corpo, comparações de imagens, descrições de sensações. Um mês após iniciar o programa de reeducação, a reportagem do programa informa a perda de peso e os ganhos na qualidade de vida: menos peso é sinônimo de diminuição dos graus de hipertensão arterial. A partir da reportagem, os peritos no estúdio reavaliam o desempenho do “paciente midiático”, acenando com possibilidades de novas ações de superação que, por sua vez, sugeririam outros ganhos, além da redução da hipertensão.

Os peritos estão à disposição de toda a audiência, que pode participar especialmente por meios digitais. No *site*, além de reportagens, notícias e material de divulgação, têm destaque as formas de participação dos telespectadores. Além dos comentários ao material disponível no *site*, a participação acontece principalmente com envio de perguntas para os especialistas sobre os temas (médicos) propostos para edição, consultando os saberes instituídos: “Você no Bem Estar: mande sua pergunta com vídeo ou foto”³⁰. A partir das questões enviadas e questões gerais propostas, o programa é estruturado.

Gabriela Natanshon (2005) nos lembra que é fácil constatar o crescente número desses veículos temáticos que se baseiam em teleconsultas. Além de orientação médica através de diversas vias (fax, telefone, carta, *e-mail*), o termo designa “uma articulação entre um espaço não-midiático (...) e um midiático, entre a intimidade de uma prática institucionalizada e a publicidade do cenário, do espetáculo” (p.301).

Recorrentes no programa *Bem Estar* e outros similares, as teleconsultas materializam uma proposta de contato com a audiência: interlocutores leigos indagam os peritos que respondem a questões também comuns àquelas da audiência ampla. Os especialistas procuram esclarecer os questionamentos, reportando termos, exemplificando, metaforizando e propondo condutas.

A pedagogia manifesta-se em outros aspectos da linguagem televisiva. Como em outras situações, o programa recorre a elementos cenográficos para “ilustrar” patologias e terapias. As pedagogias por meio de imagens médicas do corpo já são conhecidas. Resguardadas as diferenças de contexto, como na pintura de

³⁰ g1.globo.com/bemestar

Rembrandt – *A Lição de Anatomia do Dr. Tulp*, onde os alunos em formação médica estão ao redor do cadáver e o observam a partir das orientações do médico, - a audiência televisiva, em contínua formação para cuidar de si mesma, coloca-se ao redor de imagens e tem o olhar direcionado pelo perito. Além disso, se a audiência não está mais presente fisicamente como nas lições de outrora, agora ela encontra-se distribuída, pois participa por meio de todos os tipos de técnicas de sondagem.

O programa vale-se de elementos visuais característicos do meio televisivo para descrição do equilíbrio dos hormônios no intestino (nas cores amarela, rosa e verde) e explicação dos cortes e das suturas (vermelho) ao representar os procedimentos relativos à cirurgia bariátrica³¹. Uma imagem funcional do corpo substitui o cadáver de Rembrandt, e permanecem os peritos em formação contínua ao seu redor.

Como na lição de anatomia, as mãos dos doutores anatomistas canalizam a atenção do telespectador, apontando para onde e para o que olhar. De diferentes formas, temos ainda marcas de práticas pedagógicas ligadas à saúde. Para Natanshon (2005), a didatização é uma marca do discurso médico-midiático. “O que infundem esses programas, basicamente, é segurança e confiança, tanto nos instrumentos científicos como nos atores e donos do saber, os médicos”.

Ao mesmo tempo, conforme as considerações de Sibilia (2007) acerca de uma imagem quase *digital* da cirurgia plástica, também percebemos uma imagem asséptica e virtualmente indolor da cirurgia bariátrica quando “mostra-se apenas a reluzente ‘versão final’, o resultado como uma bela imagem bem construída, enquanto são silenciados os rudes métodos que foi preciso implementar para conseguir tal façanha” (2007). Temos agora uma imagem purificada da carne, do sangue, das dores, dos hematomas para o *ensino* para a *explicação* da terapia, por hora centrada nos ciclos hormonais envolvidos no procedimento.

³¹ g1.globo.com/bem-estar/videos/t/edicoes/v/entenda-como-e-feita-a-cirurgia-bariatrica/3269655/

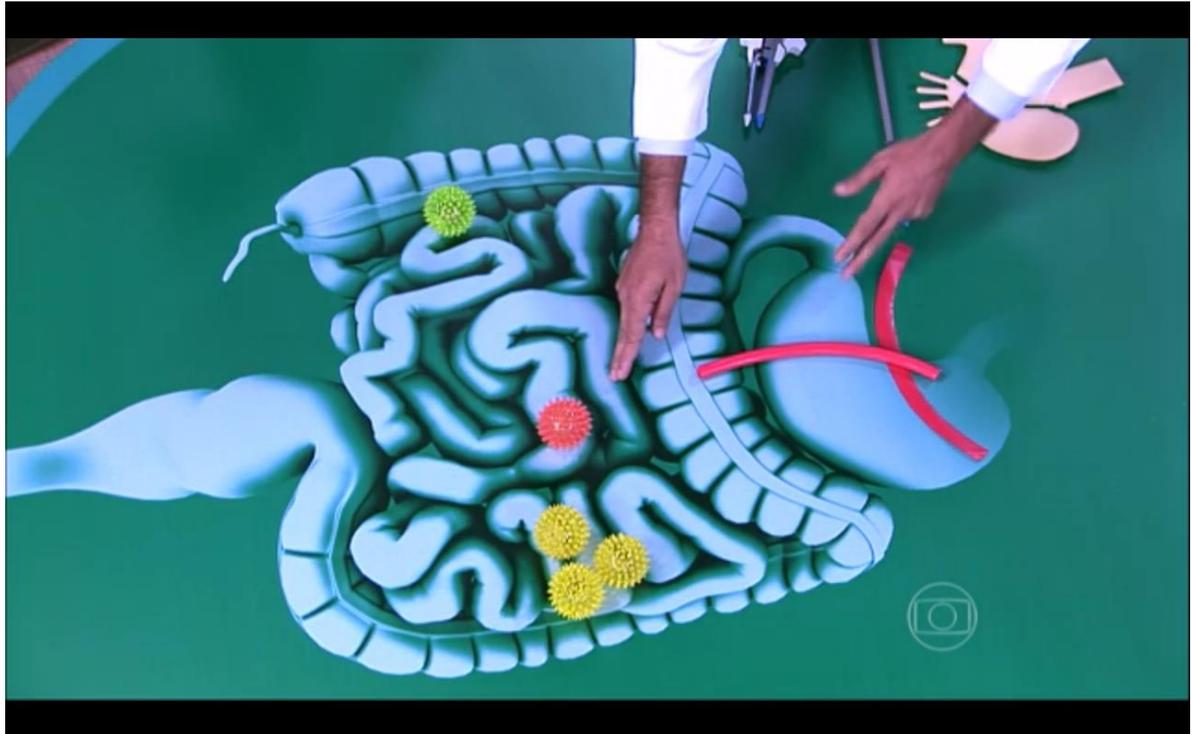


Figura 2 – Quadro *Bem-Estar* (TvGlobo)

Além desses formatos próximos à “telemedicina”, outros gêneros também disponibilizam experiências de condutas sanitariamente corretas. Para Ilana Feldman (2007), os *reality shows* têm se transformado em presença constante por meio de múltiplos formatos. A situação narrada acima, do ex-jogador de futebol que se dispõe a emagrecer sob as vistas de todos, é exemplar da lógica de um *reality show* agregado à telemedicina do programa *Bem Estar*. “É preciso que tudo se torne visível para que se possa (...) controlar e estimular, constranger e liberar” (FELDMAN, 2007).

O quadro *Medida Certa*, exibido no *Fantástico*, revista semanal da Rede Globo, apostou na convergência de mídias com o propósito de oferecer uma experiência pública de transformar não apenas o corpo e suas medidas, mas também outros aspectos da vida social e psíquica. Dois apresentadores do programa tiveram 90 dias para “reprogramarem” o próprio corpo com a ajuda de peritos. Edições seguintes tiveram a participação de outras celebridades. Em alguns casos, elas competem entre si, tomando como critério os melhores desempenhos na melhora da saúde do corpo.

As celebridades são os principais articuladores de uma cadeia de eventos públicos, entrevistas, reportagens, depoimentos, campanhas educativas, *softwares*

que expandem a todos o imperativo do cuidar-se. Por meio desses dispositivos, o homem comum é capturado em sua experiência quando se dá a ver. Pautado nas demandas de interatividade, o aplicativo da marca *Medida Certa* tem como proposta reprogramar, de maneira infinitesimal, a conduta dos indivíduos. Premiado internacionalmente³² visa a que

cada usuário passe exatamente pela mesma experiência vivida pelos apresentadores com as ferramentas necessárias para que cada um re programe seu próprio corpo em 90 dias. A partir dos dados e do perfil de cada usuário, o aplicativo programa um roteiro personalizado de atividades físicas para cumprir o objetivo determinado. Gráficos e ferramentas permitem que ele acompanhe o seu desenvolvimento. O aplicativo oferece calculadoras para índices de massa corporal, gordura e gasto calórico; notificações para que se alimente em intervalos regulares; contador de passos; receitas saudáveis; dicas de compras inteligentes no supermercado; lista de músicas para ouvir enquanto se exercita. Quem enfrenta dificuldades para cumprir as metas pode gravar um desabafo em vídeo e dividir sua experiência com mais usuários nas redes sociais. Tudo isso, antes exibido na TV, agora cabe dentro do bolso, no celular.³³

Além de acompanhar o programa semanalmente, os espectadores também podem converter-se em usuários do aplicativo virtualizando o próprio corpo na maquinaria de cálculos do *software*. Trata-se da oportunidade de individualmente reconstruir a mesma experiência vivida pelos apresentadores, desenvolvendo uma trajetória própria de dados virtuais que resultam em gráficos, números, listas musicais, depoimentos, tudo isso por meio de uma tecnologia de bolso. Em ambos os casos, a conduta dos indivíduos em busca de melhores condições de saúde está no centro dos cálculos. A gestão de si mesmo e da própria conduta configuram a maior aplicabilidade. Esse foco sobre o indivíduo comum e sua performance decorre da preocupação em garantir a reprodução e sobrevivência da espécie (FELDMAN, 2007). Segundo a autora, as estratégias contemporâneas privadas e individualizadas

disseminam como técnicas de *auto-gestão*, pautadas por valores empresariais de custo-benefício e por demandas de otimização do desempenho e atualização permanente, quando o indivíduo torna-se um *empreendedor de si*, tomando a si mesmo como seu próprio produtor de rendimentos, ou mesmo como produto de seus rendimentos. Dentre essas técnicas de auto-gestão, teriam destaque as estratégias de "marketing pessoal" (...) e a administração dos riscos que ameaçariam esses mesmos *commodities*. (FELDMAN, 2007) [grifos da autora]

No percurso entre a telemedicina e os aplicativos de gestão de si, se insinua, reiteramos a lógica dos *reality shows*. Os aplicativos são então espécies de *reality*

³² Festival Internacional de Criatividade em Cannes (2012) na categoria "Mobile – Entretenimento, Estilo de Vida e Lazer"

³³ g1.com.br/fantastico

show portáteis, móveis e conectados: enquanto dispositivos biopolíticos, designam um duplo movimento de convergência entre técnicas políticas que se pretendem objetivas e totalizantes e técnicas subjetivas de individuação. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que propõem modos gerais de governo das populações, estabelecem tecnologias individualizantes. Atualmente, o regime de visibilidade plástico e plural do *reality show* e seus efeitos próprios conformam diversos dispositivos de individuação, como os aplicativos móveis articulados a produtos audiovisuais ou outros formatos.

Como mescla de conexões e inserções, o aplicativo *Medida Certa* garante treinos individuais (recomendáveis para a faixa etária, gênero, peso, altura, etc.), agendáveis e compartilháveis nas redes sociais. Periodicamente, estão disponíveis informações para consumo direcionado e coerente com o bem-estar. As dificuldades em seguir as orientações podem ser também compartilhadas com toda uma rede de dispositivos móveis, chegando, em alguns casos, a serem exibidos no quadro do *Fantástico*. Desse modo, encontram-se articulados dois “dispositivos”, o televisivo e o móvel. O primeiro torna-se interativo e propõe modos de conduta que são disseminados para uma audiência ampla. O segundo permite ao programa televisivo continuar atuando e regulando a vida, em escala individual e cotidiana. O dispositivo móvel retroalimenta o programa televisivo, com temáticas, dados e experiências particulares.

Agora você também pode reprogramar o seu corpo em 90 dias.



Seu treino

Baixe o aplicativo do Medida Certa, preencha os seus dados e veja o treino preparado pelo profissional de educação física e consultor da série do Fantástico Márcio Atalla. Antes de começar, não esqueça de consultar o seu médico.

Acompanhe o seu treino

No aplicativo, você pode marcar os treinos que faz durante a semana e compartilhar com os seus amigos nas redes sociais.

Dicas do Atalla

Marcio Atalla, consultor do quadro Medida Certa, dá dicas para antes, durante e depois do seu treino.

Na cozinha com o Zeca

São mais de 20 vídeos exclusivos para o aplicativo. Zeca Camargo mostra uma receita saudável que aprendeu durante o quadro.

No mercado com a Renata Ceribelli

Renata Ceribelli divide com você algumas dicas para fazer boas escolhas no mercado.

Exercícios em vídeo

Marcio Atalla explica em detalhes a maneira correta e as funções dos principais exercícios, em vídeos especiais, gravados com Renata Ceribelli e Zeca Camargo.

Quer Desabafar?

E no aplicativo você ainda pode gravar um vídeo e mostrar pra gente como está sendo reprogramar o seu corpo! Mande seu desabafo, vamos abrir uma área no blog para compartilhar estas experiências.

Aplicativo para iPhone, Ipad e Android

Figura 3 – Aplicativo Na Medida Certa

Associados a esses dispositivos biopolíticos, estão disponíveis outras tecnologias quando os programas governamentais ou os programas midiáticos de assistência falham em subsidiar a perda de peso. Em determinados casos de obesidade, terapias mais invasivas são aplicadas. O tratamento cirúrgico é recomendado nos casos em que o clínico se mostra ineficaz. Conhecido popularmente como “redução de estômago”, o método recobre vários tipos de cirurgia, cabendo ao médico apresentar as possibilidades de avaliar as necessidades de cada caso. A cirurgia bariátrica, também conhecida como gastroplastia, passou a ser usada nos anos 1950 no mundo, e em 1970 no Brasil.

Se as primeiras experiências em instituições brasileiras com cirurgias resultaram em graves sequelas, acarretando descrédito entre a comunidade médica, com o aprimoramento e o desenvolvimento de diferentes técnicas, o número de cirurgias realizadas cresce a cada ano. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, entre 2003 e 2012, as intervenções desse tipo saltaram de 16 mil para 72 mil³⁴. Cerca de 6,5 mil das operações foram realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2013, representando um aumento de 45% em relação a 2010³⁵.

Apesar dos avanços tecnológicos, mulheres ainda podem perder a vida nas mesas de cirurgia ou por complicações após o procedimento, como Fernanda Nóbrega, que faleceu no final de 2013. O Conselho Regional de Medicina abriu sindicância após denúncia de que a cirurgia não era recomendada para a paciente e de possível negligência³⁶.

A fim de normatizar o procedimento, o Ministério da Saúde estabelece regras para a realização da cirurgia bariátrica e as diretrizes para a terapia. O procedimento cirúrgico é considerado apenas uma parte do tratamento integral do sobrepeso e da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nas Portarias GM 424 e 425 de 2013. O tratamento cirúrgico é indicado apenas como último recurso nos seguintes casos: a) para indivíduos com IMC 50 kg/m²; b) indivíduos que apresentem IMC 40 kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por, no mínimo, dois anos e que

³⁴ sbcbm.org.br/noticiasbcbm.php?not_id=85&str=002

³⁵ brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus

³⁶ tjornal.ne10.uol.com.br/familia-denuncia-medico-por-morte-de-empresaria-apos-cirurgia-bariatrica-no-recife.php

tenham seguido protocolos clínicos; e c) Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Pelo menos dois aspectos dessa portaria foram destacados pelas instituições e associações vinculadas ao tema na ocasião da redefinição das prioridades. O primeiro refere-se à inclusão da prevenção da obesidade na rede de Atenção Básica e Especializada à saúde das pessoas com doenças crônicas, ou seja, reforça-se um controle ainda mais contínuo e capilarizado.

A iniciativa do Ministério da Saúde em aumentar os recursos para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade foi elogiada pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). Em nota oficial sobre a portaria, as associações advogam que “mostram há anos o custo e risco do aumento epidêmico da obesidade no Brasil”³⁷.

Outro aspecto é que a portaria, além de majorar recursos para o atendimento básico, diagnóstico precoce, ainda amplia a idade para realizar a cirurgia, reduzindo para 16 anos a idade mínima indicada. No entanto, se a cirurgia não pode ser vista como o final do tratamento, mas como um meio, conforme advertem as associações, mesmo assim ela materializa-se como alternativa última de tratamento pela comunidade médica, pelos pacientes e pelo Estado. Afinal, somente pode ser realizada após, pelo menos, dois anos de acompanhamento clínico. Sua recomendação se dá quando esgotadas as alternativas previstas nos protocolos clínicos. “A cirurgia bariátrica promove manutenção da perda de peso (...). É preciso, no entanto, ter cuidado com a interpretação da ampliação da indicação para o tratamento cirúrgico”³⁸.

³⁷ abeso.org.br/lenoticia/985/nota+oficial++abeso+e+sbem.shtml

³⁸ abeso.org.br/lenoticia/985/nota+oficial++abeso+e+sbem.shtml

Diabetes, hipertensão arterial, problemas articulares e outros problemas de saúde como dificuldades respiratórias e apneia do sono, risco aumentado de embolia pulmonar por alterações da coagulação sanguínea e até alguns tipos de câncer (de útero, mama e intestino grosso, entre outros) estão entre os riscos a serem minimizados com a realização da cirurgia, apesar dos perigos do procedimento.



Figura 4 – Antes e depois, Renata Celidônio

Além das pessoas comuns, as celebridades também se submetem e ilustram reportagens jornalísticas sobre os procedimentos cirúrgicos e se expõem nas redes sociais. A atriz Renata Celidônio publicou uma foto no *Instagram* antes e depois de emagrecer 60 quilos. “Vem chegando o verão. Rumo ao IMC 25. Projeto biquíni de lacinho. Não fiz lipo, mas sei a pose certa para a foto”. Diante das repercussões da publicação, a atriz afirmou que a opção pelo emagrecimento decorre de questões éticas e profissionais.

Estar gordinha não é problema, mas obesa sim. Estar gorda na televisão limita demais, e eu quero trabalhar na televisão, adoro. Para fazer qualquer coisa na TV, só pensam na obesa como uma pessoa engraçada, não para viver um outro personagem que não tenha esse lado cômico. E eu já fiz todas as gordas que tinha para fazer. (...) A cirurgia não é milagrosa, o trabalho é todo meu. E também acho que deve ser a última opção, precisa cuidar da alimentação e dos exercícios. Para mim

isso tudo fez muita diferença, precisei até refazer meu cadastro na Globo, porque a imagem que eles tinham lá não correspondia mais ao que eu sou.³⁹

Do depoimento da atriz observamos, inicialmente, que a obesidade é um problema em seu trabalho, uma vez que limita seu acesso aos personagens disponíveis nos roteiros televisivos. Ao mesmo tempo, as narrativas das quais ela própria participa, como trabalhadora na indústria midiática, de alguma forma constroem padrões de corpos socialmente aceitos. Para Vigarello (2013), as normas do corpo esbelto tornam-se mais uniformes quando a sociedade de massas globaliza as regionalidades. “A brusca aceleração das comunicações transforma em ‘esquisitice’ as ‘arestas’ por muito tempo toleradas” (p. 298)

Por outro lado, a flexibilidade para ações diversificadas no trabalho tornou-se um valor positivo e requisitado em quaisquer setores. Assim como no espaço do espetáculo, no mercado de trabalho é esperado um corpo também adaptável a diferentes circunstâncias e exigências e essa adaptabilidade é conquistada por esforços pessoais. Os programas institucionais demonstram o interesse do patronato em emagrecer seus empregados, tornando-os menos propensos às doenças e, digamos, mais flex.

No processo de modelação corporal, que em parte atende exigências midiáticas, a atriz reconhece a necessidade de investimentos individuais para o sucesso da terapia. Mesmo a cirurgia ocorrendo sob recomendação médica, a vitória é reconhecida como resultado da gestão sobre a própria conduta. Como lembra Ehrenberg,

o esporte e a empresa tornaram-se modelos de ação que sintetizam rapidez de adaptação, mudança permanente, flexibilidade psíquica como corporal, pois eles respondem às dificuldades políticas de governar uma sociedade sujeita à imprevisibilidade do futuro. Eles têm, para efeito de realidade, a formação de uma mentalidade de massa cuja base é o governo de si. Essas respostas têm um tal sucesso porque permitem fazer funcionar uma relação social inteiramente moldada pelo inacabamento (2010, p. 172).

A adaptação do corpo está atestada nas fotografias dispostas lado a lado. Elas trazem as marcas do trabalho de adaptação, de mudança e de flexibilidade. Esse trabalho é realizado pelo indivíduo sobre si mesmo no esforço para gerir sua própria trajetória. Vemos delinear corpos mais flexíveis, adaptáveis ao mundo arriscado das relações precárias no âmbito do trabalho, da economia, dos afetos, da

³⁹ caras.uol.com.br/bem-estar/apos-perder-mais-de-60-kg-atriz-mostra-foto-de-antes-e-depois-de-biquini#.UvzB9WJdVgg

família, da sexualidade e da saúde. Para Safatle (2008), a astúcia do poder está em deslocar o eixo político para um campo onde pode ser liberado e controlado: “toda prática de poder visa à internalização de modos determinados de conduta corporal, de regulação das paixões e dos regimes de desejo” (p. 148). Partindo da descoberta da plasticidade e ambiguidades do corpo na publicidade internacional, o autor nota que esse deslocamento está vinculado às “novas dinâmicas do capitalismo contemporâneo”.

Na verdade, o setor mais avançado da cultura do consumo não ofereceria mais ao eu a positividade de modos estáticos de identificação. Ele forneceria, apenas, a forma vazia da reconfiguração contínua de si que parece aceitar, dissolver e passar por todos os conteúdos. Isso pode nos explicar por que temos cada vez menos necessidade de padrões claros de conformação do corpo a ideias sociais (SAFATLE, 2008, p. 153).

Os limites e padrões normativos são deslocados constantemente, inclusive naqueles setores outrora mais “conservadores”. Para Safatle (2008), na publicidade internacional, antes reprodutora industrial de formatos corporais, aparece o corpo cada vez mais como matéria plástica, espaço de afirmação da multiplicidade. Os corpos editados e prontos à transformação por meio de tecnologias, como a gastroplastia, evidenciam a capacidade da técnica em readaptar o corpo às exigências sociais. Ao mesmo tempo, os cuidados envolvidos na terapêutica cirúrgica participam da constituição da experiência incitando uma reconfiguração contínua e uma construção performativa das identidades via retórica do consumo.

2. Narrativas da obesidade

O interesse crescente sobre a obesidade, suas causas e terapias resultaram em uma inflação das narrativas sobre o tema. A partir do século XIX, as angústias em torno das medidas socialmente aceitas dominam as narrativas e lentamente os regimes vão se basear no equilíbrio da energia. “A gordura (...) muda de sentido e pela primeira vez é ligada ao rendimento: uma substância que resulta de uma energia não consumida” (VIGARELLO, 2013, p. 240). Também, pela primeira vez, o relato se dá em primeira pessoa.

Foi preciso, no entanto, esperar o início do século XX para a infelicidade íntima aglutinar os registros dos regimes cotidianos focados no sofrimento pessoal.

Paradoxalmente, também nessa ocasião desenvolve-se uma economia dos prazeres ligados à mesa, uma *erótica das refeições* – “o prazer de comer em meio às restrições obrigatórias” (p.231) – e um “conhecimento de tudo que diz respeito ao homem enquanto se alimenta” (p. 231), a gastronomia.

Nos relatos, a luta contra os obstáculos orgânicos do corpo que não obedece à ordem de remodelação. Para Vigarello (2013), os variados regimes dietéticos que conduziram a atenção para as sensações assediadas da fome também fizeram os narradores olharem para si mesmos: “o obeso fala, julga-se, conta em detalhes sua infelicidade” (p.243). Paralelamente às pequenas táticas para tornar suportáveis os regimes corriqueiros, somam-se as curas felizes e comentadas como histórias de sucesso e superação. “A própria cura, no final do século, tornou-se objeto de exploração e de narrativa. E seu sucesso cresce em profundidade quase psicológica” (p. 277).

Para o autor, desde 1920, três tipos totalmente novos de relatos se impuseram. O primeiro é o da luta por indicadores corporais cada vez mais discretos. O segundo é obra do terapeuta que busca opções para seus atendidos. O terceiro tipo de relato é testemunho de obesos que sofrem para emagrecer. “O aumento deles é, por si só, marcante: primeiro, sobre a obesidade, preocupação dominante, e em seguida sobre as terapias, apresentadas como aventura por vezes desconcertante. A cura torna-se objeto de vida” (VIGARELO, 2012, 312).

Também as narrativas relacionadas com os processos terapêuticos se viram deslocadas para a prevalência da relação consigo em relatos cada vez mais íntimos. Entre o predomínio de um e outro regime de relatos sobre o tema, entre a provação e o martírio, os relatos adquirem, então, verdadeira acuidade onde a cura torna-se objeto de vida. A experiência cotidiana torna a obesidade um desafio ao sujeito, o constitui e dá os contornos da sua identidade pela plasticidade do corpo. Neste sentido, percebemos que não somente as diretrizes e as estratégias de gestão da saúde, bem como suas tecnologias de emagrecimento, se transformaram com o passar dos tempos.

Essa retomada histórica das narrativas entre o século XIX e XX nos permite constatar que os relatos sobre a experiência de modelação corporal existem há mais tempo do que imaginamos inicialmente. Além disso, alteraram-se com o tempo, indicando diferenças em relação às materialidades e suportes. Para Vigarello (2013), eles variam com o tempo, passando do relato da infelicidade, da qual o obeso é

testemunha e vítima por ter um corpo destoante das normas sanitárias e morais, para as histórias de sucesso e superação.

Além da guinada dessas narrativas em se constituírem em trajetórias de sucesso empreendido e voluntarista, é preciso considerar as materialidades que dão existência a essas narrativas, ou seja, os tipos de suportes, as formas linguageiras e interacionais em que emergem.

Aquelas estórias às quais Vigarello (2013) refere-se são resultado de diários de conhecidos ou desconhecidos. Atualmente, também são comuns autobiografias de pessoas famosas ou não que publicam livros sobre a própria experiência de remodelação do tema. “Desde *best sellers* de ‘auto-ajuda’ que narram a saga da superação ou de conversão de um ‘eu’ voluntarista face às adversidades variadas, até escritas complexas em que a rememoração do passado é entrevista como algo elusivo” (JAGUARIBE, 2006, p. 109). No entanto, além daquelas publicações que atendem às formas predefinidas pela indústria cultural para o gênero, no mundo contemporâneo, os *blogs* são uma das formas de registro cotidiano da vida pessoal que podem ter como tema as terapias clínicas ou cirúrgicas, bem como as reações pessoais a elas.

Quando foram criados, os *blogs* ofereciam a possibilidade de divulgação de *links* para outros *sites* na internet. Contudo, só alcançariam a popularidade que possuem hoje após incorporarem interfaces gráficas, tornando desnecessário o domínio de conhecimentos altamente especializados pelos autores, como a linguagem HTML. Desde então, a partir dos anos 2000, um número incalculável de pessoas comuns passou a utilizar essa mídia para finalidades virtualmente infinitas.

De uma maneira geral, de acordo com André Lemos (2002), ciberdiários, webdiários ou *weblogs* são práticas contemporâneas de escrita *on-line*, onde usuários comuns escrevem sobre suas vidas privadas, sobre seus interesses pessoais ou sobre outros aspectos da cultura contemporânea.

Os ciberdiários e as *webcams* são práticas individuais e coletivas de emissão de imagens e de palavras escritas pelo ciberespaço. Práticas que misturam o ficcional com o verossímil, a construção e a apresentação de si, os fenômenos apresentados aqui mostram que o ciberespaço é mais um meio de sociabilização na atual cultura e é, sem dúvida, meio de expressão de si, seja sob a forma ficcional, imagética ou confessional (LEMOS, 2002).

Para o autor, trata-se de uma apropriação social da web como forma de reedição de práticas antigas, como os diários pessoais. Apesar de manterem o

formato de diário, com recurso ao registro de data e hora das publicações, por exemplo, nos *blogs* o conteúdo não se mantém privado. Assim, é justamente a publicização daquilo que no século XIX permaneceu privado, a principal diferença entre as duas manifestações.

Atualmente, a imprensa já identifica, delimita e fomenta diversos formatos em que o registro cotidiano pode ser utilizado como um instrumento para a modelação corporal, propondo sentidos para a prática. “A receita é simples: basta fazer um diário virtual na internet e colocar nele o dia-a-dia da sua dieta. Três ex-gordinhas fizeram isso e perderam mais de 20 kg cada uma”⁴⁰. Desse modo, a superação e vitória frente o martírio de cada uma podem ganhar visibilidade planetária, aglutinando pessoas com interesses comuns em cuidados corporais para o controle da obesidade.

Ao mesmo tempo em que a matéria jornalística explica como se dá o processo de escrita, ela reforça a apresentação dos resultados positivos, destacando a manutenção de um bloco como instrumento de adequação do corpo aos padrões sanitários exigidos.

A ideia de tornar pública sua luta contra a gordura e usar a cumplicidade dos internautas a seu favor - fazendo das críticas e frases de estímulo a razão do sucesso de seu emagrecimento - surgiu quando a *mignon* ex-gordinha resolveu verificar seu peso e descobriu que estava com exatos 98,7 kg. Assustada, a garota, que já tinha um blog sobre literatura em que também contava um pouco de sua vida, decidiu virar o jogo. Mudou o estilo da página e criou o agora famoso <http://www.meuemagrecimento.blogspot.com.br/> "Fiquei muito abalada e prometi a mim mesma que nunca mais na vida iria pesar tanto", revela ela, que passou a registrar no blog não apenas suas conquistas, mas também seus deslizes (CORPO A CORPO).

As mulheres que ilustram essas matérias são diversas. No entanto, uma delas obteve destaque midiático. Larissa Bertani foi entrevistada por mais de 24 publicações jornalísticas, incluindo aquela acima citada. Uma aba específica do seu *blog* traz uma lista dos *links* com entrevistas suas desde 2006⁴¹. Larissa se tornou uma celebridade de sucesso a partir da história pessoal de modelação corporal contada dia a dia desde 2003. Certamente, sua experiência prévia com a escrita de outro *blog* contribuiu para a aceitação dos seus relatos entre as internautas.

⁴⁰ corpoacorpo.uol.com.br/edicoes/196/artigo6817-1.asp.

⁴¹ blogmeuemagrecimento.blogspot.com.br/p/imprensa.html



Figura 5 – Capa Larissa Bertani

Seu *blog* conta com mais de 4 mil visitas por dia⁴² aos seus relatos sobre as dificuldades e conquistas no processo de emagrecimento. Ela eliminou 43 quilos, conquistou a visibilidade e garantiu a capa de um periódico. “Meu lema no *blog* é que só não consegue quem desiste”⁴³. Suas anotações no diário eletrônico incluem desde cardápios diários e receitas até videoclipes musicais. Notadamente, a preocupação com os alimentos ingeridos prevalece e pauta-se na exposição do que se come, apesar dos temas transversais como a gravidez recente. A exposição das práticas de alimentação pode se dar via relatos do tipo “o que eu comi hoje?”

Prática comum nesses *blogs* é a publicação de relatos sobre o que os autores têm ingerido, com exposição pública de fotografias das refeições: a prática foi nomeada de *Dieta Flash* pela imprensa. “Antes de levar qualquer coisa à boca, você fotografa. O resultado da dieta vai depender do efeito que essa fotografia vai causar em você (...). Não basta fotografar, tem que ter audiência”⁴⁴. A idéia de que essas imagens interferem na própria conduta sustenta uma relação das autoras com o pictórico. “Acredito quando eu comecei a fotografar pude ter uma noção mais real do que estava comendo”, disse uma entrevistada da reportagem citada. “Fotografando

⁴² Dados referentes ao ano de 2009.

⁴³ [youtube.com/watch?v=vj7J1eC7Qno](https://www.youtube.com/watch?v=vj7J1eC7Qno)

⁴⁴ [youtube.com/watch?v=vj7J1eC7Qno](https://www.youtube.com/watch?v=vj7J1eC7Qno)

você tem noção de quais são as suas escolhas e você pode avaliar”, comentou a especialista em nutrição.

As imagens estão colocadas estrategicamente para exposição de si, ao mesmo tempo em que se exerce autocontrole sobre a própria conduta. O regime das imagens, neste caso, serve à disciplina e ao controle. Ao se representarem por meio de uma coleção de fotografias que envolvem os alimentos ingeridos ou outros aspectos do autocuidado, formatam-se corpos autocontrolados constantemente também por meio das imagens. O investimento também é para modelar os corpos em sua exposição imagética.

A força das imagens sobre as condutas pode interferir na adesão às terapias disponíveis. O propósito inicial de *Estilo do corpo que eu quero para mim* era favorecer o processo de reeducação alimentar, relatando publicamente a conduta de sua autora. Samanta iniciou o *blog* em 2009⁴⁵ após ler uma matéria sobre o tema⁴⁶. “Comecei a ler todos os *blogs* citados na matéria e mais alguns, virou um vício e senti vontade de começar um também”.

Os temas sobre emagrecimento, dietas, receitas, angústias daí derivadas predominaram até o ganho de peso recomendar a realização da cirurgia. Nesse momento, os temas se modificaram, ganhando outros contornos. As doenças e enfermidades ligadas à obesidade – hipertensão, dores, diabetes, sexualidade -, crescem em destaque proporcionalmente às informações sobre a cirurgia bariátrica. Em 2011, acabou por realizar a cirurgia bariátrica após ganho de peso. As fotografias, às vésperas da gastroplastia, causam-lhe incômodo. “Ontem pedi que minha mãe tirasse algumas fotos minha (...) quando eu e meus pais vimos as fotos levamos um susto (...) fiquei tão nervosa, que cheguei até a passar mal, me deu um aperto no peito (...) e para completar sonhei com o meu ex-namorado (...) Amigas, não vou desistir, não vou me entregar”⁴⁷

⁴⁵ estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/

⁴⁶ boaforma.abril.com.br/comportamento/bem-estar/emagreci-escrevendo-blog-591690.shtml

⁴⁷ estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/2010/10/fotos-de-horror.html



Figura 6 – Antes, Samanta

O relato seguiu até a realização do procedimento e as fotografias demarcam fronteiras e limites na trajetória narrada. Diante das imagens, a angústia noturna se instala e cessa somente na certeza do trabalho vindouro sobre o próprio corpo. A fotografia registra um ponto numa longa linha histórica de busca pelo sucesso em transformar o corpo. O rosto está coberto nas imagens publicadas antes da realização da cirurgia e estará explícito nas comparações futuras.

Os *blogs* citados apresentam semelhanças entre os testemunhos para emagrecer indicados por Vigarello (2013): registro cotidiano das técnicas adotadas pelos indivíduos para adequação do corpo, das reações físicas e psíquicas para mantê-las, das conquistas diárias e principalmente o “sucesso” em empreendê-las. No entanto, também podemos perceber que essas narrativas em *blogs* ultrapassam o registro pessoal. Entre as diferenças impostas pelas características dos *blogs* estão as formas de relação com a audiência. Tratar-se-ia de uma indispensável cumplicidade entre blogueiras e leitoras. A relação cúmplice é uma das principais contribuições identificadas pelas autoras para manter um *blog* narrando a própria terapia:

Nesses dois anos, a precursora da novidade (que recebe em seu site 324 visitantes por dia e até hoje já totalizou mais de 133 mil acessos) não só se livrou do excesso de 30 kg, como ainda ajudou muitas pessoas a reduzir medidas. Elas são suas seguidoras, verdadeiras fãs que se inspiraram em seu exemplo e também afinaram a silhueta. "O *blog* da Larissa foi o primeiro que conheci voltado para o emagrecimento e achei muito bom. Adorei ler suas histórias do dia a dia, que, não por acaso, são

muito parecidas com as minhas e da maioria das gordinhas. Por isso, resolvi igualmente compartilhar com outras pessoas minha busca por um corpo enxuto. E comprovei que de fato dá certo", afirma a professora de línguas radicada na Rússia Luciana Coelho Mota, de 27 anos, que já perdeu 24 kg e tem sua experiência divulgada⁴⁸.

A troca de experiências, os diálogos, os conselhos, bem como a visibilidade pública dessas opiniões, exortações, elogios ou críticas, se apresentam como características comuns aos *blogs* de modelação corporal. Mas há também diferentes pontos de vista sobre as práticas terapêuticas cotidianas. A midiática Larissa não admitiu a necessidade de outras técnicas além das dietas e atividades físicas para atingir o seu peso ideal. O sucesso seria resultado do emagrecimento "natural", via persistência e disciplina. Emagrecer seria uma decisão pessoal.

Muitas pessoas (a maioria) que conheci nesse mundo de *blogs light* fizeram a redução de estômago (cirurgia bariátrica) e hoje estão felizes. Eu nunca admiti ter a necessidade de realizá-la. Não sei se com aquela mentalidade antiga e sem a experiência de hoje, eu não pularia a fase do emagrecimento natural e partiria para a cirurgia. Hoje eu não faria. Aliás, sequer faria abdominoplastia. Não gosto de ter um umbigo "feito" que não é o meu. Nem lipoaspiração eu faria. Manteria somente a mamoplastia redutora, pois meu peito ficou o "ó do borogodó" de pelancudo. Se voltasse no tempo, manteria o meu jeito de emagrecer e não faria algumas das cirurgias plásticas que fiz. Novos desafios estão vindo, mas estou confiante na minha capacidade de enfrentar a vida.⁴⁹

Dados da pesquisa realizada pela Allergan, em parceria com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (Abeso), a Associação Nacional de Assistência ao Diabético (Anad) e a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (Sobed), apontam que os obesos reconhecem atividade física, dietas restritivas, cirurgia bariátrica e balão, nesta ordem, como os métodos mais eficientes para o emagrecimento, ou seja, há maior aceitação social das primeiras terapias em relação às demais, o que justifica pela fala da blogueira. "De uma escala de 1 a 10, a cirurgia bariátrica obteve nota de 7,1 e o balão ficou com 5,5, enquanto os medicamentos para emagrecer tiveram pontuação de 5,2"⁵⁰. A atividade física recebeu nota média de 8,5 e as dietas restritivas, 7,5.

Neste sentido, certamente, os *blogs* de mulheres que "lutam por indicadores corporais cada vez mais discretos" conjugando dietas e atividades físicas ao mesmo tempo em que expõem suas conquistas diárias são mais numerosos que os demais. Eles detêm aproximadamente 600 mil *links*. Ao buscarmos o termo cirurgia

⁴⁸ corpoacorpo.uol.com.br/Edicoes/196/artigo6817-1.asp?o=s

⁴⁹ blogmeuemagrecimento.blogspot.com

⁵⁰ noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/07/03/para-obesos-cirurgia-e-balao-mais-eficazes-que-remedios-para-emagrecer.htm

bariátrica, os blogs que retornam com esse tema somam 290 mil *links*⁵¹. A aceitação social das técnicas contribui para esse resultado. Do universo de blogs que abordam a modelação corporal via emagrecimento identificamos os “testemunhos de obesos que sofrem para emagrecer” entre aqueles relatos sobre a gastroplastia, uma vez que o recurso a essa terapia seria um marcador de maior dificuldade para modelar o corpo, pois só é possível a ela recorrer após fracassarem métodos terapêuticos anteriores.

Nosso primeiro contato com esse grupo de narrativas se deu via *blog Cirurgia Bariátrica pré e pós*⁵², depois de uma busca com os marcadores cirurgia bariátrica + blog. Na ocasião, essa publicação apresentou a atualização mais recente e, por isso a escolhemos como ponto de partida para descrição de uma rede de blogueiras que narram a experiência pela qual passaram ao realizarem a cirurgia.

Nele constam 556 postagens e mais de 4700 comentários registrados ao longo de cinco anos de publicações⁵³. A leitura dessa narrativa, a partir das postagens iniciais em direção às mais recentes (o inverso do formato do *blog*, mas recomendação das autoras), permitiu reconstruir o seu percurso pessoal, mas também identificar os procedimentos de rotina exigidos para todas as pacientes desde a decisão de realizar a cirurgia até a alta médica.

O relato da história da autora compõe o terceiro capítulo junto com outros registros produzidos e reproduzidos na descrição das experiências narradas nos *blogs. Cirurgia Bariátrica pré e pós* nos garantiu acesso também a um conjunto de *blogs* lidos e recomendados, dos quais selecionamos aqueles que compõem nosso corpus. Esperamos que esses *blogs* possam oferecer pistas para a constituição da rede de assistência que pretendemos descrever. Os procedimentos de seleção do corpus de análise serão desenvolvidos no terceiro capítulo, considerando que a temática bariátrica pode servir para induzir aproximações entre autoras com indicação médica para tal procedimento. O interesse por informações sobre o assunto fomenta o uso da rede para se aglutinarem.

Além da definição dos *blogs*, as consequências deste capítulo superam a delimitação de um conjunto de *blogs* para compor uma representação dos testemunhos dos obesos que sofrem para emagrecer. Desde as medidas

⁵¹ Pesquisa realizada em 01 de junho de 2013 com marcadores: emagrecimento + blog e cirurgia bariátrica + blog.

⁵² fabiolaneves.blogspot.com.br/. Busca realizada em agosto de 2012.

⁵³ Novembro, 2013.

administrativas adotadas a partir do século XVII, os cálculos do corpo e medicalização da vida, a obesidade instalou-se como problema social e político com programas governamentais de controle e dispositivos midiáticos de assistência incrementados com as novas tecnologias da comunicação. Neste sentido, é preciso identificar as condições de possibilidade desse cenário de urgência e de hipervalorização dos cuidados sanitários mais amplos, algo que faremos no capítulo a seguir.

2 LIMIARES DA MODERNIDADE: RISCO, AUTONOMIA E BIOSOCIABILIDADES

Investigar as relações entre os cuidados sanitários com o corpo e a produção de subjetividades, considerando as novas tecnologias comunicacionais e biomédicas no mundo contemporâneo, exige de nós articular os limiares que as sociedades ocidentais ultrapassaram para se constituírem naquilo que são atualmente. Retomemos a ampla e conhecida diferenciação entre as sociedades modernas e as contemporâneas para compreendê-las como *sociedade disciplinar* (FOUCAULT, 2007) e *sociedade de controle* (DELEUZE, 1992), respectivamente, tomando como princípio de distinção as formas de exercício do poder predominantes em cada formação histórica: suas estratégias particulares, as transversalidades dos dispositivos.

Assim, os modos de exercício do poder constituem formas singulares que nos permitem apartar, de uma maneira geral, aquelas sociedades do passado daquilo que nos tornamos ou estaríamos em vias de nos tornar. Lembramos desde já que a passagem histórica de uma a outra não se dá sob o modo da superação ou da substituição, mas de transformações e permanências, continuidades e descontinuidades, perceptíveis apenas pela observação minuciosa dos rastros dessas formações nos processos de subjetivação decorrentes dos dispositivos distribuídos em cada período histórico.

De modo geral, desde a Modernidade, iniciada no século XVI, o poder se exerceu por meio de técnicas disciplinares instituindo práticas que cindem o sujeito em seu interior e em relação aos demais. Essa formação social conhecida como sociedade disciplinar (FOUCAULT, 2007) pode ser descrita através de dispositivos de saber-poder paradigmáticos, como é o caso do Panóptico. Esse visa à total vigilância dos indivíduos comuns trazendo-os constantemente à visibilidade. Trata-se, como sabemos, de introjetar a vigilância por meio de um dispositivo de visibilidade, que opera na assimetria entre o visto e o não visto.

Essa vigilância contínua e singularizada, característica das sociedades disciplinares, constitui-se de dispositivos cuja funcionalidade volta-se à correção das condutas individuais, mediando suas relações com o outro e consigo mesmo. O olhar hierárquico, a sanção normalizadora e a combinação de ambos no procedimento do exame garantiram a efetividade do poder disciplinar via estratégias

simples, em uma extrema economia do poder. “O exame combina as técnicas de hierarquia que vigia e as da sanção que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados” (FOUCAULT, 2007, p. 154)

Apesar da presença difusa dessas técnicas disciplinares nas sociedades contemporâneas, percebemos que os mecanismos de exercício de poder incluíram a vida biológica humana no horizonte de objetos de controle e regulação, mais intensamente, a partir de meados do século XVIII. Um novo regime se instala quando o polo de sujeição disciplinar sobre o corpo individual (disciplina) associa-se ao polo dos controles reguladores da vida da população (biopolítica ou biopoder). “Deveríamos falar de ‘bio-política’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1988, p. 134). Assim, a natalidade, a morbidade, a longevidade, a saúde, as doenças endêmicas, as formas de alimentação e de moradia, o bem-estar individual e coletivo tornam-se objetos de investimento do saber e do poder. Enquanto objeto de saber, a obesidade e os procedimentos de intervenção nascem simultaneamente às novas relações de poder que têm na vida das populações alvo de ação e no contexto de preocupação com a vida das populações e seus efeitos para a espécie.

A entrada da vida⁵⁴ da espécie humana na ordem do saber e poder, nas técnicas políticas e na história se deu concomitante à instauração de um dispositivo da sexualidade (FOUCAULT, 1988). A confissão é considerada a estratégia de saber-poder paradigmática no dispositivo geral da sexualidade e tem como função primeira fazer passar pelo crivo da palavra tudo o que se relaciona ao sexo. Trata-se da colocação do sexo em discurso, ou seja, de crescente incitação, disseminação e implantação de sexualidades polimorfas com a constituição de uma ciência da sexualidade.

A confissão é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado; é, também, um ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar; (FOUCAULT, 1988, p. 63).

⁵⁴ Autores como Agamben (2007a) consideram a vida em seus aspectos estritamente biológicos como alvo do exercício do poder no mundo contemporâneo. No entanto, é importante salientar outras dimensões implícitas neste conceito quando proposto por Foucault (2005). Para ele, a vida deve ser compreendida como “as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível” (p. 136), e não somente como uma oposição à morte.

Ainda, segundo o autor, independente de suas consequências externas, a confissão é um ritual no qual a enunciação em si produz no confessando transformações de inocência, resgate, purificação, liberdade, liberação, salvação. Durante séculos, a forma de saber predominante no âmbito da sexualidade permanece, portanto, baseada no dispositivo discursivo da confissão. Se, anteriormente, os indivíduos eram autenticados pela referência aos outros, no dispositivo da sexualidade eles passam a ser autenticados pelo discurso de verdade que são capazes ou induzidos a pronunciar sobre si mesmos, baseando-se em meticulosos exames de si. “O dispositivo completo [da sexualidade] constituiu-se de uma aparelhagem para produzir discursos sobre o sexo, cada vez mais discursos, susceptíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia (FOUCAULT, 1988, p. 26).

Nesse sentido, os dispositivos de saber-poder presentes em cada formação social – o panoptismo, a confissão – e as estratégias de que eles são efeitos e instrumento constituem aspectos globais de diferenciação entre sociedades situadas historicamente. Em outras palavras, entre aquelas sociedades ditas disciplinares e aquelas nas quais nos tornamos desde nosso “limiar de modernidade biológica” (FOUCAULT, 1988), novos dispositivos tornam possível formas de exercício de poder que constituem aquilo que somos.

Quando consideramos as diferentes estratégias de intervenção para controle da obesidade, identificamos a inserção dessas ações no contexto de preocupações com a vida das populações onde a espécie torna-se alvo do saber-poder. No entanto, entre uma formação social e outra, também é possível considerar deslocamentos específicos que propiciam as condições de emergência dos novos modos de regulação do corpo individual e coletivo.

Essas técnicas de poder, mais pontuais e localizadas, liberadas pelas tecnologias contemporâneas, produzem, historicamente, distanciamentos entre nós e o mundo predominantemente disciplinar. Compartilhamos a hipótese de que a emergência do conceito de *risco*, em detrimento à noção de norma, e o *discurso da autonomia*, em detrimento da coerção disciplinar, investiriam novas formas de subjetivação constituídas fortemente por mediações em rede.

Esses limiares da modernidade – da *norma* ao *risco*, da *disciplina* à *autonomia* e das *mediações centralizadas* às *distribuídas* – constituem os núcleos

que nos permitem explicar as condições de existência para fenômenos tão heterogêneos como as políticas públicas, os decretos, os programas médicos e midiáticos, as teleconsultas, os *reality shows*, os aplicativos para dispositivos móveis, as autobiografias. Ao mesmo tempo, eles tencionam a produção de subjetividade no mundo contemporâneo ao articularem o cálculo dos riscos para constituição de indivíduos autônomos no cuidado e governo de si, tendo as redes como tecnologia constituinte.

2.1. Da norma ao risco

Na Modernidade, o lugar ocupado pelo corpo individual definia o ser por meio de sua localização e comparação àquela dos demais corpos nos diversos espaços institucionais. Trata-se de um poder que opera por tabulação, identificação, relacionando a situação individual ao conjunto ao qual pertence e no qual se singulariza. Esses espaços são fechados, esquadrinhados e, principalmente, hierarquizados. “A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela *normaliza*” [grifos do autor] (FOUCAULT, 2007, p. 153).

Tomado como paradigma (ou seja, o que opera “ao lado de” outros), o dispositivo de saber-poder emblemático da Modernidade é uma máquina de *fazer ver* por meio de mediações e inscrições múltiplas. Como sabemos, o Panóptico é o ideal de construção arquitetônica projetada por Jeremy Bentham aplicada às prisões e replicada diferentemente às escolas, às fábricas, aos quartéis e mesmo aos hospitais. Trata-se de “um princípio geral de construção, o dispositivo polivalente da vigilância, a máquina óptica universal das concentrações humanas” (MILLER, 2008, p. 89). Concretamente, o edifício panóptico pode ser considerado um dispositivo espacial modelo (ou, repetindo, paradigmático) para a gestão dos indivíduos na formação social disciplinar, incluindo os hospitais, sua arquitetura, suas técnicas e terapias.

Esta tecnologia do espaço, do tempo e do olhar e outras tecnologias serviram para tornar o sujeito objeto de relações de conhecimento e poder, permitindo sujeitá-lo, dividi-lo, classificá-lo, ordená-lo, discipliná-lo, docilizá-lo, individualizá-lo. Por meio

da visibilidade, a norma é criada e incorporada como auto-controle. Norma e visibilidade, portanto, constituem-se mutuamente para produção e reprodução de saberes e poderes, principalmente aqueles de natureza científica. Ambas permitem esta ambição pedagógica, que visa corrigir para formar, ao longo de uma trajetória, um novo indivíduo, adequado à produção capitalística: corpo eficaz economicamente, mas submisso politicamente (VAZ, 1999).

Lembremos, ainda com esse autor, que a norma “é uma lei imanente; é uma regularidade observada e um regulamento proposto” (VAZ, 1999, p. 166). Ainda que transversal, ela não é transcendente e constitui-se como técnica de interiorização e de produção de culpa mediante o olhar sobre si mesmo – seus atos e pensamentos – com os olhos do outro, separando desejo e necessidade (VAZ, 1999). Ao operar por meio do auto-controle, a norma age simultaneamente sobre o corpo – examinado em seus detalhes – e sobre a alma – que incorpora e automatiza a vigilância.

As práticas de correção disciplinares exigem investimento temporal considerando os parâmetros estabelecidos para construção e transformação da individualidade. “De modo abstrato, a operação temporal das instituições disciplinares é a duração e a descontinuidade: sempre é preciso tempo para se tornar um bom cidadão saudável e trabalhador” (VAZ, 1999, p. 165). O lugar de especulação, neste caso, é o passado que deve oferecer as explicações objetivas e legitimar a ação normalizadora.

Podemos então descrever a mecânica do poder disciplinar. De início, dá atenção às diferenças visíveis e mensuráveis de comportamento. A seguir, hierarquiza as diferenças segundo a polaridade entre normal e anormal, atribuindo identidade aos anormais segundo o pendor que os conecta mais ou menos fortemente aos desvios de comportamento. Por fim, produz em todos a culpa pela inquietação contínua com a normalidade de seus atos e desejos (VAZ, 1999, p. 135).

Diante dos poderes e saberes normativos (disciplinares), a identificação dos desvios de comportamento e sua associação às identidades produzem (e não apenas representam) a figura do anormal (figura necessária à modelização da “normalidade”). Genealogicamente, o problema da anomalia humana se colocou em torno das figuras do monstro, do indivíduo incorrigível e do onanista (FOUCAULT, 2001). A genealogia do anormal atesta uma crescente especialização da correção dos indivíduos perigosos ou suspeitos ao longo da Idade Moderna (XVII).

A partir da noção de *norma* – seus correlatos (anormalidade/normalidade), e da configuração do espaço e do tempo que ela engendra -, percebemos continuidades e transformações históricas entre as formações sociais. Com a gestão das populações, enquanto estratégia contemporânea do poder, novos instrumentos de controle e de saber serão articulados para os objetos emergentes, como a natalidade ou morbidade de grupo. Eles diferem daquelas táticas adotadas durante o predomínio da sociedade disciplinar. Como enunciará Deleuze de modo pioneiro, “são as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares” (DELEUZE, 1992, 219).

Diferentes técnicas de controle da população doente encontram-se em transição. Se no passado o hospital representava o principal meio de confinamento e segregação da população doente, hoje outros mecanismos estão à disposição: hospitalização em domicílio, hospital-dia, programas de saúde da família ou atendimento domiciliar, que oferecem liberdade e mobilidade e, simultaneamente, integram novas estratégias de controle (DELEUZE, 1992), muitas delas possibilitadas pelas tecnologias da telepresença. Na verdade, deixamos de transitar – permanente e descontinuamente – entre um espaço fechado e outro (família, escola, fábrica, prisão, hospital), para nos colocarmos sob controle no espaço aberto. Em relação à saúde, deixamos de saltar da condição doente/são (em seus limites relativamente claros) para nos deslocarmos fluidamente entre graus de morbidade.

No mundo contemporâneo o hospital não perde sua característica medicalizadora, porém seus efeitos atravessam todo o corpo social e todos os espaços de cuidado com o corpo. A todo momento e em todo lugar, estão disponíveis técnicas de controle e auto-vigilância aos indivíduos (SEGURADO, 2004). Ou como resume Paulo Vaz:

A dietética pode ser vista como o fim da separação entre alimentação de hospital e a alimentação cotidiana; a um tempo, generaliza a comida de hospital e estabelece um compromisso com o prazer: como alimentar-se com prazer cuidando da saúde e da forma do corpo. Estes movimentos são encontrados em diversos lugares; [...] Em todos eles, o resultado é a sensação subjetiva de nunca terminar dada: nunca cessaremos de aprender, trabalhar e cuidar do corpo (VAZ, 1999, p. 174).

Além disso, segundo o autor, no mundo contemporâneo, as formas de saber passam a vincular as características subjetivas, e não apenas comportamentais, aos processos de adoecimento, como o estabelecimento de vínculos entre as doenças

cardíacas e os processos depressivos, por exemplo, sempre se baseando em investigações probabilísticas. O homem contemporâneo está “intimidado a uma prestação de contas de seu corpo, tal como antigamente da alma, um cálculo de probabilidades” (MOULIN, 2008, p. 21). Contabilizar energias e competências, para otimizar o funcionamento do corpo mediante estímulo ao cuidado consigo mesmo, parece ser a tendência de uma versão privada do projeto de Estado mínimo ocidental para as populações.

A problematização dos processos de adoecimento passa a ser pautada não mais na identificação dos desvios à norma, mas na mensuração das consequências futuras dos modos de vida atuais. “O que inquieta não é mais o jogo entre a diferença visível e a identidade dos indivíduos, mas o jogo entre o hábito e sua consequência, entre o prazer e o futuro” (VAZ, 1999, p. 168). Lidamos portanto menos com sintomas do que com virtualidades. Somos livres para agir e consumir tal como desejarmos, desde que arquemos com os riscos de nossas ações, diante de um cardápio de antigas e novas doenças e diante da fluidez da fronteira entre sanidade e patologia.

Em suma, se a noção-chave “norma” foi primordial para a constituição de um regime disciplinar, podemos perceber deslocamentos com a introdução e disseminação do conceito de risco e sua retórica. Acreditamos que ele define o dispositivo de saber-poder contemporâneo em suas estratégias sanitárias. Risco e controle substituem norma e vigilância, estabelecendo seus próprios mecanismos de exercício e regulação do poder.

Se uma sociedade se define pelos valores que propõe como positivos e se estes emergem por negação da negação, a passagem da disciplina ao controle é também a passagem da norma ao risco como conceito primário a partir do qual se pensa a relação dos indivíduos consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Os valores maiores de nossa sociedade parecem ser, na relação consigo, o bem-estar, a juventude prolongada, o autocontrole e a eficiência; na relação com os outros, a tolerância, a segurança e a solidariedade; na relação com o mundo, a preservação ecológica. Estes valores implicam o cuidado a partir do risco como fundo de negatividade a ser evitado (VAZ, 1999, p. 168).

A centralidade da noção de risco materializa-se inicialmente nos campos de saber e intervenção da Saúde Pública antes de se tornar um elemento central da constituição dos sujeitos diante de si, do outro e do mundo. Aparentemente tão comum ao nosso pensamento ocidental, o conceito de risco possui uma história de usos e significados. Foi como estratégia de planificação do controle dos riscos

relacionados ao comércio e às navegações, que a noção se disseminou na Europa. A ideia de culpa não estava presente entre os primeiros grupos semânticos do termo, como se evidencia nos dias atuais. A distinção entre riscos bons e ruins permaneceu até o início do século XIX. No entanto, quando identificado na vida cotidiana, os indivíduos problematizam os riscos contabilizando mais as perdas que os ganhos, a fim de avaliar carreiras, relacionamentos e performances.

A história do risco coincide com a história de estruturação do campo científico da Epidemiologia, a qual ao longo do tempo articulou seus eixos fundamentais – a Clínica Médica, a Estatística e a Medicina Social – transformando o próprio risco em objeto primordial. Oscilando entre a busca da cura (*panaceia*) e a prevenção e a higiene (*higeia*), a Epidemiologia primeiramente institucionalizou o saber clínico naturalizado, racionalista e símbolo da terapia moderna reforçando o estudo unitário – o caso – pelo estudo sistemático das enfermidades. A crescente hegemonia da biologia experimental, da teoria microbiana e da medicina científica resultou no Relatório Flexner (1911) e respectivo modelo flexneriano. Esse modelo privilegia a assistência à doença enfocando aspectos individuais e biológicos, o hospital como espaço de cura, as especialidades médicas e o uso intensivo de tecnologia. Esse modelo de medicina científica inspirou, por exemplo, a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá na primeira metade do século XX.

A Estatística será o segundo eixo de constituição histórica da Epidemiologia, uma vez que, para muitos, a quantificação representa um elemento metodológico distintivo da nova ciência, servindo para garantir a neutralidade epistemológica. No entanto, segundo Almeida Filho (2003), de todos os eixos constitutivos da Epidemiologia, este evidencia mais claramente sua raiz política. “A Estatística, em sua origem, significa justamente, a medida do Estado. Trata-se de um neologismo” (p.04). Quando se reconheceu que a riqueza de um Estado ou Nação é também seu povo e sua saúde, passou-se a contá-lo além dos demais capitais materiais. Se o exército é beligerante, o povo será seu complemento produtivo.

Por fim, a Medicina Social será o terceiro eixo constitutivo da Epidemiologia. O médico torna-se um perito em assuntos públicos e privados. Neste caso, a política será encarada como medicina da sociedade e a medicina como prática política com a “adesão ao princípio que a saúde é uma questão eminentemente social e política, aliada à preocupação sociológica e a um profundo engajamento nas transformações de situação de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 05). Ao longo da década de 1930,

a Epidemiologia retomou uma tradição médico-social de atenção aos indivíduos enquanto parte do grupo, mas outros processos vieram alterar esse curso.

Ainda segundo Almeida Filho (2003), ocorre um desenvolvimento em paralelo entre o modelo de medicina científica (valoração do âmbito subindividual e individual com ênfase no conhecimento experimental de base laboratorial) e o modelo de medicina social (ênfase sobre o caráter social e cultural das doenças e da medicina). Com a crise de 1929, redescobre-se a Medicina Social sob perspectiva menos política, menos agressiva, menos perigosa, tomando-se a forma da Epidemiologia, “cada vez mais atraída pelo padrão positivista das Ciências Naturais, refletido no modelo da Biologia” (p.07). Diante do impasse conceitual e metodológico entre privilegiar o coletivo e propor novos objetos, a noção de risco será assim a aposta nesse domínio. O objeto privilegiado a partir de então será o risco, ou seja, uma resposta técnica como uma novidade gestada na conformação da teoria das probabilidades.

Apesar de ter sido utilizado pela primeira vez no meio acadêmico, em 1919, o conceito assumiu o caráter científico instrumental pleno apenas em 1933. Desde então, a disciplina passou a ampliar seu objeto de intervenção para além das enfermidades transmissíveis passando a abarcar outros índices de enfermidades ao construir um conceito basicamente analítico, referindo-se às conexões entre fenômenos individuais e coletivos.

Tal conceito pode ser considerado uma sofisticação do raciocínio causal. Como modelo abstrato, o conceito de risco reduz a complexidade dos fenômenos que estuda e “a apreensão da realidade mediante essa abstração gera valores e significados” (CEZERESNIA, 2004, p.448). Os diferentes conceitos sobre risco, formados a partir da Modernidade, estão tradicionalmente associados ao controle por meio de cálculos probabilísticos. A experimentação é critério fundamental e básico de rigor científico na construção dos métodos avaliativos dos fatores de risco. “No trabalho experimental, a lógica é controlar todos os fatores que podem interferir na experiência, criando-se condições de observar uma relação de causa e efeito” (CEZERESNIA, 2004, p 448). Essas técnicas produzem representações, discursos, experiências que afetam o corpo e os processos psíquicos.

De uma maneira geral, podemos afirmar que a partir de 1945, a noção de risco assume lugar de destaque na gestão da saúde pública e em outros domínios. Para além do campo epidemiológico, a noção de risco também se torna nuclear para

a compreensão de outros aspectos das sociedades contemporâneas, conforme advogam autores de variadas disciplinas.

Desde a conhecida a formulação de Ulrich Beck (1981), vários autores vêm desdobrando e revendo a hipótese do risco como categoria social e política. Para o autor, *sociedade de risco* designa uma fase da sociedade moderna, de natureza reflexiva, em que os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a proteção da sociedade industrial. Nesse momento histórico, os riscos da sociedade dominam os debates e conflitos políticos, tanto públicos quanto privados, ou seja, tornam-se um espaço fortemente político. Atualmente, diversos aspectos da sociedade estão sujeitos à revisão crônica sob a luz de novas e crescentes informações e conhecimentos. Na modernidade clássica, a ciência fornecia o principal apoio para a gestão social dos riscos. Além dos mecanismos de regras e vigilância, esta gestão incluía o fomento da consciência individual aliada da culpa e da educação. “Essa contraposição entre a responsabilidade individual e o bem coletivo viria constituir-se como um dos fundamentos da subjetividade nesse período histórico” (SPINK *et al*, 2002, 151).

Na esteira de Foucault, Nikolas Rose (2001) sugere que novos controles tomam forma ao mesmo tempo em que a biopolítica contemporânea torna-se a “política do risco”, em outros termos, *ethopolitics*. O autor observa que no início do século XX, a preocupação higiênica e a questão reprodutiva constituíram as estratégias biopolíticas em nome da medicina preventiva e saúde pública. No entanto, conforme destaca o significado político e importância da saúde e doença são deslocados com novos contextos de desmonte do Estado de Bem-Estar Social. “Cada cidadão deve agora se tornar um parceiro ativo na unidade de saúde, aceitando sua responsabilidade para garantir a sua própria bem-estar” (ROSE, 2001, p. 6)⁵⁵. Para o autor, há mais de 150 anos os conhecimentos gerados em torno do risco têm sido fundamentais para se conceber a biopolítica alterando os regimes de produção de subjetividades, agora centradas na responsabilização dos indivíduos.

A responsabilização tem como base instrumental os fatores de risco que dissolvem o indivíduo concreto em uma combinatória de fatores. Para Castel (1991), as estratégias de intervenção contemporâneas de administração social não se valem mais da relação face a face entre médicos e pacientes, por exemplo.

⁵⁵ Tradução nossa. No original: “Every citizen must now become an active partner in the drive for health, accepting their responsibility for securing their own well-being”

Seja nos campos de saber médicos, seja nas descrições sobre a sociedade contemporâneas, a noção de risco alastra-se socialmente. “Para além dos contextos, biomédicos/epidemiológicos, da saúde ocupacional e das ciências atuariais, fala-se, escreve-se com frequência sobre o risco nos chamados *mass media*.” (CASTIEL, 1996, p. 37) . Para o autor, a proliferação de estudos sobre risco teve repercussões em termos de difusão pública através dos meios de comunicação de massa. “É indiscutível o alcance e difusão do chamado jornalismo científico nos *mass media* e portanto é preciso estar atento à relação entre os cientistas da área de saúde e a difusão leiga de seus achados” (CASTIEL, 1996, p. 54). Além disso, para o autor, os meios de comunicação de massa, acabam por exercer uma pedagogia, ao repetir narrativas e imagens que instituem juízos e modos de reagir diante de dilemas morais.

A partir dos anos 70, segundo Ripoll (2008), as preocupações acadêmicas e midiáticas privilegiam conhecimentos sobre o status das populações – como os grupos humanos comem, se exercitam, fazem sexo etc., além daqueles decorrentes da atividade humana. Assim, a noção de risco, bem como os fatores de risco, se dissemina por meio de produções não acadêmicas, especialmente midiáticas. Nelas, *experts* oferecem normas, diretrizes, recomendações, orientações, fórmulas interpretativas, tabelas, índices, probabilidades, interpretações e toda uma gama de dispositivos para os indivíduos observarem a si mesmos e planejarem a própria conduta.

O risco, nessa lógica, pode ser entendido como tecnologia moral e estratégia de governo pela qual as populações e os sujeitos são monitorados e manejados. A mídia é uma parte central da engrenagem de controle social através do medo e do risco, cotidianamente nos ensinando quais situações/práticas/pessoas/coisas devemos temer, quais riscos podem (e devem) ser evitados, o que devemos fazer para minimizá-los, em quais instituições (e especialistas) devemos confiar, etc. (RIPPOL, 2008, p.4).

Desse modo, uma das mais impactantes construções conceituais em saúde na Modernidade, o conceito de risco também participa da construção da experiência saúde-doença-cuidado e manifesta-se nas mídias, em especial nas produções jornalísticas onde os especialistas postos a falar por meio dos dispositivos comunicacionais exercem papel central na constituição das maneiras pelas quais os indivíduos conduzem a própria vida.

Para Vaz (*etall*, 2007), nas produções midiáticas, os indivíduos permanentemente convocados a se autocontrolar diante dos inúmeros riscos vinculados aos estilos de vida, constituindo assim o sujeito empreendedor de si e da própria saúde, são a marca de uma nova subjetividade fomentada no nexo entre medicina e mídia. Segundo o autor, a articulação entre *notícia* e *fator de risco* participa fortemente dos processos de subjetivação: “significa que essas notícias permitem aos indivíduos habitarem o tempo: elas explicam por que alguns adoecem e, no mesmo movimento, definem modos de evitar sofrimentos” (VAZ *etall*, 2007, 146). Para tanto, as narrativas midiáticas apresentam o sofrimento originado em uma ação passada, indagando o que poderia ter sido feito para evitá-lo transformado o sofredor em vítima de seus comportamentos inadequados. “O discurso estabelece, aqui, a possibilidade de uma distinção social: não entre agressores e vítimas, mas entre quem sabe e quem não sabe cuidar de si” (VAZ *etall*, 2007, 146).

A saúde, todos os aspectos da conduta, por mais banais que pareçam, interessam. O clima torna-se o da incerteza e da ansiedade diante de múltiplos fatores de risco e ao mesmo tempo em que a responsabilização do indivíduo se impõe. Para essa experiência contemporânea, a saúde se torna um valor maior a orientar nossas ações cotidianas com perspectivas de futuro. Para o autor (VAZ *etall*, 2007), os meios de comunicação articulam as escolhas e o sofrimento indicando as escolhas que poderiam evitar tal enfermidade, ou seja, definem-se ações para condutas segundo a verdade da prevenção.

Nas notícias sobre fatores de risco, o sofredor é vítima de seus comportamentos inadequados: colesterol alto é causado por alimentação gordurosa, câncer de pulmão pelo fumo, etc. Essa forma singular de posicionamento é convite à atividade. O discurso estabelece, aqui, a possibilidade de uma distinção social: não entre agressores e vítimas, mas entre quem sabe e quem não sabe cuidar de si (VAZ *etall*, 2007).

O vínculo entre a medicina e os meios de comunicação atualmente depende, portanto, da ligação do fator de risco com ações cotidianas dos indivíduos, premidas pelo discurso preditivo. “Desde então, as campanhas de saúde pública se endereçam, não aos que estão doentes, mas aos que podem adoecer” (VAZ *etall*, 2007), transferindo para os indivíduos o controle da doença e da responsabilidade pelo adoecimento.

O conceito de risco constitui uma singularidade de nossa cultura quando o cotidiano passa a ser atravessado pela ciência e pela tecnologia transformando vida

e morte em objetos científicos. Esses novos objetos e instrumentos de saber manifestam-se tanto nas novas tecnologias biomédicas quanto nas novas tecnologias da comunicação e da informação e delas podemos inferir possíveis consequências para as experiências narradas nos blogs sobre a terapêutica cirúrgica.

A primeira delas refere-se à articulação entre ciências da vida, campo da saúde e os meios de comunicação com a transformação das novas tecnologias biomédicas e comunicacionais em um dos vetores de mudança nas experiências, especialmente aquelas vinculadas ao corpo. Para Vaz (2001), enquanto a experiência moderna pautou-se pelo esforço dos indivíduos em contentarem-se com o próprio corpo, no mundo atual a experiência caracteriza-se como uma adequação do corpo ao ser, ou seja, a modificação da materialidade corporal, incluindo o sexo, às expectativas que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre seu corpo. A busca por significação da experiência pessoal passa também pela afirmação do corpo e seu controle.

O predomínio de valores como autocontrole, segurança e preservação resulta de um alargamento do normativo quando pautamos nossa conduta menos pelas normas do que pelos riscos que nossas escolhas podem causar a nós mesmos e aos outros, no presente ou no futuro de nossas ações.

Para Vaz (2007), as narrativas midiáticas propõem uma concepção de temporalidade que se organiza em torno das noções de crédito e dívida, fazendo os indivíduos preencherem o tempo de suas vidas com ocasiões significativas quando pensam haver escolha e arrependimento. Essa é a base para a definição de “fator de risco”⁵⁶.

Diante de uma possível programação e regulação da própria vida, o normativo perde espaço nos mecanismos de controle, resultando em uma espécie de “alargamento” da norma em diversos campos, tais como o da sexualidade, do trabalho, da escola, da psiquiatria, passando a predominar a adequação do próprio corpo aos desejos regulados por uma “retórica do risco”.

A mídia assume papel primordial nessa retórica de contabilidade de riscos. Os desejos passam a ser regulados na medida em que a sua realização pode implicar prejuízos no futuro. A mídia legitima-se ocupando o lugar daquele que adverte sobre a existência de riscos e propõe meios para contorná-los. Diante do constante

⁵⁶ Esse ramo da ciência vincula a possibilidade de desenvolvimento de algum tipo de doença a outros fatores

estímulo ao consumo, a mídia teria a função – algo paradoxal – de regular os excessos, em uma espécie de moderação. Desse modo, ela garante a duração prolongada da vida para o consumo. O poder midiático se exerce no momento de divulgação de uma informação sobre o futuro capaz de conduzir a ação dos indivíduos. “Trata-se de realizar uma descrição valorativa do presente e informar, diante do descrito, o que pode ser o futuro” (VAZ, 1999, p. 170), pois a informação traz consigo a ideia de que é possível programar a vida futura.

De forma similar, Fernanda Bruno (2006) avalia o discurso do biopoder nos meios de comunicação em incitação crescente aos indivíduos a zelar pela própria saúde mediante tecnologias biomédicas que derivam da genética e da epidemiologia dos fatores de risco. “Os indivíduos tornam-se responsáveis por aquilo que antes não estava sob seu controle – as enfermidades que podem vir a ter, a expectativa de vida, as causas de sua morte” (BRUNO, 2006, p. 65).

Nesse contexto, o corpo físico e concreto deixa de ser o alvo privilegiado de intervenção, mas sim sua virtualidade e seu futuro, ou seja, as doenças que podem acometê-lo, doenças virtualmente presentes tanto no genoma humano quanto nos hábitos singulares dos indivíduos. “O sujeito se percebe como matéria ainda não acabada, que contém possibilidades de resolução e sobre a qual ele pode intervir. O virtual demanda o trabalho sobre si na medida em que ele torna o si dependente de determinado número de ações ou escolhas” (BRUNO, 2006, p. 70).

Mesmo onde se poderia supor não haver possibilidade de ação ou escolha, Rabinow (2003) lembra que a genética permite conhecer e descobrir predisposições para as doenças, conduzindo a mudanças de comportamento em função do conhecimento dessas predisposições. O genoma humano refere-se também à genética das populações e prevenção dos riscos.

À provocação, “em que a genética nos diz respeito?”, Rabinow e Keck (2008) afirmam poder ser que “por um estranho jogo de desdobramentos, (...), agora seriam os genes que estão fitando, devolvendo-nos uma imagem de nós mesmos, e obrigando-nos, enquanto sujeitos, a assumir toda a vida de nossos corpos”. (RABINOW; KECK, 2008, p. 86)

Em certa medida, a genética nos diz o que somos nós. Não somente essa “imagem” técnica, mas seu imbricamento a outros discursos sociais oferece formas de nos compreender, interpretar e problematizar. Para Rose (2001), na genealogia de nossa relação com nós mesmos, questões vinculadas às condutas problemáticas

para os outros e para si ocupam lugar de destaque. “Bem como pelos textos e programas mundanos (...) que buscam tornar estes problemas inteligíveis, e, ao mesmo tempo, administráveis” (ROSE, 2001, p. 37).

Sobre as linguagens sociais, de acordo com Rose (2010), o que as ciências fizeram para o século XX, o pensamento técnico irá realizar para o século XXI. As primeiras forneceram linguagens para compreendermos a nós mesmos com base em certos tipos de competência para gerenciamento do eu, como a psicanálise, por exemplo. No entanto, o autor argumenta que novos modelos de intervenção estão sendo produzidos e implantados, tendo em vista modos de pensar técnicos que produzem “imagens” encorajando a intervenção precoce sobre quaisquer possíveis riscos. Para o autor, o que está emergindo é um modelo que visa ‘triar e intervir’ e não mais ‘disciplinar e punir’, cuja finalidade é identificar as condições de doença antes que se manifestem. Esta seria, segundo Rose (2001), uma das principais diferenças entre as formações sociais

Não é mais uma questão de tentar classificar, identificar e eliminar ou restringir os indivíduos tendo um defeito constitutivo, ou para promover a reprodução daqueles cujas características biológicas são mais desejáveis, em nome da aptidão total da população, nação ou raça. Em vez disso, ele consiste em uma variedade de estratégias que procuram identificar, tratar, gerir ou administrar esses indivíduos, grupos ou localidades onde risco é visto para ser elevado. As distinções binárias de normal e patológico, que foram fundamentais para análises biopolíticas anteriores, agora estão organizadas dentro destas estratégias para o governo de risco. Tais estratégias estão organizadas em um número de níveis (ROSE, 2001, p. 7)⁵⁷.

Assim, o risco, sempre virtual e na iminência de acontecer, pode ser administrado na busca de adiar a manifestação de quaisquer enfermidades. Por isso, ele se torna também ao mesmo tempo uma retórica de responsabilização de uma conduta planejada. O cálculo constante é parte constitutiva desta linguagem que prevê autonomia nas escolhas individuais.

2.2 Discurso da autonomia e constituição de si

⁵⁷ Tradução nossa. No original: “It is no longer a question of seeking to classify, identify, and eliminate or constrain those individuals bearing a defective constitution, or to promote the reproduction of those whose biological characteristics are most desirable, in the name of the overall fitness of the population, nation or race. Rather, it consists in a variety of strategies that try to identify, treat, manage or administer those individuals, groups or localities where risk is seen to be high. The binary distinctions of normal and pathological, which were central to earlier biopolitical analyses, are now organized within these strategies for the government of risk. Such strategies are organized at a number of levels”.

Para Menegom (2003), a linguagem dos riscos se expressa de diferentes maneiras conforme os contextos de sua gestão. Essa linguagem possui como matriz os aparatos intelectuais, culturais e materiais que propiciam a formação de linguagem social para falar da aspiração de controle, num jogo entre eventos passados e projeções futuras. Na tradição da governamentalidade⁵⁸, essa linguagem engendra e formata dois discursos colocados a serviço do gerenciamento de riscos.

O primeiro referenda *medidas coletivas*, destinadas a gerenciar relações espaciais — a distribuição e o movimento de pessoas nos espaços físicos e sociais. O segundo sustenta processos de *disciplinarização das pessoas*, por meio dos quais, o próprio corpo é alvo de controle, sendo a educação a estratégia central (MENEGON, 2003, p. 65) [grifos da autora]

Considerando os discursos apontados por Menegom (2003) – *coletivos e disciplinarizantes* – podemos articular as medidas administrativas e os processos de subjetivação. Pois, neste sentido, a gestão dos riscos associa estratégias globalizantes ao cuidado sobre si mesmo, sobre o próprio corpo e sua saúde, pelos indivíduos localmente. Neste sentido, a noção de risco faz parte dos núcleos das descrições que nos propomos empreender no capítulo seguinte.

Esta obrigação do sujeito em autogerir-se constitui um imperativo para além dos cuidados com a saúde do corpo. Se o corpóreo é o primeiro alvo do poder, as condutas para sua saúde envolvem outros aspectos da vida das populações. Neste sentido, consideramos a gestão dos riscos de maneira ampliada para outros campos da vida humana, configurando-se um *discurso da autonomia*. Tal definição não indica que estejamos próximos de um controle total dos nossos atos. Mas talvez que estamos mais expostos à fragilidade das escolhas e responsabilidades individuais em diversas dimensões da existência.

Ao nos referir a *discurso*, consideramos que ele é de parte a parte histórico (FOUCAULT, 1996). Além disso, ele não se confunde com um conjunto de coisas que se diz, nem estritamente com a maneira de dizê-los, pois está também no que não se diz: gestos, atitudes, maneiras de ser, comportamentos. Ele se define na intrínseca relação que estabelece com o exercício do poder. Para Foucault (1996), a sociedade dispõe de meios de controlar e constranger os discursos com a função de regular sua produção e circulação. A ideia é a de que “não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”

⁵⁸ A outra tradição refere-se à matriz aventura e articula conjuntos de repertórios que escapam à anterior: quando é preciso submeter-se aos riscos para obter ganhos ou quando o desejo é aventurar-se por emoções radicais.

(FOUCAULT, 1996. p. 9). Nesta perspectiva, o discurso é aquilo que se diz – segundo regras internas, externas e de rarefação do sujeito – e é objeto de desejo, é aquilo pelo que se luta. Pois, “trata-se (...) de impor aos indivíduos que os pronunciam certo universo de regras e não permitir que todo mundo tenha acesso a eles” (FOUCAULT, 1996, p. 36-37)

O discurso é o conjunto das significações constrangidas e constrangedoras que passam através das relações sociais. (...) É à medida que ele é comum que o discurso pode tornar-se a um só tempo um lugar e um instrumento de confronto. (...). O discurso – o simples fato de falar, empregar palavras, utilizar palavras dos outros (com risco de retorná-las), palavras que os outros compreendem e aceitam (e, eventualmente, por sua vez, as retornam) - , esse fato é em si mesmo uma força. O discurso é para a relação das forças não apenas uma superfície de inscrição, mas um operador (FOUCAULT, 2011, p. 220-22)

Na esteira das retóricas do risco, notamos a constituição de um discurso caracterizado pela privatização das escolhas e condutas. Ehrenberg (2004) aponta para um discurso da autonomia decorrente do recuo do “mundo das disciplinas” e do crescimento do “mundo das autonomias” que convocam, incessantemente, os indivíduos a gerirem por si mesmos a própria vida, sua saúde e sua felicidade. Esse discurso, enquanto esquema de comportamento, incita os indivíduos à autonomia, seja ela constitutiva ou adquirida. “Não se tem que tomar a autonomia por uma substância, uma realidade; é uma linguagem, e como tal, é alguma coisa normativa, que implica expectativas” (EHRENBURG, 2004, p. 151).

Na Modernidade, os lugares de evasão estavam ocupados pelos espetáculos esportivos e midiáticos, pelas comunicações de massa ou mesmo pelas drogas que serviam de fuga da aparente onipotência das instituições. Diferentemente, os esportes, o trabalho, as comunicações e mesmo as drogas se distanciam de uma função de evasão e passam a constituir um dispositivo complexo de terapia e assistência aos indivíduos em sua performance “atletica”, competitiva. Neste sentido, podemos dizer de um discurso da autonomia na medida em que, ao mesmo tempo em que produz o objeto sobre qual fala – a autonomia –, cria condições para emergência de sujeitos impelidos à obrigação de serem autônomos, alterando normatizações e valores, seja nos domínios do esporte, do trabalho, das mídias ou da subjetividade.

O discurso da autonomia funciona como um operador nas disputas em torno da constituição de uma medicina preditiva, justificando a responsabilização do indivíduo pela própria vida, ao retirá-lo de sua suposta condição de “insuficiência”.

Nesse caso, opera uma forma de subjetivação, responsabilizando o indivíduo em diversas situações estratégicas da medicina do bem-estar, ao destacar sua condição de corporeidade vulnerável, saúde frágil, empregabilidade precária, fluidez amorosa etc.

Eu diria que nossa sociedade adotou uma nova linguagem, que é a linguagem da vulnerabilidade individual. Isto não significa que as pessoas são mais vulneráveis que antes ou que sofram mais que antes, contudo, é isto que ganha evidência quando se descrevem todos os tipos de situação (EHRENBERG, 2004, p. 151).

O sentimento de vulnerabilidade resulta das avaliações infinitas das performances autônomas, bem como dos riscos a que se está exposto. Ele também revela “a passagem de uma sociedade que se refere à disciplina (interdição, obediência, autoridade, etc.) para uma sociedade que se encontra sob o primado da autonomia. A autonomia, isto é, a decisão e ação pessoais” (ERHENBERG, 2004, p. 147). Neste contexto, a autonomia se institui como vetor de um sentimento crescente de desamparo individual e coletivo.

O recuo das disciplinas também se manifesta na rarefação dos instrumentos e recursos do Estado de Bem-Estar, abandonando o indivíduo à própria sorte e cercado de discursos que convocam sua ação deliberada. Para Ferraz (2014), trata-se de uma tendência cultural mais ampla de privatização do cuidado com a própria saúde que acompanha o desmonte do Estado de Bem-Estar e a expansão do setor privado com os planos de saúde. Neste contexto, para a autora (FERRAZ, 2014), os estão constantemente avaliando-se em busca de superações e motivações eternamente. “Em perene avaliação, o ‘dividual’ passa a se medir por suas posições em escalas de performance constantemente reformuladas e atualizadas (p.5). Esses diagramas internalizam sensações de inadequação, incompetência, inferioridade, etc. afinal, nestas sociedades temos o sentimento de não terminar nada (DELEUZE, 1992). Devemos buscar por os nós mesmos, por nosso próprio autocontrole. Nos termos de Ehrenberg (2010), o governo de si é quando “cada um deve aprender a se governar por si mesmo e a encontrar as orientações para sua existência em si mesmo” (EHRENBERG, 2010, p. 11).

Da mesma forma, Rabinow e Rose (2006) afirmam que os dispositivos contemporâneos de poder sobre a vida estão privilegiando estratégias cada vez mais individualizantes para controle e regulação dos corpos, em detrimento das estratégias macrossociais que caracterizaram as políticas públicas dos Estados de

Bem-Estar Social. No passado, foram notórias as estratégias globais do Estado e seu predomínio sobre ações de outras instituições em espaços, lugares e sujeitos a regulação das práticas possíveis de cuidado com o corpo pelos indivíduos.

No campo da saúde, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, as entidades não estatais exercem papel chave nas disputas em torno dos cuidados com a saúde individual e coletiva. Rabinow e Rose (2006) destacam que novos sujeitos e atores entram em cena: comissões de bioética, agências reguladoras e organizações profissionais, formando um complexo bioético no qual o poder dos agentes médicos são acompanhados de tecnologia e regulação por outras autoridades. Entre as consequências desses novos arranjos, temos os “grupos de pacientes e indivíduos que cada vez mais definem sua cidadania em termos de seus direitos (e obrigações) à vida, à saúde e cura” (RABINOW; ROSE, 2006, p.37).

Da mesma forma, argumentam Ortega e Zorzanelli (2010), “o papel das tecnologias comunicacionais é determinante na construção de biossociabilidades. Estamos diante de um novo estilo de ativismo, organizado em torno da vida como valor biológico e a esperança de desenvolver curas ou tratamentos para condições patológicas” (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010, p. 13). Nas práticas de gestão de riscos ligados à saúde, como é o caso de alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos, as tecnologias da comunicação e biomédicas parecem favorecer a formação de grupos e associações virtuais para compartilhar informações sobre formas de cuidados com o corpo.

Na biossociabilidade, o corpo e a comida ocupam o lugar da sexualidade como fonte potencial de ansiedade e de patologia. O tabu que se colocava sobre a sexualidade desloca-se agora para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol. A anorexia constitui um bom exemplo da reação entre dietética, moral e bioascetismo, bem como do deslocamento para o corpo da sexualidade como locus privilegiado de problematização moral. Na minha interpretação, a anorexia estaria para o século xx como a histeria para o século XIX. (ORTEGA, 2003, p. 61)

De acordo com Ortega (2003), a medicina como estratégia biopolítica estava envolvida na constituição de uma subjetividade (a)histórica e transcendental, da interioridade e da consciência de si modernas. Atualmente, ela se encontra novamente implicada em definir o estatuto filosófico do homem. Para o autor, a biossociabilidade e a bioascese são peça fundamental de somatização e exteriorização da subjetividade. Sem distinção entre corpo e *self*, a transformação do corpo é a produção de “uma singularidade que se define mais corporalmente que psiquicamente” (ORTEGA, 2003, p. 62).

Para Ortega (2003), a ênfase dada aos diversos procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos levam à formação de identidades somáticas, nomeadas de bioidentidades, “as quais têm deslocado para a exterioridade o modelo internalista e intimista de construção e descrição de si” (ORTEGA, 2003, p.60). Além disso, enquanto as práticas de ascese da Antiguidade desafiavam os modos de existência prescritos como uma forma de resistência, o autor argumenta que as práticas contemporâneas chamadas de bioasceses, diferentemente, procuram adequar o sujeito e seu corpo às normas e a modos de existência conformistas.

Assim como os cuidados corporais, há outras atividades desenvolvidas pelos indivíduos sobre si mesmos que participam da constituição da subjetividade. Uma forma das mais arcaicas de experimentação e problematização de si mesmo é a escrita de si. Desde a Grécia Antiga, a anotação dos pensamentos e das ações é considerada um elemento indispensável à vida ascética, ao substituir o olhar dos companheiros de ascese sobre as ações e o pensamento. “O constrangimento que a presença do outro exerce na ordem da conduta, a escrita exercerá na ordem dos movimentos interiores da alma, nesse sentido ela tem um papel muito próximo da confissão ao diretor espiritual” (FOUCAULT, 2006, 145). De acordo com Foucault (2006), três elementos presentes no primeiro texto cristão sobre a escrita de si permitem analisar a função da escrita na cultura filosófica de si: sua estreita ligação com a corporação de companheiros, seu grau de aplicação aos movimentos do pensamento, seu papel de prova de verdade.

Escrever é, portanto, ‘se mostrar’, se expor, fazer aparecer seu próprio rosto perto do outro. E isso significa que a carta é ao mesmo tempo um olhar que se lança sobre o destinatário (pela missiva que ele recebe, se sente olhado) e uma maneira de se oferecer ao seu olhar através do que lhe é dito sobre si mesmo. A carta prepara de certa forma um face a face. (...) A carta que, como exercício, trabalha para a subjetivação do discurso verdadeiro, para sua assimilação e elaboração como ‘bem próprio’, constitui também, e ao mesmo tempo, uma objetivação da alma. (FOUCAULT, 2006, p. 156)

A escrita de si não é em si mesma uma novidade nos modos de subjetivação – “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta” (FOUCAULT, 1996, p.26) –, mas quando associada aos cuidados corporais no mundo contemporâneo propicia deslocamentos e novos agenciamentos.

Com as novas tecnologias da comunicação e tecnologias biomédicas, a prática de constituição de si coloca-se sob outras problemáticas. Atualmente, as

narrativas na internet não apenas veiculam experiências, mas são elas mesmas, enquanto ato de narrar, uma experiência que mescla narrativas e cuidados terapêuticos com o corpo, produzindo subjetividades biomédicas conectadas em rede.

2.3. Mediações em rede e dispositivos terapêuticos

De alguma forma, compreender as mídias enquanto dispositivos terapêuticos é uma maneira de investigar as novas formas de mediação⁵⁹ decorrentes da composição do dispositivo biopolítico global e virtual de assistência aos indivíduos incitados à autonomia. Neste trabalho, interessamo-nos pelas mídias na medida em que elas articulam disciplina e biopolítica, estratégias de uma anátomo-política e governo das populações, por meio de práticas discursivas e não discursivas.

O surgimento das redes telemáticas impôs a redefinição das formas de mediação massivas. Se em cada sociedade predomina um conjunto de mediações proporcionadas pelos dispositivos, os contemporâneos permitem a exposição de si nas redes de tal maneira que, equivocadamente, poderíamos desconfiar ser completamente desnecessária a figura dos *mediadores*.

As tecnologias de comunicação não constituem em si mesmas um dispositivo⁶⁰, pois este não se refere aos equipamentos ou dispositivos técnicos, mas à rede de relações que se pode entre eles descrever.

Um dispositivo é um regime, para começar, e não um equipamento; um regime de fazer ver e fazer dizer, que distribui o visível e o invisível, fazendo nascer ou desaparecer o objeto que não existiria fora desta luz; assim não devemos buscar sujeitos e objetos mas regimes de constituição de sujeitos e objetos” (TUCHERMAN, 2005, p. 42)

⁵⁹ “Está presente na palavra mediação o significado da ação de fazer ponte ou fazer comunicarem -se duas partes (o que implica deferentes tipos de interação), mas isso é na verdade decorrência de um poder originário de discriminar, de fazer distinções, portanto lugar do simbólico, fundador de todo conhecimento. A linguagem é por isto considerada mediação universal” (SODRÉ, 2006, p. 21).

⁶⁰ 1.O dispositivo é a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regimentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito (...). 2.O dispositivo estabelece a natureza do nexos que pode existir entre esses elementos heterogêneos (...). 3.Trata-se de uma formação, que em um momento dado, teve por função responder a uma urgência. O dispositivo tem, assim, uma função estratégica.(...) 4.Além da estrutura de elementos heterogêneos, um dispositivo se define por sua gênese. (...) 5.O dispositivo, uma vez constituído, permanece como tal na medida em que tem lugar um processo de sobre-determinação funcional: cada efeito, positivo ou negativo, querido ou não querido, entra em ressonância ou em contradição com os outros e exige um reajuste (CASTRO, 2009, p. 124).

Nessa perspectiva, as mídias constituem os regimes de fazer ver e dizer de cada época, articulados “a um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito” (FOUCAULT, 1979, p 244) que responde globalmente às emergências destas sociedades. Neste sentido, podemos supor que, de alguma maneira, as mídias contemporâneas responderiam aos imperativos biopolíticos do cuidado individual e coletivo com a saúde, contribuindo para seu predomínio.

Historicamente, as sociedades disciplinares assistiram ao nascimento das comunicações de massa, especialmente da imprensa propondo formas institucionais de mediação entre os atores coletivos e representantes sociais. Essa tecnologia de representação e mediação da realidade foi crucial para a constituição de uma esfera pública e um domínio privado, com fronteiras relativamente estáveis ainda que permeáveis. Trata-se de um dispositivo que funciona, em certa medida, pelo princípio do panoptismo. “No fundo foi o jornalismo – invenção fundamental do século XIX – que manifestou o caráter utópico de toda esta política [panóptica] do olhar” (FOUCAULT, 1979, p. 224).

Não podemos deixar de vincular esses dispositivos disciplinares aos modos de exercício do poder que lhes eram contemporâneos. No entanto, o modelo tradicional da mídia encarnando o interesse geral e a hierarquia que ele exige foi colocado em questão pelos novos modelos e tecnologias comunicacionais, que alteraram as formas de mediação entre o indivíduo e a sociedade. Enquanto mediador histórico, o jornalista se constituiu como um ramo de atividade responsável pela redução da fragmentação e pela constituição de um espaço público. “O jornalista cria o cidadão e o interesse público” (VAZ, 2001, p. 47), ambos pertencentes a uma comunidade mais ampla vinculada pela informação. O especialista desta forma moderna de mediação é o especialista no interesse geral. Nas redes, o mediador ideal é aquele que atende critérios de taxas de intermediação e de acessibilidade. Constituída enquanto dispositivo complexo de mediações cada um desses artefatos – *blogs, fotologs, facebook*, etc. e todo tipo de rede social, – como dispositivos de múltiplas mediações, atendem critérios e funções distribuídos.

Esse papel de mediador não se restringe a profissões historicamente constituídas, mas pode também ser ocupado pelos leitores que, com o testemunho

da própria experiência, participam da constituição das estratégias de modelação/modulação corporal. Durante a Modernidade, podemos perceber a constituição do espaço público por meio de uma mediação específica e estabilizada em instituições de mídia. O jornalista como mediador será responsável pela eliminação da fragmentação ao tecer uma rede das informações coletadas em todo lugar, hierarquizadas de acordo com o interesse coletivo e ofertada massivamente. Essa rede tende à centralização uma vez que são reduzidos os centros de produção e veiculação e pelas tecnologias disponíveis (VAZ, 2001).

A internet inaugura uma nova topologia da rede. No entanto, ao contrário do que se apregou em seu nascimento, essa topologia não significa o abandono total das mediações. “Por definição, uma rede é constituída por nós e conexões dois a dois entre estes nós, que podem ser diretas ou indiretas, isto é, a conexão entre dois nós pode requerer um ou mais nós intermediários” (VAZ, 2001, p. 49). Diretos ou intermediários, determinados nós ocupam uma posição relativa e parcialmente central. De acordo com uma taxa de intermediação, um nó ocupará uma posição central tanto quanto é mais necessário para que quaisquer pontos se conectem. Já de acordo com uma segunda medida, a taxa de acessibilidade, a centralidade de um nó é dependente de sua capacidade de acessibilidade. As estratégias de captura do acesso e atenção dos usuários implicam estar no lugar de onde se parte, para onde se retorna ou de onde não se sai quando o usuário se inscreve na rede de computadores.

O crescimento exponencial da participação das pessoas na rede é responsável pela emergência de objetos de interesse comum para alguns indivíduos. No entanto, esse mesmo crescimento é responsável pelo distanciamento, uma vez que se torna cada vez mais difícil percorrer os caminhos até esses objetos, mesmo com a proximidade ali inaugurada. Trata-se de uma distância cognitiva “na medida em que diz respeito a nossa capacidade de tomar conhecimento do que nos interessa saber. A impossibilidade de representar tudo o que há na internet nos coloca, no limite, numa estranha condição de saber que lá há o que não sei onde nem como encontrar” (VAZ, 2001, p. 53).

Nessa rede de desamparados, o mediador na internet aparenta-se, para Vaz (2001), a um corretor que aproxima singulares em sua singularidade. O mediador será aquele que não apenas facilita as expressões individuais, mas também permite

a cada um encontrar informações e públicos de seu interesse. Nesse contexto, os dispositivos comunicacionais acionam elementos heterogêneos.

Fischer (2002) lembra que tratar as mídias enquanto dispositivos, com atenção especial ao dispositivo pedagógico da mídia, significa pensar não somente os processos concretos de comunicação a partir de uma análise centrada estritamente nas questões de linguagem, mas nos atentar, em complemento, para a interseção entre poder e formas de subjetivação. Fundamentada no conceito de 'dispositivo de sexualidade' (FOUCAULT, 1988), a autora considera o dispositivo pedagógico da mídia um aparato discursivo (produtor de saberes e discursos) e não discursivo (uma trama de práticas de produção, circulação e consumo de mídias em meio a um contexto social e político), que incita o indivíduo comum à produção de discurso sobre si mesmo.

Ao produzir um discurso sobre si mesmo, o indivíduo comum torna-se visível para si e para o outro, bem como disponível para ação das relações de poder. Fernanda Bruno (2004) argumenta que a incidência do foco de visibilidade sobre o indivíduo comum pelas mídias permanece decisiva na produção de subjetividade e identidade tanto na era moderna quanto na contemporânea. Mas, apesar dessa continuidade, a autora identifica rupturas na constituição das subjetividades do interior para o exterior, especialmente nos *weblogs* e *webcans*, nos quais vigora a projeção e a antecipação com a introdução das novas tecnologias da comunicação. "Não se trata tanto da exteriorização de uma interioridade constituída, por natureza recôndita, que passa a se expor, mas principalmente de uma subjetividade que se constitui prioritariamente na própria exterioridade, no ato mesmo de se projetar e de se fazer visível a outrem" (BRUNO, 2004, p. 115).

Tucherman (2005), por sua vez, identifica hoje uma passagem dos dispositivos de vigilância para dispositivos de visibilidade. Nesse novo regime, *blogs*, *fotologs*, *videologs*, redes sociais, *reality-shows* e determinados documentários respondem a um imperativo que não mais corresponderia à simples vigilância. Mas ao mostrar-se e ao fazer-se ver, produzindo personagens midiáticos que só existem enquanto são olhados. Esse conjunto também faz "aparecer, não no mesmo lugar nem com a mesma imediata função, relações entre escritura e constituição da subjetividade" (TUCHERMAN, 2005, p. 41).

A relação entre exposição da intimidade e constituição das subjetividades também foi objeto de investigação de Paula Sibilia (2008). Para a autora, as

subjetividades contemporâneas são marcadas por uma espetacularização da vida íntima de pessoas comuns em narrativas sobre o cotidiano que circulam por diversos ambientes comunicacionais, como correio eletrônico, canais de bate-papo, redes de sociabilidade, diários íntimos, *webcans*, canais de troca de vídeos, fóruns e grupos de notícia.

Nesse contexto de tecnologias digitais distribuídas, as noções fundamentais de constituição da identidade moderna – interioridade, intimidade e privacidade – perdem peso na definição do que somos. Em contraste com os diários íntimos tradicionais, as narrativas do eu disponíveis aos internautas expõem a subversão das fronteiras entre o extremamente privado e absolutamente público (SIBILIA, 2004).

É enorme a variedade dos estilos e assuntos tratados nos *blogs* de hoje em dia, embora sejam maioria os que seguem o modelo ‘confessional’ de diário íntimo. Ou melhor: do diário íntimo, de acordo com um trocadilho que procura dar conta dos paradoxos dessa novidade que consiste em expor a própria intimidade nas vitrines globais da rede (SIBILIA, 2008, p. 12-13).

Considerando as diferentes, mas semelhantes propostas de descrição dos modos subjetivação como subjetividades confessandas (FISCHER, 2002), externalizadas (BRUNO, 2004), que se mostram (TUCHERMAN, 2005), ou espetacularizadas (SIBILIA, 2008), podemos concluir que os dispositivos comunicacionais contemporâneos colaboram de maneira definitiva para o deslocamento do modo como os sujeitos se constituem, se transformam, se observam e exercem sobre si mesmos algum tipo de controle e condução.

Levando em consideração, especificamente, o modo como os sujeitos olham para seus corpos e exercem sobre eles algum trabalho sanitário, percebemos que, atualmente, proliferam inúmeras narrativas que tratam de práticas de cuidado e modelação corporal. Se nos meios massivos a fala dos indivíduos realiza-se de maneira mais regulada institucionalmente pelos dispositivos midiáticos e de maneira mais “livre” nos blogs, por exemplo, isso não impede que haja intercâmbios múltiplos entre cada um destes domínios. Em muitos casos, essas narrativas são, inclusive capturadas pelos meios de comunicação de massa que as revertem em notícias, em um movimento de mão dupla materializando a reflexividade constitutiva de nossas sociedades.

Incorporados pela grande mídia ou não, é fato que, por meio de palavras, fotografias e vídeos, existe um número considerável de internautas que narram suas

experiências em torno das práticas de modelação e modulação corporal e/ou obtenção de saúde, produzindo narrativas de si, como podemos perceber inicialmente com os blogs de pacientes que apelaram a diferentes terapias para controle da obesidade. Por meio de metáforas, gráficos, ilustrações, fotografias e outros elementos essas narrativas são altamente pessoais, mesmo quando figuram em revistas jornalísticas como exemplares da experiência de pacientes. No entanto, não devemos compreendê-las como uma narrativa unicamente pessoal ou desvinculada dos modos gerais de exercício do poder de uma época. Mesmo que pessoais, trata-se de narrativas ‘externalizadas’ ou ‘confessionais’ referentes à temática da experiência pessoal de cuidado corporal que não podem ser tomadas em separado de uma biopolítica das populações dos saberes de que eles são, ao mesmo tempo, efeito e instrumento.

No campo médico, a visão adquire privilégio sobre os demais sentidos e o corpo é midiaticizado, sob a proteção da crença de transparência. Essa atividade de ver, desde o surgimento das práticas de anatomia, alterou as relações dos sujeitos com o próprio corpo quando estas se tornaram mediadas pelas imagens. Para Ortega e Zorzaneli (2010), as relações consigo mesmo, ou, pelo menos, com uma parte de si mesmo materializada no corpo, transforma-se na medida em que o olhar do outro e o olhar sobre si mesmo encontram-se aproximados e, ao mesmo tempo, distanciados.

As imagens produzidas pelo campo científico, desde o surgimento do aparelho de raio-x até os atuais exames cerebrais, transformaram as relações entre os indivíduos e seus corpos, tendo em vista os efeitos inquestionáveis produzidos por estas imagens sobre aqueles que as vêem. Esses dispositivos de visualização médica permitiram à visão atravessar os materiais e visualizar o interior do corpo. “O ideal de um corpo transparente tem aí uma primeira pedra fundamental” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p.42).

Desde as ilustrações pedagógicas dos anatomistas até aquelas imagens produzidas pelos complexos equipamentos hospitalares atuais, permanece um mesmo foco imaginário na transparência do corpo humano. Numerosas visibilidades o desvelam numa escalada do desejo de saber da medicina, sustentado pelo desejo de ver. A cada nova tecnologia, mais profundamente o corpo é escrutinado e de maneira mais objetiva. Se a ilustração artística era necessária às práticas

anatomistas, “a possibilidade de reprodução fotográfica fecha a eclusa por onde passava esse acréscimo de sentido” (BRETON, 2011, p.320).

Gradualmente a figura purifica-se, sempre mais restaurada ao concreto e sempre mais penetrante na apreensão do corpo. Passa-se da evocação à demonstração, do alusivo ao imperativo, por meio da preocupação com um controle rigoroso da transposição do objeto ao qual não se deve acrescentar nenhum suplemento de sentido estanho à sua natureza intrínseca (BRETON, 2011, p.326).

Se, como bem lembra Breton (2011), as imagens médicas condicionam as ações de especialistas e pesquisadores, podemos perceber o quanto elas também se colocam como prévias à ação dos indivíduos. Essas imagens técnicas do corpo e em parte de si mesmo, subsidiam o sonho de cada um tornar-se médico de si mesmo. “Sonho encorajado pela ideia de uma transparência do corpo, um corpo totalmente exposto, explorado em suas profundezas e, afinal, diretamente acessível ao próprio sujeito” (MOULIN, 2008, p. 15-16).

As imagens aparentemente transparentes inquietam, ao mesmo tempo, médicos e público, e alimentam a exigência de que o indivíduo participe cada vez mais das decisões que dizem respeito ao próprio corpo. Trata-se de um duplo ideal: transparência do corpo a si mesmo e transparência nas decisões de sociedade.

A iconografia nova, dado o prestígio da ciência e da própria força da imagem, habita então daqui para frente o inconsciente coletivo e participa de uma nova cultura de desvelamento e de inquisição dos corpos. Remodela tanto mais as percepções e as vivências quanto parece até mais verdadeira que a natureza (MOULIN, 2008, p. 76).

No momento em que o próprio corpo entra na era de sua reprodutibilidade técnica, um mundo horizontalizado não tolera mais a distância nem o segredo, e impõe uma transparência, uma visibilidade que nada deve poupar (BRETON, 2011, p.313). Neste sentido não é de se estranhar a disponibilização de imagens biomédicas nas narrativas em rede. Os exames pré-operatórios e pós-operatórios constantemente disponíveis em vídeos, assim como as imagens de ultrassonografias, estão disponíveis em canais de veiculação na rede.

Tal midiatização corrobora o argumento defendido por Braga (2007) de que vivemos, desde o século XX uma transição da cultura da escrita – enquanto processo interacional de referência – para uma crescente midiatização de base tecnológica, mesmo que esse processo deva ser percebido como inacabado e não completamente estabelecido.

Com as possibilidades da imagem e do som, a exposição de situações estimuladoras de experiência vicária se amplia, enquanto objetivações postas a circular na interação

social. Assim, quando antes se construía a realidade através de interações sociais baseadas essencialmente na expressão verbal, é possível hoje objetivar e fazer circular imagens (referenciais ou imaginárias), sons e, particularmente, 'experiência' (BRAGA, 2004, p.150).

A mediação pelas imagens de corpos presentes cada vez mais nas tecnologias midiáticas e biomédicas altera as relações dos sujeitos consigo mesmos a ponto de, conforme alertam Ortega e Zorzaneli (2010), definirmos aspectos chave da nossa subjetividade em termos biomédicos. As imagens biomédicas tornaram-se mediadores entre nós e nossos corpos. “Temos decodificado nossos medos e aspirações a partir de um vocabulário médico e temos estabelecido relações com o corpo que incluem práticas cujo objetivo é reformá-lo e aperfeiçoá-lo, pela utilização de manancial (psico)farmacológico e mecânico” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p. 64).

As tecnologias da comunicação, assim como as tecnologias biomédicas, se fazem pertinentes para a constituição das subjetividades biomédicas. Assim, a descrição das condutas disponibilizadas, liberadas ou redimensionadas com as novas tecnologias da comunicação, necessita articular esse fenômeno da proliferação de micro-histórias às estratégias biopolíticas disponíveis e liberadas com as novas tecnologias biomédicas, especialmente aquelas centradas na visualização do corpo. Antes da proliferação de imagens corporais nos meios de comunicação de massa ou nos diários íntimos, o corpo já iniciara sua midiatização no campo médico desde o século XV.

Se as subjetividades estão sendo vetorizadas como autônomas, descritas por meio de um vocabulário biomédico, devemos evitar, contudo, determinismos de toda ordem. Trata-se, na verdade, de uma rede de imbricamentos sem sobredeterminações, em múltiplas mediações. Advertidos de antemão da existência recíproca entre modos de exercício do poder e resistências multiformes, propomos realizar uma descrição geral dos modos de exercício do poder sobre o corpo e sua condução, tendo em vista as formas de mediação engendradas pelos dispositivos comunicacionais.

Nosso percurso em torno dos modos singulares de exercício do poder – biopoder e biopolítica – das sociedades disciplinares e de controle indicam três eixos de transformação mais evidentes: a) predomínio do conceito de risco sobre a noção de norma; b) emergência de um discurso da autonomia, e c) constituição de

subjetividades baseadas na visualização e exposição de si, conectadas em rede. Em outras palavras, entre uma formação e outra, identificamos a emergência do risco como operador do discurso da autonomia para fomento de subjetividades biomédicas reticulares.

No próximo capítulo, interessa-nos descrever o conjunto de dispositivos biopolíticos, enquanto efeitos e instrumentos, em suas implicações mais enfáticas para os processos e modos de subjetivação, observando os diários divulgados em *blogs*.

3 DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS E REDES DE ASSISTÊNCIA

O *blog Cirurgia bariátrica: pré e pós* é o ponto de partida para a abordagem das narrativas centradas na experiência da cirurgia bariátrica materializadas em *blogs* e disponíveis na internet para acesso de quaisquer usuários. Recontamos a história da autora, destacando, a partir de sua narrativa, os elementos compartilhados com suas leitoras-autoras. Identificamos as etapas clínicas e cirúrgicas, tendo em vista suas postagens que se estenderam durante um ano de tratamento. A leitura das postagens partiu das mais antigas e para as mais atuais na observação desta primeira estória⁶¹.

Em seguida, descrevemos os *blogs* que compõem o grupo de pacientes narradoras da experiência cirúrgica que iremos observar. Acessamos as postagens e interações entre as autoras e suas autoras-leitores ao longo de um ano de tratamento. Não abordamos cada *blog* de maneira individual, mas identificamos as temáticas transversais ao grupo que teriam mais evidência em um ou outro. A exposição das histórias de vida de cada uma visa garantir a percepção de discursos outros, além daqueles mais evidentes na composição da rede discursiva em torno da gastroplastia.

Tendo em vista algumas regularidades identificadas na etapa preliminar, descrevermos, por fim, *núcleos discursivos* que incidem sobre as práticas de saúde das mulheres. As narrativas dessa rede de *blogs* nos auxiliam na composição dos núcleos discursivos que caracterizam os *blogs* terapêuticos: sentidos da obesidade e da gastroplastia, a escrita e exposição de si e biossociabilidades em rede.

3.1 Cirurgia Bariátrica: pré e pós

A autora de *Cirurgia Bariátrica Pré e Pós*⁶² decidiu recorrer à cirurgia em 2009, após tentativas anteriores de emagrecimento. Simultaneamente, inaugurou o *blog*. Entre a decisão da operação e sua realização, transcorreram-se aproximadamente quatro meses. O interesse surgiu após outro tipo de procedimento

⁶¹ “Para entender a minha história, comece do primeiro post” é uma recomendação de muitas autoras. Neste caso, consideramos que a escrita e postagens se deram concomitante aos acontecimentos narrados. Trata-se da leitura prevista para os *blogs*.

⁶² <http://fabiolaneves.blogspot.com.br/>.

bem-sucedido em um familiar. Inicialmente, Fabíola investigou a possibilidade de implantar um balão por endoscopia⁶³.

Ele [o médico] me pesou, me mediu, fez os cálculos e disse que a colocação do balão não resolveria meu problema já que com a perda de 15 quilos que o balão iria me proporcionar, eu chegaria aos 85 quilos e que esse com certeza não era o peso que eu almejava, mas me deu outra solução: a colocação da Banda Gástrica. Ele me explicou o procedimento e me passou um monte de exames para fazer e disse que eu precisaria obter o laudo de cinco especialistas. Não indicou quem poderia ser e disse que assim que tivesse tudo pronto que era só ligar pra ele que então ele iria marcar a data da cirurgia⁶⁴.

Receosa com a agilidade, a autora preferiu consultar outro profissional. É preciso admitir que os familiares como pais, mães e irmãos contribuem para as decisões. Suas opiniões são de extrema relevância para as ações das mulheres e não raro interferem nas escolhas das pacientes. Pode ser um aconselhamento acerca de um profissional ou questões mais complexas e íntimas. Mas, quando presentes, os parceiros afetivos, legalmente instituídos ou não, têm papel preponderante. “Meu marido, como sempre muito sensato, achou muito estranho essa rapidez que o médico disse que faria a operação”⁶⁵.

Ao procurar outro profissional, Fabíola Neves recorreu ao plano de saúde que indicou um médico credenciado. A clínica sugerida oferece regularmente palestras com uma equipe multidisciplinar para pessoas interessadas em realizar a cirurgia bariátrica, da qual a autora participou antes da primeira consulta. “Naquele momento, percebi que havia ali uma equipe integrada, que os profissionais estavam empenhados e que eu não ficaria desamparada clinicamente.”⁶⁶ Anos mais tarde, a autora, juntamente com outras mulheres, foi responsável por dar seu próprio testemunho em um evento semelhante àquele primeiro do qual participou, ávida por informações. As fotografias registam o evento na companhia dos profissionais de saúde e de outras bariátricas. Elas sugerem uma circularidade da experiência – ouvir, sobreviver e narrar –, além de servirem como estratégia de marketing na apresentação das novas terapias.

Os testemunhos também aproximam o discurso especialista ao âmbito do cotidiano e constituem uma mediação entre esse procedimento complexo cercado

⁶³ De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, trata-se de uma terapia auxiliar não cirúrgica, realizada por endoscopia para o implante de balão de silicone preenchido com 500 ml do líquido, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses.,

⁶⁴ http://fabiolaneves.blogspot.com.br/2009_03_01_archive.html

⁶⁵ http://fabiolaneves.blogspot.com.br/2009_03_01_archive.html

⁶⁶ http://fabiolaneves.blogspot.com.br/2009_04_01_archive.html

de tecnologias avançadas e profissionais de diversos campos de conhecimento, especialmente do biomédico, e o público leigo. Os grupos de apoio, mais do que uma prática de pura transmissão de informação aos interessados em realizar a cirurgia bariátrica, são responsáveis também pela socialização dos envolvidos.

Inúmeros laudos sobre o corpo são solicitados pelo médico no primeiro encontro. Os exames utilizados pelos especialistas servem para observar o corpo e auscultar seu interior. A quantidade de pedidos impõe uma longa jornada entre os laboratórios e profissionais da saúde. Entre a primeira consulta e o retorno ao médico para apresentação de todos os resultados, transcorrem-se quase três meses para agendar exames, realizá-los, apresentá-los para emissão de laudos, autorizando parcialmente a realização do procedimento cirúrgico. Em alguns casos, o resultado de um exame impõe a realização de outro, visando obter mais “certeza” das condições de saúde da paciente.

Os exames laboratoriais apresentam uma força de evidência incontornável. Eles encaminham autorizações ou as contra indicam. Toda a parafernália de exames é posta em funcionamento a fim de averiguar o risco cirúrgico da intervenção bariátrica. Os cálculos de risco cirúrgico para eliminar outro risco maior— a obesidade—, funcionam, assim, como camadas de cálculos que se sobrepõem na avaliação do corpo, ao mesmo tempo em que o produzem.

Tamanho o escrutínio, que outras patologias podem ser descobertas: hipertensão, esteatose hepática e resistência insulínica. “É... me viraram do avesso e acabaram descobrindo algo”⁶⁷. Realmente, a saúde deixou de ser sinônimo do silêncio dos órgãos, pois afinal os dispositivos médicos estão aí para constantemente fazê-los falar, arrancar deles alguma informação e definir, em seguida, um procedimento para a cura ou prevenção. Ou seja, cuidados infinitos diante de avaliações intermináveis. O corpo *são* está muito próximo, sempre na iminência do corpo doente. Os exames que avaliam o risco cirúrgico e podem facilitar ou mesmo dificultar a realização do procedimento – seja pelo SUS, seja pelos planos de saúde – tornam a obesidade uma doença “atual”, ou seja, uma rede virtual de doenças e riscos possíveis. Mesmo sendo um tratamento extremamente especializado, a cirurgia bariátrica conecta-se a vários outros.

⁶⁷ <http://fabiolaneves.blogspot.com.br/2009/05/retorno-endocrinologista.html>

Um corpo virtualmente patológico emerge, obrigando-nos, individualmente ou coletivamente, senão a eliminar os riscos, ou ao menos reduzi-los, em todos os âmbitos, para dominar sua virtualidade mediante autocontrole das condutas.

Na apresentação dos exames, o médico projeta um roteiro até a realização da cirurgia: emagrecimento prévio, reforço vitamínico, atividades físicas. Todo o esforço tem um combate em vista, bem como um inimigo público: a obesidade. Para definir, caracterizar e identificar sua própria obesidade, a autora recorre ao discurso médico a que teve acesso no consultório. “[O médico] disse que obesidade é uma doença maldita. Que só consome a cada dia e quem sofre são os órgãos internos e nós só sentimos quando já quase não há o que fazer. (...). Saí de lá me achando um lixo, não pelo Dr. Sérgio, mas porque eu realmente achava que não estava tão ruim de saúde. Porém saí de lá com a certeza de que mais do que nunca eu preciso dessa cirurgia⁶⁸”.

É um conjunto de mediações em torno do corpo que permitem o seu reconhecimento como condição deficiente, inclusive para o paciente. Após as inúmeras objetivações proporcionadas pelos exames laboratoriais, pelos laudos de risco cirúrgico e pelo diagnóstico final do médico consultado, a autora pode se identificar com a figura de um corpo doente, um corpo que padece de uma “doença maldita”. E, para sua terapêutica, é preciso também narrar a própria história.

Ao longo do emagrecimento prévio à cirurgia, cada mudança de comportamento, cada nova sensação ou alteração de desejo foram acompanhadas de um registro no *blog*. Essa era a proposta explícita da autora. Para tanto, ela se vale de dispositivos técnicos, aplicativos, notas, gráficos, textos, *links* para gerir todas essas transformações, mensurar e regular o trabalho, os esforços e o investimento nos cuidados corporais para mantê-lo cada vez mais em forma e alcançar a meta do rápido emagrecimento.

Esses artefatos sintomatizam a fixação nos números, característica da ciência moderna ainda persistente. Como lembra Vigarello (2013), o registro numérico do peso é uma invenção determinante para a história da obesidade. E também é para a experiência cotidiana das lutas pessoais contra o sobrepeso.

⁶⁸ <http://fabiolaneves.blogspot.com.br/2009/07/dia-da-consulta.html>



Figura 7 – Fabíola Neves e cirurgião

A autora registrou, periodicamente, cada alteração na balança, mencionando-as em postagens e inserindo os dados em aplicativos que permitem visualizar e também manejar e reconfigurar as tabelas. Os registros incluem fotos do corpo. No entanto, não se encontra, antes da cirurgia, uma única fotografia sua. Somente após o procedimento, quatro meses depois do início do blog, a autora publica uma imagem acompanhada do médico⁶⁹.

Nessas primeiras imagens da autora, podemos vê-la realizando os últimos exames no centro cirúrgico e, por vezes, ao lado dos profissionais da saúde. Antes e depois do procedimento, antes de “ser abduzida e voltar”⁷⁰.

Desde então, as fotografias do próprio corpo tornam-se comuns. O pós-operatório da autora segue como previsto nos casos recomendados. Após a cirurgia, os pacientes passam por semanas de alimentação líquida até que são reintroduzidos alimentos sólidos. As visitas ao cirurgião são periódicas e o acompanhamento da perda de peso é sistemático. As pacientes recebem alta do tratamento um ano após a realização do procedimento e seguem para as cirurgias reparadoras, por exemplo, para retirar o excesso de pele quando necessário.

As pacientes estão conscientes de que o tratamento cirúrgico é a solução final, mas não definitiva para a obesidade. O acompanhamento e vigilância são

⁶⁹ fabiolaneves.blogspot.com.br/2009/08/fui-abdusida-mas-voltei.html

⁷⁰ A proximidade com os profissionais de saúde não é exclusividade desta autora, mas muito comum às demais. A esse aspecto voltaremos nos itens seguintes.

constantes. Mesmo assim, algumas voltam a engordar ou desenvolvem outros distúrbios alimentares como bulimia e anorexia nervosa.

Desde a realização da cirurgia bariátrica e das intervenções reparadoras, Fabíola voltou a engordar. A partir de 2012, suas postagens colocam em xeque a eficácia do tratamento e convoca sua própria responsabilidade no controle da doença. “E eis que estou aqui, após dois anos e 10 meses com os mesmos problemas de quando eu iniciei o processo de obesidade. (...). A gente tem que parar de culpar algo ou alguma coisa dos nossos fracassos⁷¹”. Em outubro de 2013:

Começo contando que engordei 13 quilos. É isso mesmo, minha gente! 13 grandes quilos. Hoje estou com 73 quilos muito bem distribuídos, mas que me fizeram sentir fracassada. Sempre soube que não há cura pra obesidade. A cirurgia é apenas um caminho mais rápido para termos saúde, mas sem a minha determinação, de nada adiantaria. A fórmula do sucesso é conhecida: alimentação saudável + atividade física. Não adianta querer burlar isso. (...) Um dia, fui numa reunião do Dr. Sérgio e ao final, ele e a Dra. Mariana me ofereceram ir às consultas sem pagar mais nada. Isso em agradecimento por muitas pessoas que acessam meu blog, leem a minha história e os procuram determinados a mudar as suas histórias também⁷².

Em certa medida, a história de Fabíola Neves é similar às narrativas apresentadas por outras autoras de *blogs* dedicados ao tema. Pontualmente, a reconstrução desse percurso nos ajuda a entender e expor o passo a passo que envolve a cirurgia bariátrica para a maioria das pacientes: diagnóstico da obesidade, terapias prévias, recomendação de cirurgia bariátrica, avaliações de risco cirúrgico, laudos médicos e psicológicos, intervenção cirúrgica, recuperação, emagrecimento, cirurgias reparadoras e esforços para manutenção do peso. Essas etapas são comuns às demais pacientes e apresentam pouca variação. Impossível uma estória terminar antes de 12 meses, mesmo que o desfecho possa encaminhar-se para o emagrecimento definitivo ou não.

Visualmente, os *blogs* também guardam proximidade com a produção de Fabíola Neves. Este traz em sua abertura imagem composta por uma fotografia sua e outros elementos verbo-visuais, como a imagem de uma borboleta. Mais que um acessório, a borboleta oferece enquadre para os sentidos a serem produzidos pela autora ao longo do *blog*: “um dia a linda borboleta saiu do casulo. Bela e deslumbrante. E a felicidade explodiu em cores e sentimentos”. Ao rolar a barra da página, o primeiro elemento gráfico visível é o aplicativo *Meu Progresso* que registra,

⁷¹ fabiolaneves.blogspot.com.br/2012/05/culpa-de-quem-verdade-dos-fatos.html

⁷² fabiolaneves.blogspot.com.br/2013/10/recomeco.html

graficamente, a evolução do peso da autora e logo abaixo, as postagens mais recentes. De uma maneira geral, as postagens trazem fotografias pessoais, imagens e ilustrações coletadas na internet e relacionadas ao tema tratado nos *posts*.

Apesar de os elementos verbo-visuais variarem, as semelhanças são mantidas pelos *templates* disponíveis na plataforma *Blogger*. Assim, podemos considerar que elementos estruturais relativos ao *blog* da autora também guardem afinidades com as produções de outras autoras.

Essas comparações referem-se aos *blogs* que a autora lê e recomenda: aqueles que visita periodicamente, com os quais interage, indicando a leitura aos seus visitantes. Entre eles, destacamos um grupo de pacientes observado sistematicamente. Consideramos esse conjunto nucleador de uma rede de assistência e biossocialidade que se delinea na internet.

3.1.1 Corpus

Fabíola Neves lê e acompanha 75 outras mulheres. As atualizações dessas narrativas estão assinaladas na barra fixa na lateral. Todos os *blogs* acompanhados são escritos por mulheres. A origem geográfica das autoras é diversa, incluindo outros países como Portugal. Do Brasil, a única região não representada é a região Norte. Há forte presença de autoras do Distrito Federal, cidade onde Fabíola Neves reside. Do número total de *links* (75), oito não estão acessíveis porque o *blog* foi retirado do ar ou é necessário cadastro/autorização para acessá-lo.

Tomando os *blogs* acessíveis (66), 30 deles relatam a experiência de antes e depois do procedimento cirúrgico, desde as primeiras consultas até os cuidados pós-operatórios. Certamente, os *blogs* que trazem informações e relatos sobre formas e estratégias outras de controle da obesidade teriam semelhanças e diferenças. No entanto, tendo em vista nossos propósitos para esta pesquisa, concentramos os esforços naquele grupo de *blogs* em que se pode identificar claramente uma história de vida na qual a experiência da cirurgia predomina explicitamente, mesmo que as autoras tenham iniciado com objetivo de emagrecimento sem previsão de que a cirurgia seria realizada futuramente.

Entre aqueles *blogs* apontados por Fabíola Neves como lidos e recomendados (75), cujo tema predominante é a cirurgia bariátrica (30) e com

atualização entre janeiro e agosto de 2012(11)⁷³, atentamo-nos para a apresentação e o perfil dos autores, temáticas abordadas, textos e imagens das postagens e grupo de *blogs* lidos e recomendados; *links* disponibilizados nas postagens, bem como comentários, da mesma forma que procedemos como no caso Fabíola Neves.

Considerando os recortes acima, poderíamos esperar um conjunto homogêneo em diversos aspectos. A predominância do tema cirurgia bariátrica imposta aos *blogs* recomendados garante consideráveis características comuns. No entanto, as experiências são diversas e abrigam singularidades. Por isso, iniciamos a apresentação dos *blogs* observados, apontando semelhanças e diferenças entre os integrantes desse conjunto.

A autora de *Patika renovando*⁷⁴ criou o *blog* para buscar informações sobre a cirurgia bariátrica. “Se você também tem alguma dúvida, fale comigo, ajudarei no que puder e não esqueça: Confiança Sempre!!!”. As postagens também são seguidas de mensagens de apoio, perguntas, elogios etc. Os comentários avaliam as imagens, agradecem a atenção e selam amizades. A manutenção do vínculo entre autoras é requerida constantemente pelos dispositivos de interação dos *blogs*. Eles consolidam os vínculos ininterruptamente por meio da ação dos sujeitos na rede dos *blogs*.

Da mesma forma que outras autoras, o *blog Priscila Bittancourt*⁷⁵ tomou a metáfora da borboleta – seu ciclo entre lagarta, metamorfose e renascimento – como estruturante da própria narrativa. Sempre presentes, as imagens, os objetos, os termos e as referências à borboleta estão por todos os lugares, variando a ênfase em cada *blog*. No caso de Priscila Bittancourt, os familiares reconhecem a força desse modelo de identificação e oferecem presentes que remetem à transmutação. Outras autoras também são convocadas à identificação com uma fórmula predefinida.

*Superação para uma vida melhor*⁷⁶ começou em 2010 e mantém-se totalmente vinculado ao tema cirurgia bariátrica e ao percurso do tratamento. Há pouco espaço para outras temáticas ou assuntos. A vinculação estreita é perceptível na descrição de seus interesses no perfil – “informações sobre a vida antes e depois de operar” e na rede de *blogs* acompanhados (86) que se

⁷³ Este recorte para os *blogs* atualizados neste período considerou a necessidade de reduzir do volume de material para acompanhamento sistemático.

⁷⁴ patikarenovando.blogspot.com.br/

⁷⁵ priscilabittancourt.blogspot.com.br/

⁷⁶ christianesiqueira.blogspot.com.br/

circunscribe em sua imensa maioria em torno do tema, mas especialmente nos temas abordados em suas postagens.

Os assuntos relacionados à cirurgia bariátrica prevalecem para escolhas dos elementos que compõem as narrativas. Os registros periódicos da perda de peso, as avaliações médicas e os complementos alimentares predominam nas postagens, restando pouco espaço para a convocação de outros âmbitos de interesse. No entanto, à medida que avança a terapia, outros assuntos passam a integrar as narrativas, deslocando seus objetivos iniciais.

*Cintia – a felicidade é o caminho*⁷⁷ é escrito por uma paulistana. Em seu perfil, estão descritos dados sobre preferências de música, livros e filmes. Apesar de acompanhar *blogs* de outras temáticas, ela adverte que tem interesse em se relacionar com outras pessoas que tenham o mesmo intuito - “trocar ideias sobre cirurgia bariátrica”. No entanto, os preparativos para o casamento e a cerimônia colonizaram tematicamente o *blog* um ano após a realização da cirurgia.

A autora de *Metamorfose quase completa*⁷⁸ decidiu escrever o *blog* porque dizia estar cansada de situações as mais variadas, desde comer em público até usar roupas contrárias ao próprio gosto⁷⁹. Ao tratar do tema da cirurgia bariátrica, a autora nos revela a importância das intervenções estéticas e reparadoras para as pacientes. Expõe, nesse caso, imagens dos resultados. Ao publicar uma foto da plástica realizada nos seios em um grupo no Facebook, os comentários sugerem a observação da exposição de si em constante avaliação pela audiência.

Entrei num grupo de prótese de silicone e plásticas do facebook para ter mais informações e ajuda e parece que foi pior (...). Agora uma guria acabou de postar na minha foto que meus peitos estão caídos e que não parece que coloquei silicone. Nossa mas me bateu uma angústia e tristeza.... um aperto no meu peito , porque quem acompanhou por cima minhas cirurgias, sabem o q eu sofri e agora mais essa? Eu fico espantada com relatos nestes grupos de como sai tudo muito bem como se fosse um conto de fadas para a maioria.

*Quero ser magra*⁸⁰ obteve o maior número de postagens em 2009, ano de realização da cirurgia pela autora. Nos anos seguintes, as postagens foram diminuindo gradualmente. Nos comentários, outras internautas pedem a manutenção das postagens, mas a autora lamenta a falta de tempo(principal

⁷⁷ cntiaflor.blogspot.com.br/

⁷⁸ metamorfose85.blogspot.com.br/

⁷⁹ metamorfose85.blogspot.com.br/

⁸⁰ querosermagra-cwh.blogspot.com.br/

alegação de muitas das blogueiras), o que a faz estar ausente do próprio *blog* e das visitas às amigas. Também há casos de mudanças de interesse, como a seguir.

As postagens atingem seu ápice de periodicidade e número logo após a realização da cirurgia. Enquanto se recuperam, as autoras estão mais disponíveis ao *blog* e interessadas em otimizar, publicando constantemente os resultados e os efeitos do procedimento com informações e confissões. As postagens tendem a desaparecer um ano depois, após a consulta final com o cirurgião ou realização das cirurgias reparadoras.

*Algo novo no mundo da Carol*⁸¹ foi mantido por uma catarinense a partir de 2009 e encerrado em 2012. A autora é “filha, irmã, atriz, esposa, contadora de histórias, professora, mãe... Exatamente nesta ordem!”. Outras informações oferecidas por ela, ao longo das postagens, revelam suas preferências por filmes autorais, determinadas cores e estilos “meigos” e aptidões ligadas ao teatro, como a costura. A autora é formada em Artes Cênicas com Mestrado em Educação. Além de teatro e leituras infantis, também ministra aulas na graduação e pós-graduação e mantém-se vinculada a grupos de pesquisa.

A diversidade de atividades também se manifesta nos três *blogs* que escreve. Além daquele dedicado à realização da cirurgia bariátrica, um *blog* se dedica às artes e outro ao acompanhamento do crescimento dos filhos. O *blog* sobre cirurgia bariátrica foi extinto em 2012 pela prioridade àquele dedicado aos filhos.

*Emagrecendo para a Felicidade*⁸² apresenta a experiência de uma jovem, solteira e sem filhos com vida social mais frequente que as demais. A autora trabalha na área de comunicação, produzindo um *blog* organizado visualmente com abas que dispõem informações sobre peso, fotografias de registro, exames médicos e custos da cirurgia. Seu relato narra o próprio “trajeto em busca de saúde, bem-estar e beleza”⁸³.

Outro traço distintivo da autora em relação às demais é sua relação com a música. Em vários momentos, isso será destaque entre suas postagens. “Eu amo dançar, acho das coisas mais felizes quando vou a um show empolgante... (...) Me acabei de tanto dançar, fiquei sem os pés kkkkk Fora o tanto de calorias que a gente perde, foram 3h pulando que nem pipoca =)”⁸⁴.. Os amigos são recebidos em casa,

⁸¹ algodenovonomundodacarol.blogspot.com/

⁸² emagrecendoparaafelicidade.blogspot.com.br/

⁸³ www.blogger.com/profile/12595112012252246888

⁸⁴ emagrecendoparaafelicidade.blogspot.com.br/2012/01/showzaco.html

se encontram em lugares públicos, *happy hour* etc. “Adoro final do ano!!! Festas, festas e festas!”

*Muito Além de um sonho*⁸⁵ é escrito por uma brasileira. A autora – “advogada por formação, fotógrafa por opção, *scraper*⁸⁶ por paixão” – é adepta da escrita virtual por meio de *fotologs*, *blogs*, *twitter*, *Facebook* e *Instagram* há anos. Sua experiência nas redes sociais e atuação como *scraper* resultam em um *blog* com preocupações estéticas e se manifesta nos temas dos sete *blogs* dos quais participa como autora. Entre estes, dois são de sua autoria exclusiva e um apenas dedicado à cirurgia bariátrica. Os outros cinco são coletivos, com oferta de cursos a distância, nos quais é professora, e eventos organizados coletivamente. Entre o total de *blogs* que lê e recomenda (15), a maioria trata de temas outros que não a cirurgia.

Em meio a tantas manifestações do discurso biomédico e técnico-científico, *O desabrochar de uma rosa*⁸⁷ coloca em concorrência outros discursos. A religiosidade, sempre difusa nos demais *blogs*–“graças a Deus deu tudo certo, Deus proteja em sua cirurgia, Deus guie o médico, Deus sabe o que faz”, encontra-se nesse *blog* forte presença. A religião e a fé parecem imbricar-se aos discursos e cuidados com o próprio corpo. O assunto é recorrente para essa autora, evidente tanto em suas postagens quanto nos *links* e comentários que distribui, aquilo que muitas vezes permanece implícito nas postagens de outras autoras.

Da mesma forma, *Metamorfoze pré e pós gastroplastia: ao alcance das mãos de Deus*⁸⁸ também apresenta forte adesão ao discurso religioso. A autora evangélica indica como profissão “serva do Senhor, esposa e mãe”. Os filmes e livros com temática religiosa estão entre os preferidos. No entanto, ao mesmo tempo, a autora possui outros *blogs* sobre atividades profissionais ligadas ao artesanato que indicam outros interesses.

De uma maneira geral, muitos *blogs* começam e se interrompem por motivos variados: os interesses se alteram, o acesso à plataforma fica mais difícil no novo emprego, a autora recebe alta do tratamento, outro *blog* concorrente é aberto, etc. Enquanto têm vida, os *blogs* compartilham uma narrativa centrada na busca de um

⁸⁵ muitoalemdeumsonho.blogspot.com.br/

⁸⁶ *Scrap* é uma palavra da língua inglesa que pode ser traduzida por “fragmento”, “pequeno pedaço” ou “bocado”. *Scrapbook* é um livro com páginas onde podem ser anexados recortes de textos, imagens, fotos e outros itens relacionados a momentos importantes para recordação futura. Trata-se de um álbum de memórias artesanal e individual via colagens e outras técnicas manuais. Também é possível elaborar um *scrapbook* digital através de programas de edição de imagens e outros próprios para o efeito.

⁸⁷ odesabrochardeumarosa.blogspot.com.br/

⁸⁸ metamorfozedekarine.blogspot.com.br/

corpo saudável com registros periódicos e públicos das conquistas paulatinas de controle da obesidade. As temáticas variam à medida que se avança nas etapas do tratamento, com a inclusão de novos assuntos e o abandono de outros.

Considerando a exposição das apresentações que as mulheres realizam de si mesmas, podemos dizer que a rede constituída por essas blogueiras não é homogênea quanto a seus integrantes. Porém, se ao descrevermos um perfil das autoras e de seus *blogs* apontamos características singulares, também identificamos temáticas transversais ao grupo, ciclos de escrita e tecnologias de exame e de si. Pois, ao mesmo tempo em que identificamos um discurso fortemente marcado pelas estratégias biopolíticas de gestão da vida, paralelamente nos atentamos para possíveis rastros de resistência e linhas de fuga ao biopoder. As controvérsias entre os sentidos e as experiências estão descritas a seguir.

3.2 Sentidos vividos, experiências narradas e produção de si

Em certa medida, a obesidade é considerada pelo discurso biomédico como uma doença, sendo assumida como tal pelas autoras-leitoras. Já a cirurgia seria uma possibilidade terapêutica recomendada como forma última de emagrecimento, quase uma “solução final”. Os sentidos atribuídos pelas autoras à própria condição corporal, ao procedimento médico e ao percurso individual, à primeira vista, indicariam adesão completa ao ideal biomédico. No entanto, à medida que avançamos na observação e nas descrições, podemos perceber nuances e descompassos.

Os *blogs* ainda servem para a “escrita” e para a exposição de si nesse jogo de sentidos por meio de registros do corpo e do peso, dos infográficos evolutivos, dos comentários às consultas médicas, das citações de conversas e todo um conjunto heterogêneo de diagramas. Sua função terapêutica baseia-se no exame de si, na gestão dos riscos e no autocontrole.

3.2.1 Sentidos da obesidade e da gastroplastia

Em meio a tantos imperativos sociais, históricos, estéticos e sanitários para o cuidado com o corpo, é de se esperar que condutas responsivas atravessem todo o corpo social e se manifestem de maneira difusa. Esses modos de conduzir-se visam adequar o corpo aos padrões médicos recomendados para a boa saúde, a qualidade de vida, a longevidade e outros adjetivos para a existência. No entanto, não podemos supor homogeneidade, mas descontinuidades, rupturas, desvios quando consideramos práticas particulares dos cuidados sanitários. Em especial, as motivações e as práticas de cuidado, ou mesmo os enunciados que justificam as práticas de autocuidado, ganham contornos diferenciados de acordo com a rede de sociabilidade constituída pelos indivíduos praticantes que vivenciam essas terapias.

Para Amaral *et al.* (2009) se considerarmos os *blogs* como artefatos culturais, eles podem revelar ainda as significações para o próprio uso dessa ferramenta no ciberespaço. Mas certamente, essas motivações também estão ligadas aos sentidos históricos da obesidade, do corpo esbelto, da saúde e do bem-estar compartilhados pelas mulheres que integram a rede de blogueiras bariátricas. Se os sentidos da obesidade parecem convergir para uma doença perigosa e silenciosa, mas também inconveniente socialmente, cuja cura acarreta ganhos sanitários, estéticos e sociais, cabe-nos investigar quais os discursos e sentidos específicos da terapia constituída pela cirurgia bariátrica.

Assim, propomos cartografar os sentidos que tais discursos atribuem à obesidade, à cirurgia e à própria experiência de narrar, lembrando que nem sempre esses sentidos são consensuais, mostrando-se em alguns casos contraditórios e controversos, pois a decisão de recorrer a um médico cirurgião para realizar procedimento tão invasivo nem sempre é pacífica. Na maioria dos casos, outras tentativas anteriores de emagrecimento transformaram-se em frustração. Neste contexto, as justificativas para submeter-se à cirurgia manifestam-se difusamente, mas de maneira perene nas apresentações que as autoras/leitoras oferecem de si mesmas.

Na abertura dos *blogs*, breves narrativas destacam as situações constrangedoras, as críticas, o olhar de terceiros, as dificuldades físicas, na apresentação que as autoras fazem de si mesmas: “cansei..... de ouvir ‘VOCÊ TEM UM ROSTO TÃO LINDO’;... de ser ponto de referência;... de usar somente roupa preta;... de ter vergonha de almoçar com outras pessoas;... de assaltar a geladeira à noite;... de fugir de passeios e de pessoas;... de usar as roupas que servissem e não

o que eu gostava; Cansei e agora quero a gastroplastia para a minha vida [grifos da autora]”⁸⁹.

Nas apresentações, também está presente a responsabilização para a situação vivida e esta aponta uma direção das condutas, um sentido da obesidade, que é de necessária superação. A decisão de realizar a cirurgia pode transformar o procedimento em objetivo de vida, de lutas e de conquistas diante da possibilidade de se ver renascida noutra condição corporal que não aquela anterior, com seus inconvenientes próprios e excessivos.

Neste sentido, a autodescrição muitas vezes ressalta qualidades como lutadora, persistente, batalhadora, combatente. Entre as qualidades atribuídas a si mesmas, “guerreira” aparece quase como uma constante. A gastroplastia torna-se uma luta para conseguir a autorização médica, para preparar e sobreviver aos procedimentos, para adaptar-se às restrições alimentares e à rotina posterior de atividades físicas. “Combate” é um sentido a ser considerado nas motivações e metáforas ligadas à cirurgia: objeto pelo que se luta e com o qual o corpo e o sujeito beligeram para se enquadrarem ao novo diagrama corporal.

Além dos constrangimentos por possuir um corpo fora dos padrões, na maioria dos casos, a decisão de realizar a cirurgia é justificada, explicitamente, pelas condições de saúde, mais do que as estéticas. Pelo menos, superficialmente. O sentido sanitário é único nos regulamentos e protocolos médicos, mas não se confirma exclusivo quando observamos as narrativas com mais atenção. Os sentidos hibridizam-se e não é possível distinguir claramente onde uns e outros se separam. No entanto, certamente ganham destaque e visibilidade os apelos sanitários: politicamente sanitários ou sanitariamente políticos.

Assim, ainda prevalecendo a justificativa sanitária para realização do procedimento, as noções de qualidade de vida e bem-estar estão presentes e associam-se a outras: “Este é um diário do meu trajeto em busca de saúde, bem-estar e beleza”, apresenta-se e define-se o *blog Emagrecendo para a Felicidade*⁹⁰.

Nesse entrecruzamento de sentidos estão as terapias cirúrgicas. Diante das tentativas frustradas, uma “nova” terapia pode significar esperança de “salvar” o corpo e redimi-lo das enfermidades virtuais. Se não se trata de uma “descoberta”

⁸⁹ metamorfose85.blogspot.com.br/

⁹⁰ christianesiqueira.blogspot.com.br

nova, pelo menos uma ressignificação social e individual da cirurgia bariátrica é necessária para a sua crescente aceitação pelas pacientes.

Inicialmente, Christiane Siqueira⁹¹ acompanhou o processo realizado por uma amiga e julgou radical a atitude. “Antes eu mesmo era contra esse tipo de cirurgia, sempre achava que era uma desculpa de GORDO”⁹² [grifos da autora]. A blogueira acreditou que com medicamentos e “fórmulas” seria possível emagrecer. “Quando percebi já estava com o colesterol mais alto do que já era há anos, pressão alta e 100 kg no meu corpo que era tão desejado [no passado] resolvi, parar de tomar fórmulas e emagrecer com saúde [através da cirurgia]”⁹³. A cirurgia passa a ser considerada pela autora, assim como por outras autoras, como uma forma de emagrecimento saudável. Apesar da radicalidade da intervenção, todas, de alguma forma, passam a reconhecer a gastroplastia como uma necessidade sanitariamente correta.

Christiane Siqueira leu informações sobre o procedimento cirúrgico em *blogs* de pessoas que já haviam realizado a cirurgia. “Cada dia fico mais motivada em fazer a cirurgia, pois estou lendo vários *blogs*, estou vendo várias borboletas voando... fico muito feliz por todas”⁹⁴. Após ler as histórias, a autora enfatiza que pretende, ela também, escrever e publicar sua estória para que sirva de exemplo para outras.

A cirurgia que motiva a busca por informações, ou até a manutenção de um *blog* narrando essa experiência para realizar o procedimento ainda detém sentidos contraditórios. A percepção da radicalidade do procedimento manifesta-se esporadicamente nos comentários, uma vez que nem todos os leitores são operados (ainda que estes sejam a maioria). Um comentário em especial permite identificar alguns dos sentidos controversos.

Acho uma cirurgia tão invasiva e arriscada! No dia que retirei minha vesícula, entrei no mesmo centro cirúrgico de onde tinha acabado de sair uma moça, também nova, que tinha passado pela bariátrica e foi direto para o CTI, e infelizmente não sobreviveu. Faleceu naquela mesma noite. Fiquei tão chocada com o caso, me lembro de todos dentro do centro cirúrgico comentando sobre o estado da menina, e um clima ruim. Que coisa triste! Depois de ter sérios problemas hormonais com um diu de hormônio e passar por 3 gestações seguidas - isso mesmo, tenho 3 filhos! - cheguei a pesar mais de 102kg (tenho 1,68m de altura), decidi mudar minha vida. Em 4 meses já emagreci 20kg, SEM CIRURGIA, SEM REMÉDIO, apenas com

⁹¹ christianesiqueira.blogspot.com.br

⁹² christianesiqueira.blogspot.com.br/2010/07/apartir-de-hoje.html

⁹³ christianesiqueira.blogspot.com.br/2010/07/apartir-de-hoje.html

⁹⁴ christianesiqueira.blogspot.com.br/2010/07/dificuldades.html

reeducação alimentar e muita malhação! Mudei minha alimentação e resolvi ter uma vida mais saudável, e estou muito feliz com os resultados! [grifos da autora]⁹⁵.

O mecanismo que sustenta as considerações da autora reside no modelo da combustão: mais gasto que ingestão de combustível. Essa fórmula, historicamente inscrita no social, também exige “força de vontade e determinação” para não ceder às “fórmulas mágicas”. Ao mesmo tempo em que a cirurgia aparece associada ao objetivo de vida para algumas, em outros casos também ganha o sentido de uma fórmula mágica, algo diferente do natural, invasiva e arriscada, como no comentário acima. Mesmo assim, tanto na realização da intervenção, quanto no “emagrecimento” natural, a responsabilidade pelo corpo presente e futuro é do indivíduo. Apesar da recomendação médica, a escolha pelo procedimento também é deslocada em seu sentido como autointervenção pós-análise de riscos individuais e sociais.

A radicalidade do procedimento é apontada inclusive por aqueles *blogs* que se iniciaram com a proposta de reeducação alimentar (RA)⁹⁶. A autora de *Estilo de Corpo que eu quero para mim* iniciou a escrita do *blog* para registrar sua perda de peso por meio de RA. Tal atitude se deu após ler uma matéria na revista *Boa Forma* (Abril), *Emagreci escrevendo um blog*⁹⁷. No primeiro *post* em agosto de 2009, a autora relata o início de uma dieta com acompanhamento e atividades físicas, incluindo medicamentos. “Comecei a ler todos os *blogs* citados na matéria e mais alguns, virou um vício e senti vontade de começar um também”. No entanto,

Oi amigas, sinto muita saudade de todas vocês, espero que continuem fazendo sucesso na R.A., quero que saibam que decidi procurar um cirurgião do aparelho digestivo, me dei conta que estou com mais de uma comorbidade e com IMC de 39, portanto a cirurgia bariátrica é indicada ao meu caso, no momento busco uma qualidade de vida, pois ultimamente tenho sofrido muito com todas as doenças que fui acometida, já estou com problemas de locomoção, meus joelhos e coluna apresentam deformidades.⁹⁸

Vencidos os medos iniciais e as angústias em torno da cirurgia, a simples decisão de realizar a cirurgia já parece dividir a história de cada uma entre antes e depois, de um passado constrangedor e um futuro de esperança. “Desde [que]

⁹⁵ cntiaflor.blogspot.com.br/2012/07/o-prometido-antes-e-depois.html

⁹⁶ As siglas ou reduções, cirurgia = ciru, é muito comum entre as autoras. Assim, os procedimentos médicos são ressignificados e apropriados pelas pacientes.

⁹⁷ boaforma.abril.com.br/comportamento/bem-estar/emagreci-escrevendo-blog-591690.shtml

⁹⁸ estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/2010/05/gastroplastia.html

decidi fazer a gastroplastia minha vida já está começando a ser diferente. E cada dia reconheço que o melhor para mim⁹⁹.

Se a melhora na disposição em busca da cirurgia é perceptível a cada dia, após a difícil decisão, essa conquista não se dá de forma passiva ou pacífica para aquelas que pretendem realizar a cirurgia. O caminho é reconhecidamente difícil.

Como dito anteriormente, as mulheres se reconhecem como guerreiras que lutam pela transformação do corpo e de si. A disputa é pelo autocontrole da trajetória de vida projetada. Desse modo, entre as qualidades atribuídas a si mesmas, o domínio de si vincula-se à responsabilização pelo próprio futuro, seja para conseguir a autorização dos planos de saúde, para realizá-la e adaptar-se às novas limitações, seja para controlar-se e atingir as metas sanitárias e estéticas a que se propõem após o procedimento.

Neste sentido, a cirurgia destaca o indivíduo empreendedor de conquistas como centro da trajetória e das motivações metafóricas ligadas à cirurgia. Essa luta só pode ser vencida pela mulher responsável pelas próprias decisões ao longo de sua história. A luta contra o corpo obeso para emagrecê-lo duplica-se nos preparativos de realização final do procedimento.

E DEPOIS DA GASTROPLASTIA?!

A realidade!

Nua e crua...

É aí que tudo começa!

É aí que você percebe que o deslumbre acabou! E que tudo vai de fato vir à tona: a verdade dos fatos!

Não estou falando da cirurgia em si.

Estou falando do DEPOIS da cirurgia, do DEPOIS do emagrecimento, do DEPOIS da adaptação.

Da meta atingida e que você vai ter que manter de qualquer jeito, da flacidez que você não terá como esconder e que vai te incomodar demais...

Das plásticas que terão necessariamente que vir (isso se você era mesmo um grande obeso mórbida, claro)!

E quando o emagrecimento acaba, é aí que o jogo começa!

No jogo só tem dois participantes: você e a reeducação alimentar que você aprendeu a fazer ao longo da sua adaptação pós-cirurgia!

Ah, você não aprendeu a fazer?!

Então você está morto!

Nadou e morreu na praia, meu amigo, sinto muito te dizer!

Pode se preparar para engordar bastante de novo então!

Pode se preparar para viver com a culpa ou tentando culpar a sua equipe pelo ERRO COMETIDO POR VOCÊ!

É muito fácil viver bradando aos 4 ventos que a sua cirurgia não deu certo e se fazer de vítima.

Difícil é você assumir que permaneceu com a cabeça obesa mórbida!

⁹⁹ christianesiqueira.blogspot.com.br/

Difícil é deixar de comer o doce, beber o refrigerante ou se afundar em bebida alcoólica, ACHANDO que não vai te fazer mal nenhum.
 Difícil é perceber que o maior e ÚNICO culpado do seu erro é você mesmo!
 E viverá por aí tristonho, escondido, negando a cirurgia para todos (claro, você jamais terá coragem de dizer que é gastroplastizado), já que estará se apresentando novamente com formas tão redondas perante todos, não é?!

Não quero isso para mim. E você também não deveria querer isso para você!
 Luto todos os dias contra esse mau hábito. Venci muitos deles, mas tenho plena consciência que muitos podem me vencer se eu permitir! Aliado a isso tenho a ajuda Divina, pois não bebo e após a cirurgia o doce deixou de ser meu parceiro constante. Por outro lado estou profundamente apaixonada por salgados...que, se não tiver cuidado, poderão ser os meus algozes num futuro não muito distante daqui!
 Infelizmente logo-logo o corpo acostuma com o pouco de comida ingerida e se adapta totalmente. Daí inteligentemente vai querer "recuperar" os quilinhos perdidos. Mesmo comendo pouco – se você não comer corretamente e não estiver malhando – bye bye Gastroplastia!

Fica aqui o meu alerta: a fase do oba-oba vai passar!
 Não pense que só por que continua emagrecendo pode comer o que quiser e NUNCA vai engordar!

Cuidado com as armadilhas da sua cabeça!
 Cuidado com as bebidas alcóolicas!
 Cuidado com as farras gastronômicas!
 Larga de ser preguiçoso e vai procurar uma academia!
 Cuidado com o psicológico! Ele também tem que estar cem por cento! Tem gente por aí querendo reverter a cirurgia, completamente pirado!
 Por isso vivo constantemente batendo na mesma tecla: pesquise!
 Pesquise! Pesquise! Pesquise!
 Tem gente que fica injuriada comigo, ACHA que sabe tudo!
 E não sabe NÃO!
 Se a gente que está aqui dentro disso 5, 6, 7 anos não sabe TUDO, imagina você que chegou um dia desses!?

Se os próprios médicos não sabem TUDO, vivem em Congressos e mais Congressos intermináveis, por que você saberia?!
 Eu tenho visto coisas terríveis por aí.
 Tenho ficado abismada!

ONTEM as pessoas operavam para mudar de hábitos e buscar um corpo saudável, era o mantra principal da cirurgia, HOJE ninguém mais fala nisso, somente em ficar MAGRO, em comprar ROUPA, em usar biquine. Com 05 dias de dieta líquida já querem se suicidar por que dizem não "agüentar mais"!
 Imagina esse povo antigamente, quando os médicos eram super-rígidos no tempo de dieta!? Quase todas as equipes antigamente usavam 30 dias para dieta líquida total, 30 para pastosa e mais 30 numa dieta branda. Com o tempo, nos Congressos, nos estudos, nas trocas de experiências, os médicos foram mudando as regras das dietas, para facilitar a vida do operado.
 Fico imaginando então como seria antes para essas pessoas: ia ser suicídio coletivo!
 Risos...

TUDO HOJE está mais fácil na Gastroplastia e mesmo assim as pessoas ainda acham TUDO DIFÍCIL!
 Nem falo mais nada de cirurgias com IMC abaixo de 36 SEM COMORBIDADE NENHUMA!
 Tem gente "fabricando" comorbidade por aí com a ajuda do próprio cirurgião. Tem gente engordando, saindo de IMC 33 para 40.
 Que aberração da natureza! Que coisa grave!
 Quero ver onde isso tudo vai dar!
 Uma hora dessas Deus vai punir tudo isso severamente!
 As pessoas PENSAM que não somos regidos por uma LEI MAIOR, SOBERANA, que é a LEI DE DEUS.
 Não, elas não pensam assim não, deixa eu retificar: ELAS ESQUECEM!
 Cuidado para VOCÊ TAMBÉM não esquecer!

...Cuide do seu corpo com cuidado, carinho e respeito, por que foi o único que Deus lhe deu...¹⁰⁰ [grifos da autora]

Esta longa citação publicada inicialmente por Lu Coelho¹⁰¹ foi replicada por Christiane Siqueira. Ela acontece antes da realização da cirurgia pela autora, mas vislumbra o percurso que virá. Após o procedimento, a verdade se manifestará. “É aí que tudo começa!” Este é o alerta inicial, para quem pretende enveredar por esse caminho. Impossível fazer-se de vítima quando um dos principais conselhos é sempre saber mais. “Pesquise! Tem gente que ACHA que sabe tudo. E não sabe NÃO! [grifos da autora]”. Ao final da cirurgia, vencidos todos os obstáculos, apenas ela e sua conduta diante da reeducação alimentar restam para o sucesso final. O fracasso seria resultado de um erro individual em ceder para as armadilhas “da cabeça”.

A busca por informações na rede deve ser constante para todas elas, pois é de sua responsabilidade a formação contínua sobre a própria condição. A própria formação como cuidadora de si está em jogo no testemunho para compartilhar a luta diária para vencer os perigos.

Para Fabíola Neves, autora da narrativa central deste trabalho “esse texto que você copiou aqui é a mais pura verdade. A gente tem que fazer a nossa parte sob pena de tudo dar errado mesmo. Isso porque não existe a cura para obesidade ainda e a operação é apenas uma ferramenta auxiliar do emagrecimento. Só depende da gente o sucesso”.

Em certa medida, trata-se novamente de uma privatização das enfermidades e da própria terapia. O sucesso, o fracasso e a “pena” em determinada situação tornam-se responsabilidade única das mulheres. Os erros cometidos diante da mesa e a preguiça diante da academia são punidos pelas leis que regulam o organismo e a vida e que estão disponíveis ao homem por meio das tecnologias biomédicas. Mas se hoje há facilitadores tecnológicos, médicos, institucionais e financeiros, o organismo não perdoa o descuido com o corpo e não faz concessões. No percurso pós-cirúrgico, até as verdadeiras cirurgias se manifestam diferentes da “aberração da natureza”: coisa grave.

¹⁰⁰ christianesiqueira.blogspot.com.br/2010/07/teclando-na-internet.html

¹⁰¹ gastroplastia.net

Mesmo assim, a resistência do próprio corpo impede uma trajetória linear e sem retrocessos. O corpo resiste ao poder disciplinar do autocontrole. “É aí que vejo que não é milagre, depende da minha força de vontade não engordar... o problema é que ela some de vez em quando!”¹⁰², ironiza uma das autoras. Neste caso, a autoironia pode ser considerada uma estratégia de defesa do indivíduo frente às altas exigências de controle sobre o corpo.

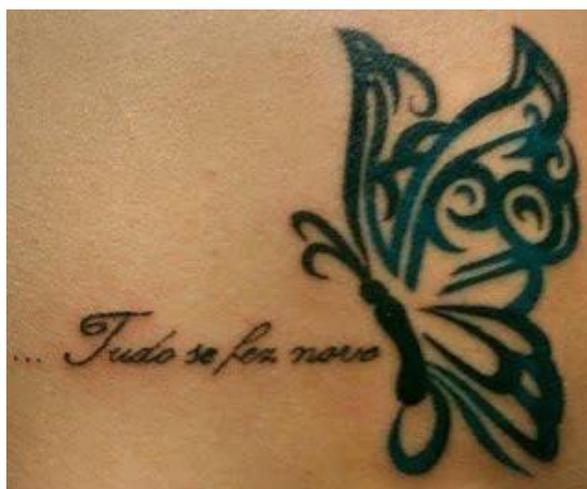


Figura 8 – Tatuagem

Aquelas que se controlarem terão ao final a oportunidade de se tornar borboletas, misto de milagre e empreendimento. A imagem com a qual elas se identificam e projetam para a própria trajetória é a de uma lagarta que, após determinado tempo em seu casulo, renasce transformada e transfigurada: de preso ao chão, cuja missão é devorar durante o tempo em que se mantém acordado, ao longo de toda a vida, o ser transmuta-se noutra leve, a ponto de viver voando, alimentando-se das flores e não mais das folhas, das plantas. Ou seja, a mudança não se restringe apenas à aparência, mas se expande aos hábitos, ao meio de vida, à alimentação, à constituição de si mesma. Entre os *blogs* observados, dois trazem termos alusivos a esse sentido em seus títulos: *Metamorfose quase completa*¹⁰³ e *Metamorforzepré e pós gastroplastia*¹⁰⁴.

A imagem da borboleta se difunde por ilustrações, fotografias, perfis, postagens e todo tipo de enunciado. Apesar de não termos certeza se se trata de uma tatuagem fotografada ou de uma intervenção digital, o sentido é de inscrição da

¹⁰² emagrecendoparaafelicidade.blogspot.com.br/2012/05/hoje-fiz-avaliacao-fisica-e-vou-dizer.html#comment-form

¹⁰³ metamorfose85.blogspot.com.br/

¹⁰⁴ metamorfozedekarine.blogspot.com.br/

transformação geral pelo corpo e no corpo. “Sou uma nova pessoa, em todos os sentidos! Uma pessoa mais disposta, mais feliz, a auto-estima lá no alto. Quem passou por essa mudança, sabe como vale muito a pena !!!”¹⁰⁵. A imagem da tatuagem e a fotografia de corpo inteiro são registros publicados em comemoração aos 12 meses de realização da gastroplastia. “MUDEI e MUDEI muitoooooooooooo! Não só por fora, mais por dentro também”¹⁰⁶ [grifos da autora]. Priscilila Bittancourt não somente se percebe como uma borboleta que passou por um período de cuidados para se transformar, mas os outros ao seu redor – amigos e familiares – também assim a identificam. Em seu aniversário, a autora recebeu um bolo com a forma de uma borboleta: “bolinho que meus pais fizeram não pode faltar né!! Prima Kel, que decorou tá lindooona minha BORBOLETA!!!”¹⁰⁷



Figura 9 – Bolo de aniversário

O reconhecimento dos familiares em torno da narrativa da transfiguração em borboleta ocorre em diversas situações. Após uma palestra com o médico cirurgião, seguida de uma confraternização com “um monte de borboletinhas”, ao chegar em casa, Fabíola Neves encontrou, entre os presentes de aniversário de casamento, um pingente com formato de borboleta. “Mais uma vez meu marido demonstrando amor e bom gosto”¹⁰⁸.

¹⁰⁵ priscilabittancourt.blogspot.com.br/2012/04/volteiiiiiiiiiiiiiii.html

¹⁰⁶ priscilabittancourt.blogspot.com.br/2011/06/1-ano-iupeeee.html

¹⁰⁷ priscilabittancourt.blogspot.com.br/2010/12/niver-20-aninhose-muitas-conquistas.html

¹⁰⁸ fabiolaneves.blogspot.com.br/2009/12/por-partes-e-tudo-ao-mesmo-tempo.html



Figura 10 – Pingente

Também há outros sentidos que são suporte à narrativa da transformação de si. *O desabrochar de uma rosa*¹⁰⁹, em seu próprio título, aponta para a trajetória do percurso individual: de um estado de botão para uma flor madura. A fotografia que abre seu *blog* é responsável por aproximar diversas metáforas de transfiguração de si. Estão presentes as flores e as borboletas. Trata-se, ainda, da foto da filha. “Tenho uma filhinha de dois anos que se chama Yasmim que é minha razão de querer viver mais e melhor...”¹¹⁰.

Figura 11 – Abertura *O desabrochar de uma rosa*

¹⁰⁹ odesabrochardeumarosa.blogspot.com.br

¹¹⁰ logger.com/profile/17987888228350423906

A filha é motivo para ilustração da nova condição da mãe – uma flor transfigurada. O (re)nascimento é acomodado pela flor, pela borboleta e pela criança. Além disso, a filha é apresentada como um motor do desejo de “viver mais e melhor”. Não raro, as mães blogueiras justificam seus autocuidados com a finalidade de cuidar mais e melhor dos filhos.

Diferentemente, a autora de *Emagrecendo para a felicidade* utiliza outra imagem para apresentar-se. Trata-se da ave fênix que ressurge e renasce. O sentido da imagem parece dar-se pela posição que a autora adota ao longo das postagens. Assim, como as lagartas que renascem borboletas após a cirurgia, esta também ressurge transformada após o procedimento. No entanto, sobre o mito de Fênix é importante destacar que seu ressurgimento é periódico e pode acontecer mais de uma vez. A semelhança entre a borboleta e a flor se dá no sentido de que em ambos os casos não há retorno, não é possível regressar à condição original.



Figura 12 - Fênix

No entanto, acreditamos que a prevalência do sentido proposto pela transformação definitiva de si decorre da cirurgia como solução última. Não há volta nem possibilidade de refazer a cirurgia. Em caso de se voltar a engordar após a bariátrica, não haveria outra chance, outra chance de renascer por meio desse procedimento. Diferentemente da ave mitológica, a borboleta se transforma apenas uma vez.

3.2.2. Escrita e exposição de si

É notável a visibilidade midiática dada à vida das pessoas comuns. Essa incidência de foco, desde a Modernidade, é propiciada por diversos dispositivos midiáticos (BRUNO, 2004). Conjugando esse interesse pela vida ordinária e as práticas milenares de registro diário, ou ao menos periódico, dos acontecimentos, pensamentos e desejos, temos atualmente nos *blogs* uma manifestação dessa forma peculiar de escrita baseada na exposição de si ao olhar do outro. É preciso chamar a atenção do outro para si. Uma das formas peculiares de escrita de si.

Esses dispositivos conjuntam o interesse pela vida ordinária e o registro das condutas. Neles, as blogueiras valem-se dos inúmeros recursos visuais, textuais e interacionais previstos na estrutura dessas plataformas para se apresentarem, escrevendo e inscrevendo-se na rede. Nesse momento, observamos os recursos utilizados pelas autoras para se apresentarem ao olhar de uma audiência e interagirem virtualmente/hipertextualmente.

De modo geral, os recursos visuais dos *blogs* não respeitam um padrão (ainda que sejam limitadas as opções para os *templates*). Cores e tamanhos das fontes, alinhamento e entretramento dos textos, bem como o tamanho das postagens, variam fortemente entre as autoras, indicando que nem todas reservam preocupação enfática, pretensão ou competência técnica para o manuseio da linguagem visual das interfaces.

Além disso, em alguns casos, essa variação também ocorre no interior de um mesmo *blog* ao longo do seu percurso. Ou seja, elas parecem desenvolver competências e interesses à medida que acompanham outros *blogs* mais complexos e mantêm o próprio. Neste sentido, para essa “escrita” multimidiática, dependente das competências no manuseio das tecnologias gráficas, muitas recorrem às demais blogueiras, pedindo ajuda, especialmente quanto ao uso de aplicativos. Ou seja, a ação de escrever também aciona um modo de interação quando os usuários colaboram entre si para operar e manter os *blogs*. Assim, a elaboração do *blog* serve de socialização e fortalecimento dos laços.

Graficamente, a maioria dos *blogs* dispõe seu conteúdo em três colunas: no centro, estão localizadas as postagens que se acumulam das mais recentes para as mais antigas sequencialmente; nas barras laterais, as informações fixas.

Nessas barras laterais, em primeiro plano, estão os *links* para os perfis das autoras. Trata-se de uma obrigatoriedade fixada pela plataforma que hospeda o *blog*. Em seguida, estão presentes fotografias comparativas, antes e depois,

seguidores, registro cronológico da perda de peso, arquivos das postagens anteriores, selos, rede de *blogs* afins, contatos, metas, equipe médica e créditos. Os itens variam conforme a autora seja capaz de explorar com maior ou menor competência esses recursos e os hierarquizar, considerando a leitura proposta para esse suporte. *Emagrecendo para a felicidade*¹¹¹ acrescentou outros recursos ao *template* originalmente fornecido pelo Blogspot, aproximando sua estrutura à disposição de um *site* comum. As abas trazem informações mais procuradas pelas leitoras interessadas em realizar a cirurgia bariátrica – principal, peso, fotos, custos, exames¹¹². Não apenas a estrutura de abas, mas também os marcadores na barra lateral garantiriam acesso direto e rápido às informações das postagens sem a necessidade de leitura linear de todas as inserções.

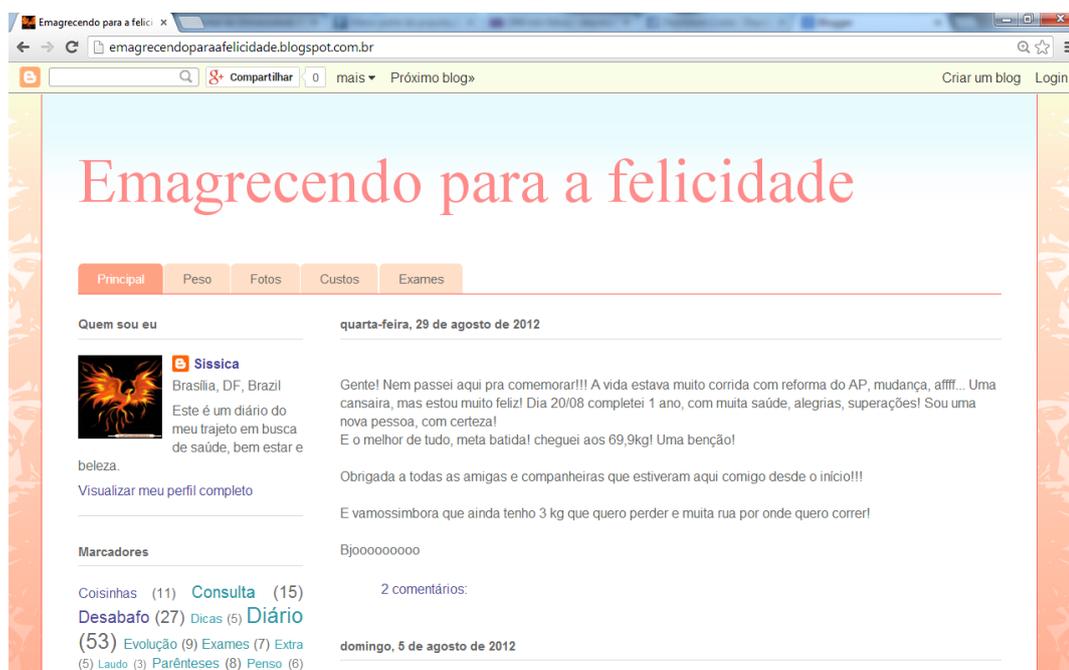


Figura 13 – *Template Emagrecendo para a felicidade*

Ao mesmo tempo em que as abas garantem o acesso rápido às informações almeçadas pelos visitantes, elas também recortam as percepções sobre a cirurgia. Ao serem discriminados pelas abas, estão em destaque: a perda de peso, os efeitos comprovados pelas fotografias, os custos financeiros e as biotecnologias

¹¹¹ A autora trabalha na área de comunicação em uma empresa.

¹¹² Na aba peso, estão registrados os pesos entre períodos que variam, aproximadamente, entre 20 dias. Também consta na página, o aplicativo de registro histórico da perda de peso. Os custos destacados referem-se àqueles não cobertos pelo plano de saúde. 20% do valor da tabela são arcados pela paciente para os exames, no entanto, ainda são necessários custos com medicamentos, vitaminas, vestimentas até vitaminas para cabelo.

necessárias. Os efeitos da cirurgia materializam-se ora em números, ora nas imagens do corpo, ora na conjugação de ambos via aplicativos. As imagens são requisitadas pelas leitoras. Em geral, elas são disponibilizadas periodicamente, segundo o calendário de consultas médicas, a partir de três em três meses até atingir um ano.

A autora de *Emagrecendo para a felicidade* organizou, lado a lado, fotos com um ano antes de operar, com três meses e seis meses de operação. Interessante notar que ela, assim como as demais, procura manter as mesmas condições de registro de experimento fotográfico com o próprio corpo, reproduzindo as condições para que a avaliação das leitoras possa se dar “objetivamente”. Também é importante observar que o corpo é o foco da foto. Não o rosto, o cenário ou a vestimenta, mas o corpo e suas transformações visíveis, perceptíveis e comprováveis, mensuráveis qualitativamente pelos tecidos que cedem paulatinamente.



Figura 14 – Antes e depois, Sissica

Ainda em relação aos aspectos visuais dos *blogs*, é importante destacar sua variabilidade. Ela decorreria de percursos profissionais, como no caso daquelas autoras que atuam nas áreas da comunicação (jornalismo, publicidade, fotografia, etc.), ou mesmo de experiências anteriores com a elaboração e manutenção de outros *blogs*. Em ambos os casos, o traquejo com o manuseio da tecnologia é decisivo para a apresentação visual. Mas esta não é determinante para a existência de narrativas.

Entre os *blogs* observados, *Muito além de um sonho...*¹¹³ nos permite perceber o quanto a vinculação profissional e experiências anteriores podem intervir na padronização visual do *layout* e das postagens. Além de um *blog* dedicado à cirurgia bariátrica, o interesse da autora pelo *scrap* manifesta-se em outros *blogs* sobre o tema. Ela participa de cinco produções coletivas como coautora em *blogs* com oferta de cursos a distância do qual é professora e de eventos organizados conjuntamente. E também mantém um *blog* de sua autoria exclusivo sobre o tema¹¹⁴. Além disso, do total de *blogs* que segue (15), a maioria trata de temas outros que não a cirurgia bariátrica. Os interesses da autora não permanecem centrados exclusivamente no tema gastroplastia e materializam-se de outras formas, além das informações disponíveis na seção perfil.



Figura 15 – *Template Muito além de um sonho ...*

Há mais de dez anos, a autora já é adepta e assídua da “escrita” virtual por meio de *photoblogs*, *blogs*, *twitter*, *Facebook* e *Instagram*. No entanto, “esse negócio de poucas linhas, definitivamente, não satisfaz...”¹¹⁵. Sua paixão pela “escrita” está intimamente vinculada à paixão declarada por outras técnicas de escrita hipertextual caracterizada pela prática *scraper*.

Conforme já observamos, em sua origem, *scrap* é uma palavra da língua inglesa que pode ser traduzida por fragmento, pequeno pedaço ou bocado. Já

¹¹³ muitoalemdeumsonho.blogspot.com.br

¹¹⁴ scrapespaco.blogspot.com.br/

¹¹⁵ muitoalemdeumsonho.blogspot.com.br/2012/06/enquete-e-sorteio.html

scrapbook é um livro com páginas onde podem ser anexados recortes de textos, imagens, fotos e outros itens relacionados a momentos importantes para recordação futura. Trata-se de um álbum de memórias artesanal e individual via colagens e outras técnicas manuais. A prática de *scrapbooking* também pode ser utilizada para produção de outros objetos além de álbuns, mas também MDF, criação de mini-álbuns, calendários, marcadores de livro, porta-retratos, agendas e cartões.

A prática é utilizada há mais de 100 anos como um *hobby* diante do desejo de preservar a memória. Teve início através de diários, jornais e livros inicialmente na Alemanha, Inglaterra e EUA. “E é justamente essa sensação de prazer e de satisfação que nos faz dedicar um pouco do nosso tempo para criar páginas decoradas para álbuns de *scrapbook*. É como se estivéssemos revivendo o instante em que as fotos foram tiradas. Além disso, é uma maravilhosa terapia rever e reviver as boas memórias que nos trazem todas aquelas fotos de amigos, parentes, e de eventos tão importantes em nossas vidas”¹¹⁶.

No domínio digital também é possível elaborar um *scrapbook* através de programas de edição de imagens e outros próprios para o efeito. No Brasil, o termo foi popularizado através da rede social *Orkut*, que possui uma seção denominada *Myscrapbook* destinada à rede de contatos dos participantes, na qual se podiam incluir mensagens com recados de texto ou mensagens animadas.

A escrita de um *blog* aproxima-se da produção de *scrapbook* na medida em que fragmentos da vida estão reunidos com vistas também à materialização de situações da vida. Neste caso, são registros da experiência referentes à realização da cirurgia. Inúmeros são os momentos em que as autoras mencionam e avaliam o próprio percurso, relendo as postagens antigas. As postagens trazem textos autorais, *links* para outros *sites*, reportagens, estudos científicos, imagens ilustrativas, fotografias, animações, etc. que recontam sua vida. Resguardadas as diferenças, reunidas em conjunto, as postagens podem ser aproximadas dos chamados *hupomnêmata* (FOUCAULT, 2006).

Os *hupomnêmata* constituíram, na Grécia Antiga, uma memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas. Em sentido técnico, podiam ser livros de contabilidade, registros públicos, cadernetas individuais que serviam de lembrete. No entanto, trata-se de um exercício de ler, reler, meditar, conversar consigo mesmo e com outros, ou seja, é mais que apenas um suporte de memória. Eles

¹¹⁶ blog.pontodoscrap.com.br/510/

procuram captar o “já dito, reunir o que se pode ouvir ou ler, e isso com uma finalidade que nada mais é que a constituição de si” (FOUCAULT, 2006, p. 148).

Para Foucault (2006), a prática dos *hupomnêmata* configura um dispositivo importante em processos de subjetivação por meio do discurso. Ele se realiza no contexto de uma tensão em confrontar-se consigo por meio da ajuda de discursos imemoriais, razão principal para a formação de si, pois sua prática exige leitura de guias e exemplos para a reunião de elementos díspares. Além disso, os discursos hegemônicos são tensionados, pois “trata-se de um lado, de unificar esses fragmentos heterogêneos pela sua subjetivação no exercício da escrita pessoal (...). Mas, inversamente, o copista cria a sua própria identidade através dessa coleta das coisas ditas” (FOUCAULT, 2006, p. 151-152).

Dessa forma, a reunião e distribuição de materialidades diversas por meio de *links* para materiais jornalísticos, vídeos, outros *blogs*, instituições de saúde etc., praticadas nos *blogs* reatualizam a prática dos *hupomnêmata* quando servem para a exposição de elementos constitutivos de si. É preciso reconsiderar que, diferentemente do passado, esse dispositivo de subjetivação requer o olhar do outro para o processo de *escrita*, pois, na prática de manutenção dos *blogs*, podemos perceber o processo pelo qual cada um passa a “*ser aquilo que mostra de si— seja uma máscara ou não; sua condição de tal pouco importa, desde que ela seja bonita e bem desenhada*” (SIBILIA, 2007) [grifos da autora]. Enquanto os *blogs* permitem a reunião de discursos lidos, ouvidos, assistidos e colocados para *visualizações* por qualquer um, eles operam formas de subjetivação constituídas na busca da atenção e do olhar do outro. Nos *blogs* das pacientes bariátricas, o corpo e seus cuidados ganham destaque em formatos variados.



Figura 16 – Livro de receitas

A autora de *Muito Além de um sonho* sorteou um prêmio entre as leitoras que indicassem o tema de interesse para futuras postagens. Elas poderiam receber em casa um livro de receitas. Esse episódio é emblemático, inicialmente por se tratar de uma estratégia quase mercadológica de atrair a atenção dos leitores e cativar os já existentes, em uma espécie de *marketing* amador. Também serve como uma estratégia para reunir sugestões de temas para postagens futuras, estabelecendo respostas aos desejos de um público virtual. “Não tenho muito mais para falar sobre a perda de peso e aquela rotina toda de recém-operada, mas posso falar de outras coisas... (...) E eu já tenho um monte de *post* pronto na cabeça! Vou contar tudinho pra vocês... aos poucos e em capítulos. Certo? (...) O que vocês querem saber?”¹¹⁷.

A busca por novas temáticas a serem sugeridas para preencher um espaço já saturado torna o episódio ainda mais emblemático. Da mesma forma que a proposta da autora em oferecer como prêmio um livro de receitas dá os contornos dos interesses da rede: informações sobre a alimentação, mais precisamente reeducação alimentar. O trabalho manual da autora associa-se ao conjunto de interesses seus e de suas leitoras, materializando-se em um prêmio sintomático.

Diferentemente do anterior, o *blog Priscila Bittancourt*¹¹⁸ utiliza cores e tamanhos variados nas fontes das postagens, incluindo inúmeras imagens desalinhadas e irregulares quanto ao tamanho no corpo do texto e na barra lateral. O resultado é um aspecto “poluído”, com excessivos estímulos. No entanto, as potencialidades desse *blog* exigem atenção para outros aspectos locais: a “escrita”

¹¹⁷ muitoalemdeumsonho.blogspot.com.br/2012/06/enquete-e-sorteio.html

¹¹⁸ priscilabittancourt.blogspot.com.br/

de si pode se desenvolver para além da disposição dos elementos visuais e textuais na tela.

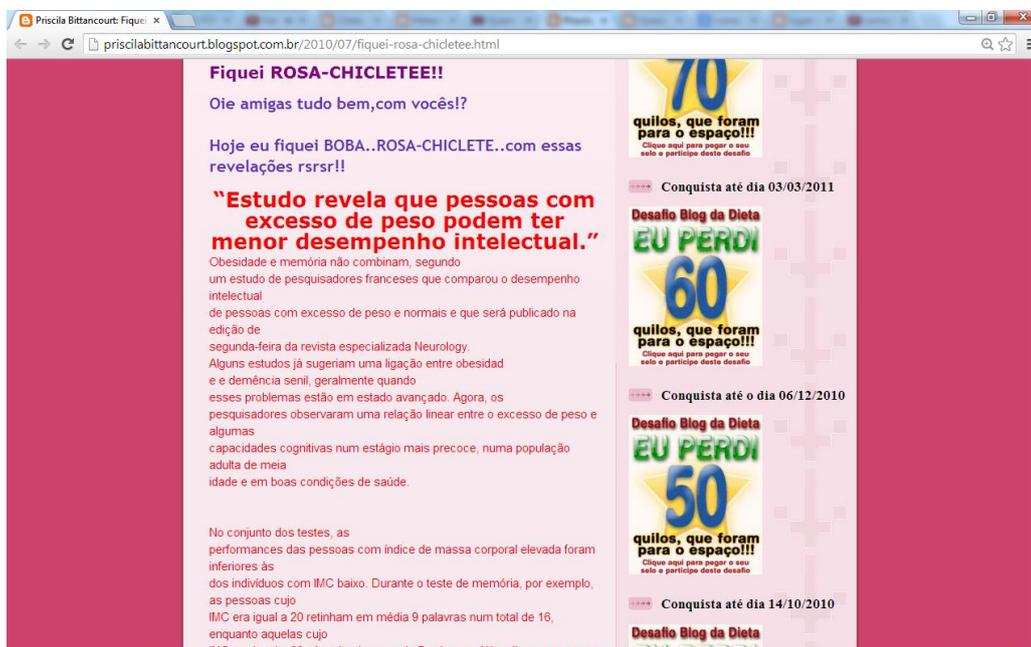


Figura 17 - Template Priscila Bittancourt

A capacidade de mobilização desse *blog* e de outras não reside em uma economia visual, mas advém da força da experiência relatada, nas interações e nas possibilidades de repostas coletivas às situações comuns enfrentadas cotidianamente. Se lhe falta traquejo para operar com os recursos visuais, a autora é categórica e se posiciona diante de uma pesquisa fortemente vinculada à retórica do risco. Ela ainda convoca suas leitoras a também tomarem posição sobre a temática obesidade x inteligência. “Será? Somos tão inteligentes, nossa!! Discordo dessa pesquisa”¹¹⁹.

Os comentários desdobram algo não explicitado no texto de divulgação da pesquisa: a associação entre obesidade e ignorância. Uma leitora diz: “além de gorda.... burra!!!” Outra: “capaz mesmo, só que faltava essa, demência na cabeça deles, pensa, fiz o mestrado quando estava super gorda, terminei, e fui muito mais rápida do que muita magrinha que tinha na turma”.

Independente da validade ou do valor científico e acadêmico da pesquisa mencionada, certo é que as mulheres realizam, em certa medida, a tradução da

¹¹⁹ priscilabittancourt.blogspot.com.br/2010/07/fiquei-rosa-chicletee.html

reportagem, valendo-se de informações, *links*, textos e imagens concebidos no interior de práticas discursivas típicas do jornalismo sobre as descobertas científicas, deslocando os sentidos. Timidamente, os *blogs* e suas autoras/leitoras propõem novas interpretações ou mesmo rechaçam determinados sentidos para os enunciados. Neste caso, a razão prática dos saberes da experiência se vale do campo científico, mas a ele não se sobrepondo ou se submetendo completamente.

Aparentemente pontual, situações de apropriação dos enunciados científicos pelas autoras são comuns. “Só faltava essa agora... esse povo não tem o que fazer, fica aí gerando mais preconceito em cima dos obesos”, lembra uma leitura que comentou a postagem citada acima. Neste caso, a rede de *blogs* também serve como sismógrafo das relações de poder em torno dos cuidados com o corpo. Assim, descrever essas redes de vizinhança e interações que ocorrem nesses *blogs* implica atentarmo-nos a tais aspectos.

3.2.3 Biossociabilidades em rede

Os potenciais de sociabilidade dos *blogs* os diferenciam de outras mídias. Para Recuero (2003), a lista de *blogs* que um autor lê e recomenda conforma quase uma vizinhança no ciberespaço. Além dessa listagem, os comentários geram laços sociais e comunidades com suas possibilidades de discussão e interação mútua. Recuero (2003) denomina essas redes de *webring*s:

(...) utilizamos o termo *webring* para definir círculos de blogueiros que leem seus blogs mutuamente e interagem nesses blogs através de ferramentas de comentários. Os blogs são linkados uns nos outros e formam um anel de interação diária, através da leitura e do comentário dos posts que os vários indivíduos, que chegam a comentar os comentários uns dos outros ou mesmo deixar recados para terceiros nos blogs (RECUERO, 2003, p.7)

Se os *blogs* configuram uma forma de sociabilidade, é preciso considerar a imersão destes em uma cultura somática (FERRAZ, 2002) com predominância de biossociabilidades (RABINOW, 1999) e fomento de bioidentidades (ORTEGA, 2003). Quando as redes de *blogs* conectados, pelos usuários ou por *softwares*, se organizam em torno de temas biológicos, teríamos biossociabilidades on-line (MONTARDO, 2010).

Considerando a biossocialibilidade contemporânea baseada em critérios somáticos de saúde, esperávamos encontrar, entre os *blogs* lidos e recomendados pela lista de Fabíola Neves, autores do sexo masculino, relatando sua história em torno da cirurgia. Afinal, não há impedimentos tecnológicos ou institucionais referentes ao gênero. Todavia, encontramos apenas três casos de *blogs* de homens, o que não confirma esta expectativa. O número de *blogs* com autores masculinos são reduzidos e pouco interagem entre si ou com *blogs* de autoras femininas, apesar de as experiências terapêuticas serem próximas.

O *Diário do ex-gordo*¹²⁰ é escrito por um jornalista que também administra um grupo no Facebook - *Vitória sobre a obesidade! Eu quero, eu posso, eu consigo!* O autor possui uma rede de 187 seguidores. Do total, 21 são homens, quatro têm como tema a perda de peso e três, a cirurgia bariátrica como assunto primordial.

De maneira semelhante, as narrativas masculinas aproximam-se daquelas femininas na medida em que estão voltadas para a trajetória pessoal em torno da cirurgia: os obstáculos vencidos, as conquistas cotidianas, as provas visíveis da transformação do corpo, etc. Diferentemente, as mulheres mantêm vínculos com *blogs* voltados para temas relativos aos cuidados corporais. Em alguns casos, uma única terapia, a cirurgia bariátrica, prevalece como interesse exclusivo.

diário do ex-gordo x

diariodoexgordo.blogspot.com.br

DIÁRIO DO EX-GORDO

Neste blog, pretendo contar a trajetória da minha gastroplastia, que é mais conhecida popularmente como cirurgia bariátrica ou cirurgia de redução do estômago. Fui submetido a este procedimento cirúrgico no dia 03/03/2011.

1 Usuário Online

Quem sou eu



Bruno Monteiro
Taubaté, São Paulo, Brazil

Jornalista, 29 anos.
Apaixonado pela profissão.
Trabalhou nas redações do Jornal Valeparaibano, Jornal Contato, Jornal da Cidade e Voz do Vale.
Correspondente do Portal Uol durante a crise política de Taubaté em 2011. Rádio Difusora (2009 a 2011) e Assessoria de Comunicação da Câmara de Taubaté (2005 e 2006). Em 2012 trabalhou na empresa Marketing Político e Governamental. É repórter na TV Canção Nova.

segunda-feira, 31 de março de 2014

O PERIGO DA COMPULSÃO ALIMENTAR

Instituição auxilia no tratamento de comedores compulsivos

Repórter CN: Instituição auxilia no tratament...

Repórter BENTA (nome fictício)
Instituição auxilia no tratamento de comedores compulsivos

0:00 / 5:36

Caros amigos.
Sei que a maioria do pessoal que frequenta este grupo este grupo são de pessoas interessadas em cirurgia bariátrica, na qual eu passei há 3 anos. Sim, esse é um blog voltado pra isso. Mas o pré e principalmente o pós-operado tem de ficar ligado em nossa compulsão alimentar.

Quantas histórias vemos de pessoas que passaram pelo que nós passamos, fizeram a cirurgia, perderam peso, mas voltaram a engordar. Acho que não existe nada mais desesperador que isso.

Figura 18 - Template Diário de um Ex-gordo

¹²⁰ diariodoexgordo.blogspot.com.br/

O blog *Mauro Franco Pós-Gastroplastia*¹²¹ tem 36 seguidores. Destes, sete são homens, mas nenhum deles aborda o tema de cirurgia bariátrica ou mesmo emagrecimento. Ele apresenta fotos antes e depois, como todas as mulheres. Em uma mesma postagem, duas fotografias atestam a perda de 86 quilos, cerca de metade do peso anterior à realização da cirurgia. “Foi extremamente difícil, porém altamente gratificante haver conseguido atingir uma meta de, tecnicamente, mais de 100% do esperado clinicamente”¹²².



Figura 19 – Depois, Mauro Franco

O autor tinha conhecimento dos riscos que envolviam a realização da cirurgia. Preparou-se para o “pior”. “Sabia e tinha plena consciência de que a cirurgia envolvia sério risco de óbito em razão de eventuais complicações, algumas impossíveis de prever ou, se fosse o caso, sanar”. Entretanto, outras questões como a longevidade prevaleceram na avaliação do próprio quadro sanitário e na decisão de operar-se. “Vocês conhecem alguém que chegou aos 60 ou mesmo 50 anos com mais de 150 kg de peso? Creio que 99% dos meus 5 leitores responderão que não. Daí... não teve jeito mesmo, a única saída foi mesmo a faca, ou bisturi, como queiram.”¹²³

¹²¹ maurofrancoposgastroplastia.blogspot.com.br/

¹²² maurofrancoposgastroplastia.blogspot.com.br/2011/12/88-kg-menos-facil-claro-que-nao.html

¹²³ maurofrancoposgastroplastia.blogspot.com.br/2011/12/88-kg-menos-facil-claro-que-nao.html



Figura 20 – Antes, Mauro Franco

A terceira narrativa masculina sugere outras observações. *Receitas do Sérgio...comer para viver e amar*¹²⁴ é seguido por 278 usuários¹²⁵. Entre eles, estão presentes pelo menos dez homens e apenas um deles acompanha *blogs* de mulheres bariátricas. Para o autor, é preocupante a configuração de guetos em torno da cirurgia bariátrica, especialmente quando os limites da socialização reduzam-se às “borboletas” ou aos “irmãos de grampo”, termos utilizados entre mulheres e homens, respectivamente.

É o relacionamento de amizade que pode sim surgir de encontros que acontecem no universo gastro que pode crescer a ponto de gerar níveis de afeto que um dia chegarão à irmandade. (...) Já na questão do uso do termo borboleta, ok.ok..ok....linda a metáfora da transformação, linda a questão da força para mudar que vem com a cirurgia e seus efeitos benéficos na vida das pessoas, mas sinceramente é novamente uma massificação tão forte em cima do conceito que joga no mesmo balaio todas as diferentes nuances de cada pessoa, de cada desejo, de cada mudança e de cada transformação propriamente dita, e isso mais uma vez me joga no conceito do gueto¹²⁶.

Em parte, o autor contraria o imaginário de que a experiência da cirurgia bariátrica seja capaz de enquadrar a todos que por ela passaram numa única rubrica biossocial sem distinções nos percursos individuais. No entanto, eles apresentam mais semelhanças que diferenças, pois, ao mesmo tempo, podemos reconhecer modos de autoexame da própria trajetória muito próximos ao conjunto de *blogs* femininos.

¹²⁴ receitasdosergiolobato.blogspot.com.br

¹²⁵ Recurso em que as pessoas cadastradas recebem notificações de atualizações, mesmo não possuindo *blogs* pessoais.

¹²⁶ receitasdosergiolobato.blogspot.com.br/2013/06/reminiscenciasou-nao.html

Comum às narrativas femininas, a responsabilidade com o sucesso da operação baseia-se em ações constantes sobre si mesmo e sobre a própria conduta. Desconsiderar as recomendações alimentares é suficiente para penalizar o paciente, fazendo-o retrocederem sua performance atlética. A obrigação colocada para todos é conhecer a si mesmo por meio de múltiplas formas de interpretação. “Poxa que pena você está bebendo refrigerante com três meses de operada, volte seis casas para o Cantinho da Terapia!”¹²⁷, ironiza um *blog* sobre as exigências impostas para o operado. Mais especificamente, seu foco são as críticas internas entre os pacientes bariátricos. Ao denunciar esse comportamento, o *blog* dá evidência a um modo de vida vetorizado pela autorreflexão, mas que também pode aprisionar a experiência “Ok você seguiu a dieta líquida, parabéns, avance três casas rumo à conscientização nutricional!”

Apesar dos constrangimentos que tendem a enquadrar a todos em um mesmo grupo, as possibilidades de sociabilidade em torno das terapias ainda são apontadas como estratégias facilitadoras para o tratamento. As narrativas têm como propósito primeiro testemunhar uma trajetória. A própria história serve de aconselhamento para a “dedicação de cada um” no cuidado com o próprio corpo. Comunidades e amigos virtuais configuram diferentes formas de auxílio nos processos terapêuticos.

Um parceiro, companheiro ou amigo poderá ser de grande ajuda nestas horas, seja para incentivar, aconselhar ou mesmo para motivar nas atividades físicas. Procure encontrar esta pessoa. Através de uma conversa com pessoas próximas a você, com certeza haverá alguém que esteja disposto a enfrentar esta empreitada. Fazer compras juntos, bater papo sobre as dificuldades, consolar nas horas difíceis. Às vezes um amigo virtual COM BONS RESULTADOS OU CONSCIENTE NA "caminhada" também ajuda muito¹²⁸ [grifos do autor].

Aquelas narrativas que apresentem registros regulares de conquistas cotidianas tendem a aglutinar a atenção da audiência e seus olhares. Na mesma medida, a performance e os resultados clínicos da gastroplastia de cada um são motivos para conflitos e controvérsias. “Acredite se quiser... operados detestando... outros operados! Ou por que não tinham o IMC tão grande, ou por que só operaram por estética, ou por que eram gordos felizes, mas quiseram evitar doenças futuras, ou por que chegam na meta rápido demais, ou por que uns tem *dumping* outros

¹²⁷ receitasdosergiolobato.blogspot.com.br/2013/06/reminiscenciasou-nao.html

¹²⁸ ruidasilveira.blogspot.com.br/p/serietecnicas-para-um-novo-estilo-de.html

não”¹²⁹. Entre eles prevalece a mesma orientação geral de que a “gastroplastia não é milagre e nem a cura da obesidade!”. A transformação de si mesmo com essa terapia é permitida a todos e depende da dedicação de cada um o sucesso na empreitada, seja homem ou mulher.

Ao iniciarmos a descrição da rede de *blogs* sobre o tema, partindo dos relatos presentes em *Cirurgia Bariátrica: pré e pós*, as conexões internas e externas daquele *blog* delimitaram uma rede constituída exclusivamente por mulheres. Mesmo que a prática dos *blogs* tenha adeptos masculinos, ela ainda é mais comum entre as mulheres. O número reduzido de *blogs* com autoria masculina justifica, em parte, o recorte proposto¹³⁰.

Acrescente-se a isso que os *blogs* com autoria masculina não possuem lista de leitura e recomendação. Seus leitores não são necessariamente autores de *blogs*, ou têm interesse predominante pelo tema das terapias biomédicas. Tal contexto inviabiliza comparações entre as redes, considerando que os laços de vizinhança variam e exigiriam outras categorias não previstas inicialmente para serem mapeados e descritos.

Neste sentido, consideramos outra motivação teórica e empírica para reafirmar as mulheres como sujeitos privilegiados. Ela decorre da própria história da emergência da biopolítica. Não podemos esquecer que as mulheres foram um grupo privilegiado do dispositivo da sexualidade que investiu fartamente no corpo feminino, na produção de saberes sobre sua sexualidade com o uso de técnicas confessionais: os dispositivos que “obrigam” a confessar o corpo.

3.2.3.1 Controle da obesidade entre mulheres bariátricas

Apesar do acesso potencialmente generalizado, ao observarmos as expressões, vocativos e outros traços de linguagem utilizados pelas autoras, bem como os comentários da audiência, percebemos que se trata de mulheres conversando preferencialmente com mulheres. O grupo se reúne às vistas do mundo, mas, em certa medida, estabelece garantias de reconhecimento mútuo entre suas integrantes. As interjeições, os chamados, as convocações para o público que

¹²⁹ receitasdosergiobato.blogspot.com.br/2013/06/reminiscenciasou-nao.html

¹³⁰ Todos os *blogs* com autoria masculina estão na lista de *Estilo de Corpo que eu quero para mim*.

elas não apenas supõem, mas com o qual interagem, construindo-o cotidianamente, atestam algumas inferências. Por exemplo, antes de iniciar cada postagem, os destinatários estão parcialmente determinados e indicados – “amadas amigas, queridas amigas”. Os termos mais utilizados nos levam a crer que as autoras têm consciência de quem configura seus interlocutores, pois não apenas essas marcações linguísticas, mas outras materialidades discursivas das interações apontam para a circunscrição desse grupo biossocial: “minhas amigas gastrogatas, minhas amadas amigas de grampo, minhas amigas magrelas e futuras magrelas, minhas lindas borboletas light”¹³¹. Essas e outras formas de convocação da atenção no início de cada postagem delimitam parcialmente seu destinatário, considerando ainda outras identificações propostas para aquelas que realizaram o procedimento cirúrgico.

Se as mulheres são autoras e autoras/leitoras privilegiadas, não podemos dizer que elas são as únicas visitantes dos *blogs*. Como nós, outros também estão a observá-las e a dizer sobre elas. Entre os rastros deixados pelos leitores “estrangeiros” ao grupo de bariátricas, estão os pesquisadores das ciências médicas. Nos comentários, há pedidos de “colaboração” para que as autoras respondam a inquéritos *on-line*: “Olá! Estou fazendo uma pesquisa de campo para o curso de Nutrição. Preciso de pessoas que respondam um questionário sobre atitudes alimentares. O teste é *on-line* e envio o resultado por e-mail para quem responder. É só acessar”¹³².

O pedido de solicitação para responder ao questionário foi incluído em aproximadamente 70 outros *blogs* e *sites* destinados à alimentação com vistas ao emagrecimento. Atualmente, o *link* para o questionário não está mais disponível: “o formulário ‘Teste de Atitudes Alimentares - EAT-26’ não aceita mais respostas”.

O instrumento EAT-26 é composto de 26 questões relativas aos sintomas de distúrbios alimentares, especialmente anorexia e bulimia nervosas. Cada resposta equivale a uma pontuação específica: a opção ‘sempre’ vale 3 pontos; ‘muito frequentemente’, 2 pontos; ‘frequentemente’, 1 ponto; e as demais – ‘às vezes’, ‘raramente’ e ‘nunca’ – não recebem pontuação. Do total possível de 78 pontos, considera-se a pontuação igual ou acima de 20 “sugestiva de comportamento alimentar para transtornos alimentares (MAGALHAES *et al*, 2005, p. 239).

¹³¹ metamorfozedekarine.blogspot.com.br/

¹³² christianesiqueira.blogspot.com.br/2012/10/auto-ajuda.html

As perguntas interrogam comportamentos cotidianos e abordam não somente práticas, mas também sentimentos, pensamentos, projeções e desejos em torno da alimentação. Existem testes virtuais com retorno anônimo e confidencial dos dados para aqueles que preencherem cadastro¹³³. No Brasil, o teste é traduzido e aplicado em populações e grupos específicos ocasionalmente por profissionais da saúde:

1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando
2. Evito comer quando estou com fome
3. Sinto-me preocupada com os alimentos
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar
5. Corto meus alimentos em pequenos pedaços
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex: pão, arroz, batatas, etc.)
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais
9. Vomito depois de comer
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer
11. Preocupo-me com o desejo de ser magra
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito
13. As pessoas me acham muito magra
14. Preocupo com a ideia de haver gordura em meu corpo
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar
17. Costumo comer alimentos dietéticos
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos
20. Sinto que os outros me pressionam para comer
21. Passo muito tempo pensando em comer
22. Sinto desconforto após comer doces
23. Faço regimes para emagrecer
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições (BIGHETT, 2013, p. 99)

Apesar de esse teste não estar explicitamente disponível nos meios de comunicação de massa como informação e recomendação, é possível estabelecer aproximações às considerações de Bruno (2006), uma vez que contêm “aspectos da forma como figura hoje (...) a relação dos indivíduos com a saúde e a doença, com seus hábitos e comportamentos, com o tempo de suas vidas, com os preceitos que lhes são recomendados (p. 64). Considerando o EAT-26, é a virtualidade de distúrbios que ganha ênfase. Após o teste e o cálculo das pontuações, a busca por atenção médica e profissional pode ser recomendada, como é possível ler nas instruções de uso do inquérito: “Esta é uma medida de triagem para ajudar a determinar se você pode ter um transtorno alimentar que precisa de atenção profissional”¹³⁴.

¹³³ eat-26.com/Form/

¹³⁴ Tradução nossa. No original: This is a screening measure to help you determine whether you might have an eating disorder that needs professional attention” Disponível em: eat-26.com/Form/

Ao responder aos inquiridos propostos, o movimento é duplo: fornecem-se dados para pesquisas que irão descrever os comportamentos das pacientes bariátricas em relação aos possíveis distúrbios alimentares, de acordo com os objetivos da pesquisa; ao mesmo tempo em que, no retorno dos resultados individuais, tem-se a oportunidade de se subjetivar, reconhecendo-se em determinada condição psíquica, o que pode levar inclusive à busca de ajuda profissional. Desse modo, não somente a produção de conhecimento sobre os distúrbios, bem como a circulação desses saberes pelas mídias tradicionais ou em rede, poderiam fomentar formas de exame de si.

Cotidianamente, as autoras visitam outros *blogs*, buscando relatos da experiência de quem se submeteu à gastroplastia ou pretende realizá-la, reconhecendo e mapeando trajetórias semelhantes. Além disso, outras também se valem de trabalhos acadêmicos sobre a condição pré e pós cirurgia, quando realizam algum aconselhamento.

Sugiro a todos que pretendem se submeter à cirurgia a fazer o mesmo, para que realizem a cirurgia com segurança e confiança. MAS, este conselho serve também para quem já passou pela cirurgia, afinal, quanto mais soubermos como nos cuidar, melhores serão nossos resultados, a médio e longo prazo. Para quem se interessou no assunto, clica lá no DEUS GOOGLE: "reganho de peso após redução de estômago" ou só "reganho de peso" - vale a pena ficar informado! ¹³⁵ [grifo da autora].

Em outras palavras, a autora reafirma que os cuidados para o sucesso da operação devem ser constantes e incluem uma formação ininterrupta sobre terapias e cuidados disponíveis. Os resultados da cirurgia seriam assim determinados pelos conhecimentos em torno desse cuidar-se. “Vale a pena ficar informado!” sobre o principal receio das operadas: o reganho de peso.

Ao destacar para as leitoras como encontrar informações sobre o temido reganho de peso – atividade que ela mesma realiza e disponibiliza via *link* para publicação acadêmica¹³⁶ – a autora sugere um trabalho que relaciona distúrbios e transtornos alimentares. A aproximação entre os temas é parcialmente recente. Para os próprios autores do artigo citado pela blogueira, tal relação se estrutura na percepção de um risco a ser considerado. “Embora relatos de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa ao seguimento pós-operações bariátricas ainda sejam raros, o risco

¹³⁵ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/2010/07/bunda-joelho-cotovelo-doi.html

¹³⁶ scielo.br/pdf/abem/v48n4/a19v48n4.pdf

do desenvolvimento de um transtorno alimentar devia ser lembrado nesta situação” (CORDÁS, LOPES FILHO, SEGAL, 2004, p. 568).

Os critérios diagnósticos para Anorexia e Bulimia Nervosa, bem como Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação, estão previstos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA). Entre as cinco revisões do DSM desde meados do século XX, o número de categorias diagnósticas saltou de 180 para 374.

Suas contínuas versões assinalam a proliferação de categorias de desordem mental, tanto no sentido quantitativo quanto no sentido da psiquiatrização crescente de qualquer estranho ou estranhamento (de que tanto se nutriu a arte moderna), na ordem (ou nas desordens) do discurso, da comunicabilidade e da experiência humana” (FERRAZ, 2012, p. 71-72).

Independentemente de as autoras possuírem ou desenvolverem os distúrbios alimentares, é certo afirmar que as fronteiras entre a normalidade e anormalidade, entre a presença/ausência dos distúrbios estão cada vez mais tênues. Ao mesmo tempo em que o teste EAT-26 indica que a pontuação acima de 20 é “sugestiva de comportamento alimentar para transtornos alimentares”, pontuações próximas ao valor apontado podem sugerir também a iminência do distúrbio.

Procedimentos de diagnóstico como esse estão fortemente vinculados às estratégias biopolíticas, na medida em que alteram “nossos roteiros de subjetivação” (FERRAZ, 2012, p. 71). Não são apenas procedimentos de diagnóstico, ou indicadores, mas técnicas produtivas de subjetividades. Testes como o EAT-26 e outros que circulam pelos blogs servem como dispositivos de interpretação de si e das próprias condutas. Ao mesmo tempo, as propostas terapêuticas para cada grau de instalação dos transtornos são constitutivas dos diagnósticos

Oi amiga tudo bem??? Desculpa não ter vindo antes, mas no meu trampo não consigo comentar logada. Fiquei muito feliz em saber que você atingiu sua meta... não vejo a hora de atingir a minha. Agora queria falar sobre meu *blog*, e as coisas que escrevo lá, sobre dietas, anorexia, jejuns e outras coisas mais.... Sei que é errado e sei também que muita gente que fez gastroplastia não entende. Mas queria te pedir pra não me julgar. Já perdi uma amiga de gastroplastia porque ela não entendeu e não queria perder sua amizade também. Se você já foi gorda entende o meu medo de ficar enorme de novo.¹³⁷

¹³⁷ blogger.com/profile/18274443844108575234

A autora do comentário, adepta das práticas de anorexia e bulimia, iniciou o próprio *blog*¹³⁸ com a proposta de relatar como começou sua “amizade” com: “DUAS melhores amigas que SEI que NUNCA irão me ABANDONAR...” [grifos da autora]. Além dessas duas “ferramentas”, a autora também realizou a gastroplastia por entender que “elas sozinhas não iriam me levar a perfeição”¹³⁹, pois são “apenas ferramentas, o segredo está em nós”¹⁴⁰.

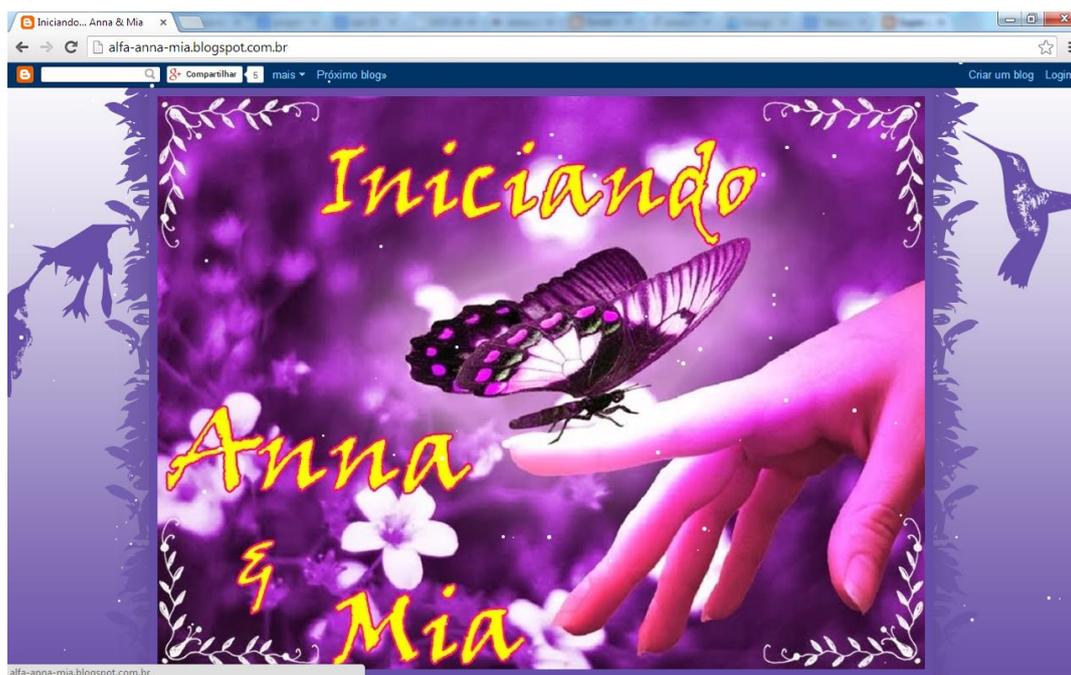


Figura 21 - *Template Iniciando Anna e Mia*

O reconhecimento da própria responsabilidade em meio a um conjunto de terapias de controle da obesidade é o enunciado que permite aglutinar elementos heterogêneos e dispersos em torno dos dispositivos biopolíticos e terapêuticos: histórias de vida, testes, pesquisas científicas, distúrbios alimentares etc. Essa rede de elementos diversos baseia-se na adesão a modos de ver-se e cuidar-se pautados na autoperitagem. Eles preveem diagnósticos de si e estratégias para a auto-transformação: seja anorexia, seja bulimia, seja bariátrica, todas as “técnicas” são acessórios para o indivíduo empreendedor na condução de si mesmo.

De maneira difusa, os *blogs* propõem diferentes modos de perícia e auto-transformação com predomínio de estratégias de autocontrole. A responsabilidade diante da virtualidade de doenças ou distúrbios em diferentes graus é de cada uma. Todas reconhecem que o “segredo” para o corpo saudável e desejado a ser

¹³⁸ alfa-anna-mia.blogspot.com.br/2009/01/alfa-principio-comeo.html

¹³⁹ alfa-anna-mia.blogspot.com.br/

¹⁴⁰ alfa-anna-mia.blogspot.com.br/2012/10/eu-na-foto.html

conquistado está em si mesmas e no autocontrole que são capazes de exercer sobre práticas e condutas cotidianas. No entanto, o trabalho de autodisciplina não é completamente tranquilo e livre de conflitos. A angústia se manifesta quando, após a cirurgia, os ponteiros da balança decrescem menos que o esperado e o pânico pode vir quando o peso se estabiliza antes do número almejado. A coragem inicial para enfrentar os riscos cirúrgicos cede lugar ao forte receio de engordar após a alta médica um ano depois: “medo de engordar um grama”¹⁴¹.

Quando a balança não sai do lugar ou outros aspectos não vão bem, as postagens de *Emagrecendo para a Felicidade...* proliferam. Os desabafos acontecem e somam o segundo marcador mais comum do *blog* (27), ficando atrás apenas de diário (56)¹⁴². “Além das alegrias, esse espaço é também para falar das minhas frustrações, ansiedades e é onde consigo realmente dizer o que sinto. Estou realmente com medo de não conseguir chegar ao fim com o resultado que eu tanto desejo. Hoje estou muito preocupada e ansiosa”¹⁴³. Os comentários às postagens de desabafo aconselham, esclarecem, compartilham a experiência de passar dias sem emagrecer. Outros ressaltam que se trata de um percurso previsto nos protocolos médicos.

O medo de mais uma vez não emagrecer instaura-se simultaneamente à realização da cirurgia, pois a expectativa de emagrecimento é imediata. As lembranças de outras tentativas anteriores rondam. No entanto, os corpos reagem de maneiras distintas, apresentando acelerações ou estagnações. Mas, quando estacionam em determinado peso, as pacientes ficam ansiosas e preocupadas. Medos que podem ou não ter fundamentos. “Eu estava cheia de medo de não emagrecer, porque quando completei um mês de operada a nutricionista colocou na minha dieta um suplemento (*Wheyprotein*) e eu, como boa paciente que sou, comecei a tomar no mesmo dia, mas hoje vejo que emagreço cada dia mais, que meus medos foram sem fundamentos”¹⁴⁴. Em alguns casos, nota-se certo pânico diante do receio da possibilidade de engordar novamente.

Hoje quando voltava do trabalho senti bastante fome, acho que foi a primeira vez depois da cirurgia, parecia que não comia há muitas horas, coisa que não é verdade. Cheguei em casa e não resisti a 1 panqueca de carne moída, comi apenas 1, mas

¹⁴¹ muitoalemdeumsonho.blogspot.com.br/2010/09/1-ano-e-2-meses.html

¹⁴² O uso de marcadores para categorização das postagens é uma singularidade deste blog.

¹⁴³ emagrecendoparaafelicidade.blogspot.com.br/2011/12/finalmente-sextaaaaa.html

¹⁴⁴ estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/2011/06/voltando-usar-calca-jeans.html#comment-form

mesmo assim fiquei com peso na consciência, dá medo de voltar a comer como antes e engordar de novo...amanhã vou fazer opções mais saudáveis¹⁴⁵.



Figura 22 – Charge

A respeito do medo de engordar é válido retomar os argumentos de Susie Orbach (2010). Em sua visão, as mulheres modernas perderam o padrão da alimentação normal. “Estão famintas, mas têm medo de comida.”¹⁴⁶ Os perigos emocionais em torno da uniformidade das imagens do corpo estão relacionados ao crescente número de casos envolvendo distúrbios alimentares em diferentes graus.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que cresce a produção de discursos voltados para a alimentação saudável e as múltiplas terapias de controle da obesidade, vemos também explodir a produção de discursos de consumo, agora guiada pelo princípio da gestão individual dos riscos. “Muitas coisas feitas em nome da saúde geram dificuldades pessoais e psicológicas. Dietas são emocionalmente perigosas” (ORBACH, 2010). A autora alerta para os alimentos saudáveis dos quais se depreende mais interesses econômicos e financeiros das indústrias alimentares, da beleza e cosmética que cuidados com a saúde. Para Susie Orbach:

Essas mídias espalham a uniformidade da imagem. Indianas querem ser iguais às inglesas que querem ter a cintura das brasileiras. É mais poderoso do que publicidade de marcas globais. Há ainda os sites em que as pessoas são julgadas,

¹⁴⁵ estilodocorpoqueeuqueroprimum.blogspot.com.br/search?updated-max=2011-08-16T08:50:00-03:00&max-results=7

¹⁴⁶ folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1508201001.htm

determinantes, bem como também celebrados e premiados com visibilidade midiática, sublinhando trajetórias de sucesso.



Algo de novo no mundo da Carol



Figura 23 – Abertura Algo de novo no mundo da Carol

Sobre o autocontrole, vale destacar que, desde a Antiguidade, as técnicas de disciplina e controle já estavam à disposição de práticas ascéticas. Porém, se no passado a ascese tinha como função a crítica social, não parece ser esse o propósito das ascetes contemporâneas. Ortega (2003) lembra que, atualmente, a exigência de disciplina tem como objetivo reduzir e eliminar os hábitos não saudáveis. A submissão ao autocontrole, à autovigilância e à autoperitagem implica a seleção contínua de condutas sanitariamente corretas. As condutas bem-sucedidas ganham destaque e visibilidade nas mídias de referência, destacando a ascese para adequação às expectativas sociais e não a sua crítica (ORTEGA, 2003).

Ao contrário dos exercícios para transformação da alma, o que temos agora é a busca da longevidade, da saúde, do corpo, da beleza e da boa forma. As identidades somáticas ampliam seu espaço por meio da ênfase sobre os diversos procedimentos de cuidado corporal, médico, higiênico e estético. Nesse contexto, “de dever do Estado e direito dos cidadãos, a saúde se apresenta como responsabilidade de cada indivíduo, que deve se empenhar para evitar doenças e ser capaz de gerenciar os riscos à própria saúde” (ALMEIDA, 2009). E, neste caso, o discurso médico sobre o corpo saudável interfere cada vez mais no comportamento humano.

No empreendimento de gerenciar riscos, reduzindo-os ao mínimo possível, os profissionais da saúde podem ser considerados homens do meio por excelência. Para Bruno (2003), nossa experiência no mundo não se efetiva senão por meio de mediações. Tendo em vista as singularidades de vivência da cirurgia bariátrica, múltiplas mediações se impõem “seja pelo corpo, pelas capacidades cognitivas, pelas estruturas simbólicas, pelos intermediários humanos ou pela tecnologia”:

O corpo, a linguagem, as representações, as construções intelectuais, os discursos, os mitos são velhos e conhecidos mediadores. Também nos são familiares os “homens do meio”, os intermediários ou mediadores do sagrado, do poder, da opinião pública, do saber, dos acontecimentos – padres, reis/estados/governos, intelectuais, mestres, jornalistas. Ainda há a técnica e os objetos técnicos, que também podem ser entendidos como mediações tanto entre o homem e o mundo natural ou material, concepção mais comum, quanto entre os próprios homens ou entre esferas do mundo social, político, econômico, intelectual, experiência mais visível com as recentes tecnologias de informação e de comunicação (BRUNO, 2003, p. 185).

Clínicos, médicos cirurgiões, nutricionistas, psicólogos têm papel de destaque ao acionar toda uma cadeia de mediações entre o desejo inicial, a decisão pessoal de realizar a cirurgia e sua efetivação, entre o diagnóstico e a ação terapêutica. Podemos, assim, considerá-los, portanto “homens do meio” privilegiados.

Paralelamente, as narrativas sobre a própria experiência com a cirurgia bariátrica resistem em sua importância na medida em que se apegam a outro lugar de fala para a construção dos sentidos em torno desse acontecimento. “Não sou psicóloga, nutricionista e muito menos médica. As informações desse *blog* são apenas uma forma de contar a minha história. Procure SEMPRE a orientação de um especialista”¹⁵⁰ [grifos da autora].

¹⁵⁰ fabiolaneves.blogspot.com.br/

Mesmo enquanto narrativas produzidas sob outras condições de possibilidade diferentes daquelas do discurso biomédico, a presença desse discurso prioritariamente biopolítico é fartamente recuperável nessas narrativas. Uma vez institucionalizadas as políticas públicas, os médicos podem ser considerados mediadores privilegiados já que, por exemplo, sem laudos, exames e autorizações, não seria possível o acesso às terapias, desde medicamentos a cirurgia.



Figura 24 – Centro cirúrgico

Acrescente-se, ainda, que os profissionais da saúde, em suas diversas manifestações nos *blogs*, acionam outros discursos biopolíticos. Eles estão presentes em *links* que levam a *sites* de clínicas especializadas, nos comentários das leitoras que recomendam ou não determinados médicos, mediante avaliação, nos elogios das autoras aos profissionais, nas fotografias postadas ao lado das equipes, nos registros em centros cirúrgicos, nos testemunhos, nos eventos compartilhados, nos grupos de apoio etc. Em geral, as autoras relatam uma relação muito próxima com os profissionais da saúde que atuam em equipes multidisciplinares: médicos, cirurgiões, nutricionistas e psicólogos.

Eu tenho uma amiga gastroplastizada que diz que, com a cirurgia, vivemos uma fase de encantamento pelo médico, afinal de contas, é ele quem está “realizando o sonho das nossas vidas”, que “muda tudo para tão melhor”. Enfim, pode até ser mesmo. Mas acho difícil que essa minha fase passe com o tempo. O que eu sinto é uma verdadeira admiração, não só pelo trabalho que ele realiza, mas, especialmente, pela pessoa tão especial que ele é!¹⁵¹

A “gratidão” e o “reconhecimento” das qualidades dos médicos estão presentes nos relatos, nas postagens e, em alguns casos, em *links* que direcionam

¹⁵¹ muitoalemdeumsonho.blogspot.com.br/2009/08/rece-m-operados-versus-gripe-suina.html

para *sites* institucionais de clínicas ou perfis de Facebook. Na página eletrônica *Clínica Dr. Sérgio Arruda: cirurgia geral e bariátrica*, médico que operou duas das blogueiras presentes nesta pesquisa, também estão manifestos depoimentos de quatro mulheres e de um homem¹⁵².

Sou paciente do Dr. Sérgio Arruda, este cirurgião fantástico. Comecei meu tratamento indo à palestra em janeiro/2012. Da palestra já saí com a certeza que a cirurgia de redução de estômago faria com Dr. Sérgio Arruda. Ele me transmitiu tanta segurança em apenas esta palestra que já marquei uma consulta com ele imediatamente. E assim emagreci 6kg antes da cirurgia, graças às instruções do D. Sérgio e sua equipe maravilhosa: as nutricionistas Dra. Cibele e Dra. Paula e a Psicóloga Dra. Marina. E assim mais ou menos dois meses depois estava sendo operada no dia 12 de março de 2012. A cirurgia foi maravilhosa. Dr. Sérgio foi um carinho só. A recuperação foi rápida. Lógico, que nós pacientes temos que fazer nossa parte. Disciplina, seguir a dieta para o resto das nossas vidas. Ir às consultas periodicamente. Tomar os suplementos para o resto de nossas vidas, conforme orientação do Dr. Sergio Arruda. Praticar atividade física. Como exemplo vou relatar minha vida após 10 meses e 14 dias após cirurgia. Nunca engasguei. Vômito foram raros até agora. Acreditem, eu tomava antes da cirurgia quatro remédios de pressão, hoje nenhum. Minha pressão arterial hoje é 12 por 8, 11 por 7. Não sofro por comer pouco pois acho que a cirurgia atacou de imediato minha ansiedade. Hoje como para viver e não vivo para comer. Como de tudo, de três em três horas, porém em quantidades beemmmmm menores. Não passo fome de jeito nenhum. Emagreci até agora 37kg. Autoestima no topo. Já revezo caminhada com corrida (8 quilômetros de segunda a sexta-feira). Nos fins de semana não faço caminhada porque estou fazendo companhia à minha mãe. Este anjo chamado Dr. Sérgio Arruda e sua equipe mudaram maravilhosamente minha vida e a eles sou eternamente grata¹⁵³.

A estrutura narrativa dos depoimentos no *site* da clínica segue roteiro semelhante: diante dos males da obesidade, os pacientes procuraram ajuda e encontram no médico uma pessoa de confiança para se submeterem à cirurgia como um instrumento do auxílio no propósito pessoal de controle. Os depoimentos destacam a responsabilidade individual: “a gastroplastia, para mim foi a maior e melhor coisa que já fiz na vida por mim mesma”¹⁵⁴, “nós pacientes temos que fazer nossa parte”¹⁵⁵, “atropelos como engasgo às vezes acontecem, mas é culpa exclusiva de nós pacientes que esquecemos de regras básicas e essenciais que aprendemos já no início do pré-operatório”¹⁵⁶, “só a cirurgia em si não faz milagres, mas te dá uma ferramenta poderosa para vencer essa doença maldita que é a obesidade”¹⁵⁷.

¹⁵² Esse depoimento foi incluído na página em 08 de abril de 2014. Os demais, femininos, já estavam presentes desde agosto de 2012, o que pode sugerir o incremento crescente de pacientes deste gênero.

¹⁵³ sergioarruda.com.br/depoimentos/zenilia-tereza-ribeiro-de-assuncao/

¹⁵⁴ sergioarruda.com.br/depoimentos/claudia-queiroz-novellino-madruga/

¹⁵⁵ sergioarruda.com.br/depoimentos/natalie-breckenfeld-pimentel/

¹⁵⁶ sergioarruda.com.br/depoimentos/91-2/

¹⁵⁷ sergioarruda.com.br/depoimentos/luiz-eduardo-brito-mendes-couto/

Desde os primeiros contatos, as pacientes são acolhidas, preferencialmente, por uma equipe multidisciplinar. Os preparativos exigem diversos encontros até a realização da cirurgia para saber como proceder no processo de recuperação. A preparação exige um número de encontros que podem gerar proximidade, resultado da complexidade dos procedimentos, do longo percurso entre a decisão da cirurgia e sua realização. Entre idas e vindas, uma nova pedagogia do corpo vai-se estabelecendo a partir das técnicas corporais ensinadas. Mediante o discurso da autonomia, a autoformação, o autodidatismo é imprescindível para manter o corpo, a saúde, a beleza, a autoestima, sempre sob cuidados.

Ao longo da recuperação pós-cirúrgica, o olhar privilegiado do cirurgião nas consultas médicas pós-cirurgia é descrito como objeto de intenso desejo. Após cada reencontro e avaliação da performance na perda de peso, seguem-se postagens, narrando os detalhes dos exames, dos comentários e dos elogios do médico.

Meninas, fui na consulta com Dr. Marcos Novaes (...) Quando me chamou o médico disse: sinceramente não estava te conhecendo, depois que vi seu nome para ser chamada que lembrei de você. Lógico, risos de felicidade, respondi que não é somente ele que fala isso.... (...) Perguntou meu peso, falei que estava hoje exatamente 74,000 redondo sem gramas a menos ou a mais, falou que por isso que não estava te conhecendo, pois já se foram 48 quilos em 9 meses, olhou para computador e terminou dizendo também você tem 1,74 já ESTÁ EM SUA META ALCANÇADA.....nem acreditei quando ouvi isso do Dr. Marcos, gente....é BOM....e HIPER....OBAAAA!!! Me parabenizou falou que minha cirurgia foi e está sendo um sucesso...nossa...sem palavras para dizer o que estou sentindo hoje. (...) Cheguei à conclusão que minha meta pessoal será 68 quilos, sim... lembrando que ainda vou emagrecer, pois não sei o que pode acontecer no futuro não quero me imaginar gorda, vou manter o corpo que adquiri com todas as minhas forças. (...) Então gente....UPIIIII! Estou feliz....EU CONSEGUI....agora é consciência e manter!¹⁵⁸ [grifos da autora]

Os comentários das demais mulheres que acompanham o blog *Superação para uma vida melhor* também apontam a satisfação pessoal em atender às expectativas médicas. Eles destacam objetivos pessoais mais próximos da estética que das medidas sanitárias recomendadas. Ou ainda, sugerem o melhor momento do processo: “sonho em ouvir isso da boca do meu cirurgião: ‘Meta alcançada’ Posso imaginar sua felicidade”.

Vale lembrar que, atualmente, as consultas médicas com suas avaliações e prescrições não se restringem mais às clínicas e aos hospitais. Os espaços de atuação dos profissionais de saúde não são restritos aos consultórios, pois os médicos aparecem constantemente na mídia, protagonizando, por exemplo,

¹⁵⁸ christianesiqueira.blogspot.com.br/2011/07/meta-alcancada.html

teleconsultas e entrevistas em programas de saúde e telejornais. As novas tecnologias da comunicação acrescentam mais questões na relação histórica entre médico e paciente.

Com a internet, ações de governo, de ONGs, de profissionais da saúde, de voluntários e de empresas dão origem a um amplo espectro de atividades que mesclam tecnologias, cuidados e saúde pública (SOARES, 2004). Eng e Gustafson (1999) propõem o termo Comunicação Interativa e Saúde (CIS) para se referir ao uso de dispositivos eletrônicos ou tecnologia da comunicação pelos indivíduos para acessar/transmitir informação em saúde, receber/oferecer orientação e apoio sobre assuntos relativos à saúde. Desse modo, com a atuação dos profissionais de saúde na internet, especialmente nas redes sociais, as práticas de autocuidado ganham contornos ainda mais complexos. De maneira capilar, os pacientes e familiares têm acesso a materiais para a condução de si mesmos e dos entes, de modo a se afastarem dos riscos ou até mesmo de buscar a socialização em torno dos critérios sanitários/estéticos. Cada vez mais, nos aproximamos das previsões de Deleuze (1993) que apontou para uma vida hospitalar fora do hospital. Com as redes sociais, é possível estar em constante contato com os pacientes ou médicos onde eles estiverem.

Além disso, as tecnologias da comunicação e informação viabilizam outras formas de socialização entre o médico e pacientes, e entre pacientes. Essa socialização está pautada em critérios biossociais. “Venha correr com o Dr. Sérgio Arruda”, convoca o *site* da clínica. Pacientes, ex-pacientes e familiares interessados em ingressar nas competições de corrida de rua têm uma equipe de saúde encarregada de identificar e repassar informações sobre as disputas. Além do *site*, esses e outros dados também estão disponíveis no Facebook com vistas à assistência especial pós-gastroplastia. O acompanhamento multiprofissional pós-cirurgia bariátrica e a influência do uso da internet estão entre os temas de interesses dos psicólogos que atuam no setor¹⁵⁹.

¹⁵⁹ [facebook.com/ClinicaDrSergioArruda?fref=ts](https://www.facebook.com/ClinicaDrSergioArruda?fref=ts)



Figura 25 - Template perfil Clínica Dr. Sérgio Arruda

Se, no passado, exigiam-se do médico apenas recomendações sobre a atividade física e outros modos à mesa, atualmente temos o médico também submetido às próprias recomendações. Ele também participa dos discursos e práticas biopolíticas, mesclando políticas públicas e *marketing*. Afinal, todos estão na luta contra a obesidade, sendo convocados a fazer sua parte. A socialização atinge tal ponto que algumas pacientes se “apaixonam” pelas áreas médicas e passam a atuar como profissionais de saúde.

Em certa medida, trata-se de uma atualização de um poder pastoral que tem por escopo conduzir um grupo de homens para a sua salvação, na medida em que se interioriza certo modelo por meio de técnicas precisas (FOUCAULT, 1995). Assim, por meio de confissões e direção espiritual, “o poder pastoral seria criador de subjetividades e identidades (ARAÚJO COSTA, 2007, p. 80). No caso das pacientes, as transformações são percebidas pelas bariátricas em relação a aspectos *corporais* que elas avaliam e autoavaliam: o corpo, a saúde, a performance, a autoestima. A visibilidade da terapia serve de modelo para a direção em torno dos hábitos saudáveis.

Fiz a Cirurgia Bariátrica em Agosto de 2009. A cirurgia me proporcionou muitas alegrias e também muitas mudanças, uma delas foi a possibilidade de estudar a área da saúde que se interessa justamente por isso: a Nutrição! Atualmente moro em São

um sonho. “Aqueles que sonham como eu sonhei, não desistam!”. Ao final da postagem, a autora inclui a música *Mais uma vez*, de Renato Russo¹⁶². Da letra da canção, é destacado o verso “se você quiser alguém em quem confiar, confie em SI mesmo, quem acredita sempre alcança!” [grifos da autora]. As imagens que ilustram o clipe são sequências fotográficas: horizontes, paisagens, casais, praia, crianças, dicotomias – choro, tristeza, dia/noite, longe/perto. Assim, a música e as imagens servem de ilustração e representação da própria história da autora, com mediador entre a “mensagem” proposta pelo testemunho e o relato autobiográfico, corroborando com a lição de vida apreendida com a experiência.

A citação de músicas, poemas, filmes e livros é prática corriqueira entre os *blogs*. Em alguns casos, a cópia ocorre sem indicação de fontes. Ao apresentar-se no espaço destinado para tal, Priscila Bittancourt não indica que Augusto Cury é o verdadeiro autor da mensagem de apoio:

Posso ter defeitos, viver ansiosa e ficar irritada algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um não. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta¹⁶³.

Nem sempre, no entanto, a cópia de textos ocorre sem que os verdadeiros autores do material se queixem. Ao reproduzir o poema *Mude*, de Edson Marques, a blogueira Samanta atribuiu o poema à Clarice Lispector. Vigilante, ele possui um *blog* onde publica todas as provas de que é o autor. “Enfim, o que o escritor mais gosta é disso mesmo: ver sua obra reconhecida – ainda que com autoria ‘transferida’ para Clarice Lispector...”¹⁶⁴ A postagem de referência não consta mais, o que sugere que tenha sido editado após o comentário do verdadeiro autor. A postagem de Samanta é ilustrada com uma figura de Fênix.

Mude.

Mas comece devagar, porque a direção é mais importante que a velocidade.

Sente-se em outra cadeira, do outro lado da mesa.

Mais tarde, mude de mesa.

Quando sair, procure andar pelo outro lado da rua.

Depois, troque o caminho, ande calmamente por outras ruas, observando com atenção os lugares por onde você passa.

¹⁶² [youtube.com/watch?v=-ZDAnAXM05o#t=121](https://www.youtube.com/watch?v=-ZDAnAXM05o#t=121)

¹⁶³ pensador.uol.com.br/posso_ter_defeitos_viver_ansioso/

¹⁶⁴ estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/2011/03/mudanca.html#comment-form

Tome outros ônibus. Mude por uns tempos o estilo das roupas; dê os sapatos velhos e procure andar descalço alguns dias – nem que seja em casa.
 Tire uma tarde inteira para passear livremente, ouvir o canto dos passarinhos ou o ruído dos carros.
 Abra e feche as gavetas e portas com a mão esquerda.
 Durma do outro lado da cama.
 Em seguida, procure dormir em outras camas.
 Assista a outros programas de TV, leia outros livros, viva outros romances – nem que seja em sua imaginação.
 Durma mais tarde.
 Durma mais cedo.
 Aprenda uma palavra nova por dia.
 Coma um pouco menos, coma um pouco mais, coma diferente; escolha novos temperos, novas cores, coisas que você nunca ousou experimentar.
 Almoce em outros locais, vá a outros restaurantes, tome outro tipo de bebida, compre pão em outra padaria.
 Almoce mais cedo, jante mais tarde, ou vice-versa.
 Tente o novo todo dia: o novo lado, o novo método, o novo sabor, o novo jeito, o novo prazer, a nova posição.
 Escolha outro mercado, outra marca de sabonete, outro creme dental.
 Tome banho em novos horários.
 Use canetas de outras cores.
 Vá passear em outros lugares.
 Ame cada vez mais, de modos diferentes. Mesmo achando que a outra pessoa pode ficar assustada, sugira o que sempre sonhou fazer, na hora do sexo.
 Troque de bolsa, de carteira, de malas, compre novos óculos, escreva outras poesias.
 Abra conta em outro banco.
 Vá a outros cinemas, outros cabeleireiros, outros teatros, visite novos museus.
 Mude. E pense seriamente em arrumar um outro emprego, uma nova ocupação, um trabalho mais parecido com o que você espera da vida, mais digno, mais humano.
 Se você não encontrar razões para ser livre, invente-as: seja criativo.
 E aproveite para fazer uma viagem desprezenciosa, longa, se possível, sem destino.
 Experimente coisas novas.
 Troque novamente. Mude de novo.
 Experimente outra vez.
 Você certamente conhecerá coisas melhores e coisas piores do que as já conhecidas, mas não é isso o que importa.
 O mais importante é a mudança, o movimento, o dinamismo, a energia.
 Só o que está morto não muda, e você está vivo.

Para além da disputa pela autoria do poema, é preciso considerar os aspectos desse texto que o vinculam aos processos de subjetivação das mulheres, autoras ou leitoras. Ele convoca à mudança constante e à incessante transformação de si. Esta é a meta: a capacidade de adaptar-se. A cirurgia é um desses momentos. “Acho que só o fato de pensar na cirurgia já me fez rever muitos conceitos da vida. E pensar em viver de verdade ao invés de ficar presa nesse corpo!”. Destacadas de seu contexto original, as citações são apropriadas para fins específicos: tudo se torna matéria de autoajuda, até a publicidade¹⁶⁵.

¹⁶⁵O texto *Mude* é lido em *off* na publicidade da Fiat em 2009. Disponível em: www.youtube.com/watch?v=NTZ7AGvT44Y

Mesmo que sem teleologia definida, ou claro modelo a ser adotado, parece ser a flexibilidade o ideal a ser seguido. Almas e corpos flexíveis, capazes de se adaptar às mais diversas situações. O corpo gordo não é esse corpo flexível, uma vez que não consegue leveza em seus movimentos, não se adapta às rápidas mudanças de demanda de consumo, nem ao mercado de trabalho permanentemente mutante.

3.2.4. Outros temas, outras cenas

É possível supor que os temas vinculados à cirurgia bariátrica sejam os únicos abordados nos *blogs*. Certamente, eles são a imensa maioria: os exames médicos exigidos, as consultas e laudos necessários, os personagens colocados em cenas como os profissionais da saúde, os alimentos recomendados ou proibidos após a cirurgia, a perda contínua de peso até a estabilização, cirurgias estéticas e reparadoras.

Algumas das autoras mantêm *blogs* centrados nessa proposta de abordagem e explicitam isso na apresentação das narrativas em primeira página. “Este é um diário do meu trajeto em busca de saúde, bem-estar e beleza”¹⁶⁶. Mas especificamente, os perfis que as autoras disponibilizam permitem visualizar os interesses: “Informações sobre a vida antes e depois de operar”¹⁶⁷ ou “interesse em me relacionar com pessoas que tenham o mesmo intuito, trocar ideias sobre cirurgia bariátrica”¹⁶⁸.

Perfis e apresentações centrados na temática poderiam levar à compreensão de que as autoras estão estritamente imersas no universo da cirurgia bariátrica e do emagrecimento, não possuindo outros interesses além desses. Ou seja, passariam a viver em função de emagrecer o corpo e mantê-lo nos padrões sanitários e estéticos vigentes. No entanto, apesar de alguns *blogs* permanecerem monofocados, a centralidade do tema gastroplastia não é uma constante em todos eles ou ao longo da existência e desenvolvimento desses *blogs*. É certo que os monotemáticos possuem poucas postagens e vida mais breve do que aqueles abertos para outros

¹⁶⁶ emagrecendoparaafelicidade.blogspot.com.br/

¹⁶⁷ blogger.com/profile/16673212587110618759

¹⁶⁸ blogger.com/profile/03344613464265822063

“interesses” e “afinidades” e, com isso, estes últimos permanecem mais tempo na ativa.

*Algo de novo no mundo da Carol*¹⁶⁹ iniciou suas atividades com o tema da cirurgia bariátrica. “Pensando bastante decidi então acatar a opinião do médico, sim este *blog* é receita médica, das mais estranhas eu sei, mas é! O psiquiatra me acenou de que durante o tratamento uma das boas formas de lidar com as questões relacionadas à ansiedade seria dividir em um *blog* o que anda se passando no meu mundo interno”¹⁷⁰.

Antes da alta médica um ano após realizar a cirurgia, outros temas começam a se tornar mais frequentes. No caso de Caroline Carvalho, sua vida profissional é a temática emergente mais presente. “Semana de muito trabalho por aqui, estou em meio a uma Mostra de Teatro que acontece aqui em Itajaí, chamada Itajaí Em Cartaz. (...) Para que compreendam meu sumiço, apresentei simplesmente 7 vezes esta semana. (...) Para não deixar passar em branco e para que me vejam em cena, agora magrinha, deixo aqui fotos dos trabalhos que apresentei chamados: T.O.U., Folhetim, Devoradores de Livros e Tarefas”¹⁷¹.



Figura 26 - Festival Itajaí em Cartaz

¹⁶⁹ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/

¹⁷⁰ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/2009/11/pensando-bastante.html

¹⁷¹ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/2010/09/em-cena.html

É possível perceber que os relatos, apesar de relativos à vida profissional, ainda tenham ancoragem na experiência do emagrecimento: “me vejam em cena, agora magrinha”. Mesmo assim, reconhecemos que as imagens do corpo em cena, apesar de atestar sua forma esbelta, diferem daquelas postagens pautadas pela finalidade de demonstrar o sucesso da intervenção cirúrgica. Se esse corpo está magro, ele se dá a ver em ação produzindo outra cena que não aquela vinculada à observação comparativa e objetiva, ao olhar médico assumido pelas leitoras que observam a redução das medidas. O corpo de Caroline performa outra cena, abrindo, ainda que raramente, o discurso para outros domínios de presença e atuação.

Os comentários das leitoras, obviamente, elogiam o corpo magro. “FiuFiu, você está muito linda mesmo!”. Outra acrescenta: “Você está muito magra!!! Isso é um megahipersuperelogioooo!”. No entanto, os comentários não se reduzem a reafirmar que a autora está magra. “Parabéns pelo seu trabalho. Que bom que vamos nos conhecer Domingo, aí quem sabe vamos juntas ao teatro né!”. Uma quarta acrescenta: “Magra, feliz e lindaaaa....kkkkk Adoro ver suas fotos atuando Carol, o devoradores de livro é meu preferido, acho que por causa da roupa, da maquiagem, fica tudo tão lindoooo, amo teatro, já fiz cursos, até tenho algumas peças no currículo kkkk, mas deixa pra lá, sou melhor como funcionária pública kkkk...”

São justamente os comentários em torno da atuação profissional da autora que deslocam temporariamente o foco dos temas do emagrecimento. “Hoje recebi um elogio destes inusitados, mas adoráveis, e não estou falando da cirurgia, do emagrecimento e nem da dieta, mas do meu trabalho”¹⁷². A postagem seguinte aos elogios aponta para uma possível guinada. Apesar de longa, ela esclarece alguns pontos comuns a um grupo considerável de blogueiras sobre a cirurgia bariátrica que e permanecem na escrita após a alta médica.

AMEI saber que gostaram do post sobre meu trabalho, recebi comentários lindos, de chorar mesmo, e além disso fiquei mais encorajada a falar sobre outros assuntos aqui no blog, bem, bem... Já que falei nisso vamos lá. Estou a algum tempo pensando sobre o blog sabe, a princípio ele nasceu de um tratamento com o psicólogo, como auxiliar ao tratamento para a cirurgia, acaba que me apaixonei por isso aqui =D, mas conforme seguem os dias minha vida começou a voltar ao normal, estou SUPER adaptada a minha vida alimentar e minha nova forma de conviver com a comida, por fim, tenho pouco o que falar sobre a cirurgia em si. Comecei a sentir vontade de ampliar e falar sobre outros assuntos. Veio o receio, mas hoje mesmo,

¹⁷² algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/2010/08/elogios-de-varios-tipos-sao-muito-bem.html

compartilhando o assunto com a minha querida amiga Fê, recebi um estímulo por parte dela que me fez pensar que certamente será uma ótima idéia, vou agregar novidades ao blog, assuntos de que gosto e com certeza poderei mostrar um pouquinho mais de quem sou eu. Do dos meus gostos e assim vai... Com certeza vocês vão descobrir que a metidinha aqui é apaixonada por maquiagem, decoração, coisas bonitas, receitas e assim vai.... Por fim o blog deixará de ser algo de novo no mundo da carol, para MUITAS NOVIDADES NO MUNDO DA CAROL!”¹⁷³ [grifos da autora]

Essa postagem ocorre antes da descoberta da gravidez. A própria autora já indicara que iria abordar outros temas. O trabalho como atriz despontara como um deles. Apesar do tema do trabalho ganhar força entre os assuntos relativos à vida da autora, a gravidez toma de assalto o *blog* a ponto de sufocar o primeiro e tornar-se prevalente em outro *blog*¹⁷⁴. O percurso da gravidez resulta em *posts* relativos à experiência da gravidez pós-bariátrica—exames, ameaça de aborto, alimentação, decoração de quarto, chá de bebê, etc.—no *blog* inicial. Há, neste caso, uma preocupação em informar as interessadas sobre a experiência e os cuidados em ser mãe após o procedimento cirúrgico. No caso específico dessa autora, o nascimento dos filhos impõe o fim do *blog* terapêutico/bariátrico, ou, em outros termos, a autora se dá alta do processo terapêutico/psicológico iniciado anos atrás e segue a escrita de outro com perspectiva e proposta diferentes.

Apesar de serem constantemente mencionados, os filhos recebem cuidados especiais quanto à exposição, indicando que as relações público/privado são redesenhadas nesse caso. Inicialmente, a autora pretendeu preservar privacidade dos filhos, uma vez que, para ela, os gêmeos não teriam como opinar sobre a veiculação de informações a respeito de si. “Vou contar tudo direitinho, a princípio não pretendo expor muito os *babys* aqui no *blog*, afinal o *blog* é meu, a vida é minha, e não acho correto falar muito deles ou mesmo expor eles o tempo inteiro, eles não podem me pedir para não fazer, por isso prefiro não comentar coisinhas demais”¹⁷⁵. “Bem, como já havia dito não vou expor muito eles por aqui, não acho muito seguro, então aproveitem pois fotos deles aqui neste espaço serão pouco frequentes.”¹⁷⁶.

Dois anos e meio após lançar o *blog* sobre a cirurgia de redução do estômago, a autora decide abandoná-lo. O *blog* que nasceu de um tratamento com

¹⁷³ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/2010/09/depois-de-dias-ruins-estou-devolta.html

¹⁷⁴ varaldospassarinhos.blogspot.com/

¹⁷⁵ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/search?updated-max=2011-03-02T16:54:00-08:00&max-results=4

¹⁷⁶ algodenovonomundodacarol.blogspot.com.br/2011/07/bernardo-e-benjamin-ja-estao-comigo-e.html

psicólogo, considerado decisivo para o sucesso do procedimento, é encerrado. “Simplesmente porque neste *blog* tentei escrever sobre outros assuntos, mas parece que não combina, não cabe, este espaço criei para falar da cirurgia e de fato o pretendido se cumpriu e valeu a pena.” Apesar das relações afetivas desenvolvidas com a escrita do *blog* e da tristeza em encerrá-lo, a vida continua. “É com bastante tristeza que finalizo esta história, *especial*, que tive na minha vida, meus olhos enchem de lágrimas, mas a vida segue...” [grifos do autor].

3.2.5 Embates biossociais e suas ambiguidades

Os vínculos desencadeados no interior dos *blogs* e suas interações incluem formas que necessitam de mais atenção. Percebemos, anteriormente, que essas relações não são necessariamente pacíficas, havendo disputas em torno dos sentidos da obesidade e da própria constituição do grupo ou da recusa aos guetos. Ao longo do tratamento, outras temáticas também podem colonizar o *blog* e determinar seu desaparecimento. Tendo em vista como as avaliações médicas e seus critérios biomédicos foram sugestivos para as autoavaliações realizadas pelas autoras em suas narrativas nos *blogs*, consideramos essas narrativas como mediadoras de relações de força podendo fomentar reações mesmo que difusas.

Não devemos esquecer: “a medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 1979, p. 80). Conforme alerta Foucault (1979), essa estratégia retira do paciente sua autonomia, “o direito das pessoas [de] não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (p. 96).

Para André Martins (2004), a crença na ciência, e por corolário na medicina científica, possibilita ao médico, adepto das práticas desse tipo de terapia, assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. “Em termos mais gerais, o médico positivista, organicista e cientificista é um reflexo de interesses financeiros mundiais, que em nome da Ciência impõe uma medicalização da vida, para fins financeiros. (...). A saúde torna-se um comércio como outro qualquer” (MARTINS, 2004, p.25).

André Martins (2004), no entanto, nos lembra que, apesar da retirada de autonomia dos pacientes no modelo de medicina científica em vigor, também há

formas de sobrevivência, ainda que residuais. “Resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações” (MARTINS, 2004, p. 31). Foucault (1979) também já nos havia advertido das formas difusas de resistência à medicalização da vida no passado. Essas resistências ocorreram contra o modelo inglês de medicina¹⁷⁷ que

permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; a medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada dos problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la (FOUCAULT, 1979, p.96-97).

Neste sentido, as relações de poder entre médicos e pacientes devem ser encaradas, contudo, não como uma relação de plena dominação dos primeiros sobre os últimos, mas como um jogo em constante deslocamento, parte de um dispositivo complexo (que envolve procedimentos, tecnologias, discursos e, como vimos, narrativas heterogêneas). Nesta perspectiva, ao observarmos as narrativas das pacientes bariátricas, identificamos relatos de momentos em que as mulheres se colocam em posição de subserviência aos saberes médicos e outros em que, mesmo sem estratégias definidas, organizam-se saberes adversos ao campo médico. Desde a busca por laudos favoráveis até disputas especialmente diante da medicina como negócio e comércio estão presentes.

Essa situação de ambivalência, passividade e atividade, decorre de a resistência constituir um fato, e não uma obrigação: toda força suscita uma resistência que se opõe à ação primeira (GARCIA, 2008). Suas forças “são cegas, surdas, inarredáveis; as mesmas forças são encontradas na resistência e na contra-resistência, na vida e na morte.” (p. 109).

Basicamente, a resistência é expressão de subjetivação, de autonomia. A resistência é combate particular; ela não afronta o inimigo para infligir uma derrota, mas ela se abate na adversidade; no fundo, seu adversário não passa de um pretexto, o que ela pretende é enfraquecê-lo e fazê-lo bater em retirada. Ela não busca a vitória, ela não se lança em uma batalha final, ela desarma o inimigo com suas próprias armas ao desorganizar a guerra que ele havia imposto (GARCIA, 2008, p. 109).

Para Foucault (1988), a resistência ao dispositivo biopolítico encontra-se no próprio objeto desse poder, ou seja, na vida. Ela só pode se tornar resistência na medida em que o poder a tornou objeto de ação. “A vida constitui, portanto, o alvo

¹⁷⁷ Sobre os modelos alemão, francês e inglês de medicina, ver *O nascimento da medicina social* (FOUCAULT, 1979).

de lutas biopolíticas, mesmo sob a forma de lutas por um direito à vida, à saúde, ao corpo, à higiene, à felicidade e à satisfação das necessidades” (ORTEGA, 2004, p. 11). A formação de grupos biopolíticos faz parte dos mecanismos de organização social difusa em torno de critérios sanitários.

Na preparação para a cirurgia, as narrativas e a constituição de uma rede de assistência às interessadas em realizar o procedimento cirúrgico não são apenas informações sobre os exames, os valores, as experiências de vida que estão expostas, mas também táticas para prosseguir em meio à burocracia sanitária pública ou privada, relacionando-se com os médicos e outros profissionais.

Ao responder a um questionário proposto por uma amiga, Karine¹⁷⁸ descreve, parcialmente, sua relação com os profissionais de saúde. A motivação em responder às perguntas é a colaboração com as leitoras e sua advertência é comum: “Não sou médica nem especialista, escrevi o que eu achei certo”. Seu testemunho se refere aos modos como se portou nas consultas com especialistas:

Eu disse principalmente para os psicólogos que todos me apoiavam, mesmo não apoiando, não entrei na minha vida pessoal e fui bem informada sobre tudo da cirurgia para ele ver que eu estava bem informada e sabia que eu queria. O resto é moleza, só os endócrinos que não gostam muito de dar os laudos, mas você se imponha e diz que está decidida e que não vai mudar de opinião e se ela não der você procura outra... Foi assim que eu fiz!!!¹⁷⁹

Os laudos são exclusividade de instâncias médicas altamente especializadas: psicólogos, médicos, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, endócrinos, etc. Mais que apontar incompetência desses profissionais, descaso, descuido, ou despreparo, a fala da autora permite identificar algumas nuances dessa relação que, à primeira vista, seria de total subserviência. Os protocolos prevêem a entrega do corpo para completa investigação e, ainda, relatos em entrevistas, grupos de apoio, consultas, *blogs*. As informações subtraídas à revelia liberam ou interditam a cirurgia. No entanto, como observamos, há uma pedagogia para a anamnese composta de táticas propostas pelas autoras dos *blogs*.

Certamente, não podemos afirmar que os laudos autorizando a realização das cirurgias são determinados pela firmeza da paciente. Mas, impor-se, demonstrar estar informada, saber e dizer o que se quer, são conselhos fartamente distribuídos na rede. Assim, é certo dizer que essa autora, e outras, investem pessoalmente na

¹⁷⁸ metamorfozedekarine.blogspot.com.br/2012/01/meu-primeiro-questionario.html

¹⁷⁹ metamorfozedekarine.blogspot.com.br/2012/01/meu-primeiro-questionario.html

proposta de operação de tal forma que algumas, sem dúvida, sentem que se operaram talvez mais do que foram operadas¹⁸⁰.

Ortega (2004) acredita que Foucault¹⁸¹ se afasta da concepção de luta baseada na localização no corpo e nos prazeres para enfrentamento dos dispositivos biopolíticos estatais. No entanto, ao considerarmos as lutas engendradas por essas mulheres, observamos forte vinculação entre o corpo e suas interações baseada nos direitos à saúde: “um novo direito do homem, o direito à saúde, compreendida como plena realização da pessoa, direito de fato compreendido, sobretudo, como direito à assistência médica” (MOULIN, 2003, p. 15).

De fato, outras frentes de lutas surgem no mundo contemporâneo. No entanto, o direito à saúde permanece como um daqueles com mais possibilidades de mobilização. A medicalização paulatina da vida contribui para essa evidência de uma importância do corpo e seus cuidados sanitários quando tudo parece dar-se a ver pelo prisma da saúde. O acesso às terapias constituem obstáculos para as lutas coletivas em alguns casos de negativa dos planos de saúde.

Como pacientes com outros diagnósticos, duas das autoras acompanhadas recorreram à justiça para forçarem os planos de saúde a arcarem com os custos da realização de procedimento. As orientações para ajuda jurídica partiram das leituras dos *blogs* que comentaram casos semelhantes. Não somente os *blogs*, mas também em outras redes sociais. “Quero também agradecer aos anjos que foram surgindo na minha vida durante esta caminhada em busca da Gastroplastia, não só aqui no *blog*, mas também nas comunidades que participo (Gastroplastia, Gastroplastia Jurídica e Gastroplastia Santos)”¹⁸². A autora recorreu à liminar para conseguir que o plano arcasse com os custos da cirurgia¹⁸³.

As alegações das autoras sugerem que a cirurgia é necessária e que elas atendem os requisitos. Em alguns casos, os planos de saúde se recusam a arcar com os custos. O sistema público de saúde segue outros protocolos e número de cirurgias realizadas é menor. Os procedimentos relativos à redução de estômago

¹⁸⁰ A presença de pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento nas redes em busca de informações e descrições dos comportamentos das pacientes poderão redefinir as estratégias de controle dos órgãos e instituições disciplinares a partir de novos saberes engendrados. Tais táticas estão sujeitas à repressão, bem como redefinição em outros ambientes estratégicos.

¹⁸¹ Para Ortega (2004), é ambígua a posição de Foucault em *Vontade de Saber: tratar-se-ia de resistir “na biopolítica” ou “à biopolítica”?*

¹⁸² estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/2010/10/bom-dia-obrigada-pela-forca-que-todas.html

¹⁸³ estilodocorpoqueeuqueropramim.blogspot.com.br/2011/03/rumo-gastroplastia.html

são os mais recusados pelos planos. “Enquanto as recusas ilegais na saúde suplementar se mantêm, a demanda pelo procedimento cresce a cada ano em todo país por causa da maior incidência da obesidade e suas complicações”¹⁸⁴. Instituições e grupos argumentam que o tratamento tem impactos sobre doenças associadas como trombose, diabetes, hipertensão, má circulação e problemas nas articulações. Como no estudo do aconselhamento genético (PAULA, 2014), tanto os projetos coletivos quanto as opções individuais são baseados em fatos, e não em valores, quando se buscam argumentos para determinadas condutas. As disputas do acesso à saúde se dão em torno de informações “científicas”. “É o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas do inqualificável cientificamente do qualificável” (FOUCAULT, 1979, p. 247)

O grupo submetido aos mesmos riscos advindos da obesidade resulta das interações em torno dos saberes e práticas terapêuticas ligados à doença. Na preparação para a cirurgia, outras pacientes foram importantes inicialmente, compartilhando as dificuldades e funcionando como grupo de apoio. Por fim, contribui ainda para garantia de direitos de cobertura, mesmo que direitos de consumidora. Para Paula (2014), a transformação do sofrimento diante de uma doença num novo fator de sociabilidade e mobilização é, por si só, um ato político.

¹⁸⁴ sbcbm.org.br/noticiasbcbm.php?not_id=85&str=002

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a crescente relevância dos cuidados constantes com o corpo para a manutenção da saúde em nossa sociedade. Mas, nota-se também como essa relevância não cresce, se desenvolve, nem “avança” em linha reta e sucessivamente, mas se transforma por saltos, rupturas e desvios. Se os cuidados com o corpo se mostram cruciais para aquilo que realizamos, somos e podemos ser, os dispositivos nos quais estão engendrados revelam a contingência histórica desses cuidados e sua implicação para a constituição das subjetividades.

A escalada de interesse em torno das novas terapias e técnicas biomédicas poderia ser um argumento para investigar a corporeidade no mundo contemporâneo, no sentido de se revelar esse imbricamento entre tecnociência e subjetividade. De uma maneira geral, o que é possível atualmente produzir em nossos corpos e o que estamos fazendo deles em busca de saúde, longevidade, bem-estar, etc.? Em que medida esse investimento no corpo implica transformações subjetivas?

Quando destacamos as terapias relativas ao controle de peso entre as diversas técnicas corporais disponíveis – a cirurgia bariátrica, no caso – os enunciados relativos ao cuidado do próprio corpo desdobram-se e multiplicam-se exponencialmente: das políticas públicas aos programas de televisão, passando pelas mídias sociais. Certamente, as mídias de referência colaboram para a ascensão e manutenção da saúde como valor central de orientação das nossas condutas. Todavia, os investimentos no corpo encontram-se ainda vetorizados pelo incremento das tecnologias reticulares da comunicação, quando nossas experiências corporais em habitar o mundo e nele interagir, adoecer e se curar, se veem mais uma vez deslocadas historicamente pelos dispositivos comunicacionais. Neste sentido, mais especificamente, o que as mídias nos induzem a produzir em nossos corpos em busca de saúde, no mundo contemporâneo conectado via redes telemáticas?

Efeito direto das novas tecnologias da comunicação, os *blogs* são um exemplo do crescente interesse sobre a saúde e a participação de dispositivos comunicacionais nos processos de cuidado sanitário com o corpo. Eles produzem relatos cotidianos de pessoas anônimas sobre as técnicas e tecnologias biomédicas mesclando experiência, testemunho e autocuidado. Neles, muitas vezes, aquele que fala é, ao mesmo tempo, aquele de quem se fala. Desse modo, consideramos essas

narrativas uma oportunidade para apreendermos o que se produz em nossos corpos por meio das tecnologias médicas e comunicacionais. Enfim, o que estamos fazendo de nós e nossos corpos na busca por saúde? Como essa busca se modula por meio das tecnologias médicas e comunicacionais atuais?

Em *Antes e depois da Cirurgia Bariátrica: dispositivos biopolíticos, blogs terapêuticos e outras narrativas biomidiáticas* buscamos identificar como essas narrativas não só traduzem a experiência de realização da cirurgia bariátrica, mas também abrigam, respondem e, quiçá, reinventam os discursos em torno da saúde dos corpos. Nosso argumento foi o de que terapias, discursos e tecnologias de cuidados com o corpo também fomentam estratégias de controle e regulação de corpos individuais e sociais. Supomos integrar a essa rede os dispositivos midiáticos que servem estrategicamente de assistência aos indivíduos em percursos sanitários variados – *os blogs terapêuticos*.

A emergência da obesidade, das inúmeras terapias e das narrativas midiáticas em seu entorno foram matéria-prima para a construção do primeiro capítulo. A descrição da rede de relações que se pode estabelecer entre um conjunto de elementos heterogêneos – “discursos, instituições, arquiteturas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito” (FOUCAULT, 1979, p. 244) – nos permitem identificar a emergência de um objeto de saber sobre o qual se edificam dispositivos biopolíticos, mais precisamente dispositivos terapêuticos, com funções estratégicas dominantes. Trata-se de uma genealogia das experiências resultantes das conexões entre as tecnologias biomédicas e da comunicação, os discursos e as estratégias de controle dos corpos.

A perspectiva genealógica também orientou a descrição de três retóricas fundamentais da articulação entre técnicas populacionais e de individuação: o *conceito de risco*, o *discurso da autonomia* e as *mediações em rede*. Em outras palavras, no segundo capítulo, nos detivemos nos limiares que as sociedades ocidentais ultrapassaram para se constituírem naquilo que são atualmente, considerando os modos de exercício do poder como condições de existência para os dispositivos biopolíticos e terapêuticos predominantes em cada formação social e histórica.

A noção de risco respondeu à urgência histórica da gestão das populações que exigiu novos instrumentos para controle e saber. Ocupando cada vez mais

importância, em detrimento da norma, o conceito de risco transborda de campos específicos de saber, como da Epidemiologia, para as mídias tradicionais e redes sociais. No jornalismo, as notícias dispõem os acontecimentos passados e futuros por meio de um jogo de perdas e ganhos, custos e benefícios entre os comportamentos do passado e o estado de saúde. Assim, o cotidiano passa a ser atravessado por cálculos baseados nos enunciados da ciência com objetivos de majorar a vida, regulando os excessos do consumo.

A lógica dos riscos atravessa de tal forma o corpo social capaz de engendrar sua própria linguagem, impondo o discurso da autonomia. Ainda no jogo entre eventos passados e futuros, a linguagem dos riscos constitui as práticas sociais para falar da aspiração de controle. Discursos coletivos e disciplinarizantes incitam os indivíduos à autonomia das escolhas para minimizar os riscos cotidianos, responsabilizando-os pelo estado de saúde do próprio corpo (imerso, como vimos, em um campo de virtualidades). Tal estado de vulnerabilidade manifesta o recuo das disciplinas e do Estado de Bem-Estar.

Interessamo-nos pelas novas tecnologias da comunicação na medida em que elas permitem articular disciplina e biopolítica, em outros termos, estratégias de uma anátomo-política e de governo das populações por meio de práticas discursivas e não discursivas. Considerar as mídias enquanto dispositivos significa abordá-las integradas a um conjunto heterogêneo de elementos que constituem regimes de fazer ver e fazer dizer.

O terceiro e último capítulo traz não uma coletânea de narrativas sobre a cirurgia bariátrica, mas a reunião de existências singulares em torno de sentidos transversais às histórias de vida das autoras. Confrontamo-nos inicialmente com *Cirurgia Bariátrica Pré e Pós*. O blog oferece material suficiente para recompor a trajetória dos procedimentos terapêuticos e identificar as fases do tratamento sob o ponto de vista das pacientes. Além disso, dele também extraímos as autoras que constituem o grupo de narradoras da experiência cirúrgica. Para isso, apelamos para as conexões diretas entre essas mulheres por meio da Internet e sua rede de vizinhança. E para descrevermos essas existências reais, essas formas de vida emergentes, nos valemos da relação de mútua constituição entre subjetividades e dispositivos.

Esta leitura via paradigmas/dispositivos (neste caso, todos os aparatos envolvidos nas terapias de controle da obesidade) sugere subjetividades e

processos produzidos pelos e no interior dos dispositivos. É difícil, nesse caso, a percepção das singularidades, já que tanto sujeitos quanto escritas de si se engendram no dispositivo que as produzem, perfazendo paradigmas.

Destacamos, no entanto, que as estratégias dos dispositivos biopolíticos para controle dos corpos sempre encontram obstáculos para sua efetivação plena de formas de dominação, exploração e sujeição. “Não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga” (FOUCAULT, 1995, p. 249). Dizer que as relações de poder e estratégias constituem as práticas terapêuticas na atualidade implica também no reconhecimento de forças concorrentes e simultâneas.

Apesar dos riscos, acreditamos que a aproximação entre as noções de dispositivo e mídias de alguma forma contribui para estudos interessados em compreender as práticas discursivas e não discursivas que envolvem os cuidados com o corpo, com a saúde e consigo mesmo sem super ou subvalorizar as mídias. O desafio é produzir um inventário das diferentes formas de enfrentamento entre estratégicas e sua emergência mesmo quando nosso foco ainda recai nos paradigmas e dispositivos.

As narrativas dos blogs materializam singulares histórias de vida com a particularidade de serem relatos produzidos por mulheres sobre si mesmas e seus corpos: ritual em que aquele que fala é ao mesmo tempo aquele de quem se fala. Também às distingue, a disponibilidade destes rastros das pessoas comuns para todos os outros comuns no espaço aberto da Internet. Nasce, para a vida comum, uma nova *mise em scène* (FOUCAULT, 2003). Diferentemente do passado, quando as formas de vida reagiam a agenciamentos administrativos e de registros lineares, temos agora a emergência de discursos que engendram uma *gestão autônoma de si*.

O sujeito — assim como o autor, como a vida dos homens infames — não é algo que possa ser alcançado diretamente como uma realidade substancial presente em algum lugar; pelo contrário, ele é o que resulta do encontro e do corpo a corpo com os dispositivos em que foi posto — se pôs — em jogo. Isso porque também a escritura — toda escritura, e não só a dos chanceleres do arquivo da infâmia — é um dispositivo, e a história dos homens talvez não seja nada mais que um incessante corpo a corpo com os dispositivos que eles mesmos produziram — antes de qualquer outro, a linguagem (AGAMBEN, 2007b, p. 56).

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007a.

_____. O autor como gesto. In: AGAMBEN, Giorgio. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007b, p.55-63.

ALMEIDA, Melissa Ribeiro de. Eu fiz a cirurgia de estômago **Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação**, 2009. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/almeida-eu-fiz-bocc-02-09.pdf>. Acesso em: 28.05.2014.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Breve história da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

AMARAL, Adriana; RECUERO, Raquel; MONTARDO, Sandra Portella (org.). **Blogs.com**: estudos sobre blogs e comunicação. São Paulo: Momento Editorial, 2009.

ARAÚJO COSTA, Márcio José de. Uma Análítica do Poder Pastoral – A emergência das disciplinas em Michel Foucault. **Mnemosine**, v.3, n.1, p. 80-110, 2007.

BECK, Ulrich. **Risk Society**: Towards a New Modernity. SagePublicacions, 1992.

_____. Reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora da Unesp, 1997.

BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do EatingAttitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/>>. Acesso em: 2014-04-08.

BRAGA, José Luiz. Mediatização como processo interacional de referência. In: MÉDOLA, Ana Sílvia Lopes Davi; ARAÚJO, Denize Correa; BRUNO, Fernanda. **Imagem, visibilidade e Cultura Midiática**. Porto Alegre: Editora Sulina-Compos, 2007, p. 141-167.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigil Brasil 2012** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 424 e 425. 2013.

BRUNO, Fernanda. Máquinas de ver, modos de ser: visibilidade e subjetividade nas novas tecnologias de informação e de comunicação. In: **Revista Famecos**, n. 24, Porto Alegre, p. ..., jul. 2004.

_____. O biopoder nos meios de comunicação. In: **Revista Comunicação, Mídia e Consumo**, v. 3, n. 6, p. 63-79, São Paulo, mar. 2006.

_____. A rede e o problema da mediação: uma nota sobre o ciberespaço. *Série Documenta*, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 1213, p. 185-212, 2003.

CASTEL, R. (1991) From dangerousness to risk. In: G. Burchell, C. Gordon, and P. Miller(org) **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Chicago: University of Chicago Press, p. 281-298.

CASTIEL, Luis David. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, III (2):237-264, Jul.-Oct. 1996.

CASTRO, Ana Lúcia de. **Culto ao corpo e sociedade**: mídia, estilos de vida e cultura de consumo. 2. ed. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2007. 150 p.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editores, 2009.

CORDAS, Táki A.; LOPES FILHO, Arnaldo P.; SEGAL, Adriano. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 48, n. 4, Aug. 2004. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302004000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302004000400019>.

COSTA, Deyvisson Pereira da. **Comunicação e Saúde**: o caso Rede Sentinela. 2005. 98f. (Monografia Bacharelado em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo)

COSTA, Deyvisson Pereira da. **Corporeidades em tempo de biopoder**: o discurso midiático sobre o cuidado com o corpo. UFG: Goiânia, 2009. 97f. (Dissertação de Mestrado em Comunicação)

CZERESNIA, Dina. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2004000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 July 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200012>.

DELEUZE, Gilles. Política. In: **Conversações**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 209-226.

_____. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Vega, 1996.

EHRENBERG, Alain. Depressão, doença da autonomia? **Ágora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 143-153, jan./jul., 2004.

_____. **O culto da performance**. Da aventura empreendedora à depressão nervosa. Aparecida: Ideias et Letras, 2010.

FELDMAN, Ilana. *Reality Show*: um dispositivo biopolítico. **Estéticas da Biopolítica**: audiovisual, política e novas tecnologias. Programa Cultura e Pensamento, 2007. Disponível em: www.revistacinetica.com.br/cep/ilana_feldman.htm. Acesso em 1º de maio de 2014.

FELDMAN, Ilana. O apelo Realista. **Famecos**, Porto Alegre, v... , n. 38, p. 61-68, agosto 2008.

FERRAZ, Maria Cristina Franco. Transformações biopolíticas: entranhamento e cultura somática, **Ecopolítica**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 69-83, set./dez. 2012.

_____. Avaliação e performance: a era do homem avaliado. **Anais....** Encontro Anual da Compós, 23, Belém, 2014.

_____. A vida como relato nos *blogs*: mutações no olhar introspectivo e retrospectivo na conformação do eu. **Anais...** Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 7, Coimbra, 2004.

FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela TV). **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 151-162, jan./jun. 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **A ordem do discurso**. 15 ed. São Paulo: Editora Loyola, 2007b. 79 p.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. São Paulo: Edições Graal, 1988.

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

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção Tópicos)

_____. **Vigiar e Punir**. 34 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

_____. **Ética, Sexualidade, Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Ditos e Escritos V)

_____. **Arte, Epistemologia e História da Medicina**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2011. (Ditos e Escritos VII)

_____. **Arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007a.

GARCIA, Célio. Resistência a partir de Foucault. **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 109-118.

JAGUARIBE, Beatriz. Realismo sujo e experiência biográfica. In: BRUNO, Fenanda; FATORELLI, Antonio (org). **Tecnologia e estética na cultura contemporânea**. Rio de Janeiro, editora, 2006. p. 109-130.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.

LE BRETON, David. **Sociologia do Corpo**. 1 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

_____. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. 1 ed. Campinas (SP): Papyrus, 2003.

LEMOS, André. A arte da vida: diários pessoais e *webcans* na Internet. **Anais ... Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 25, Salvador, 2002.

LUCAS, Luciane; HOFF, Tânia. Da ortopedia ao controle do corpo: o discurso da saúde na publicidade. **Comunicação, mídia e consumo**, São Paulo, ESPM, v. 3, n. 6, p. 81-104, mar. 2006.

_____. Da cronobiologia aos neurocosméticos: o advento do corpo-mídia no discurso publicitário. In: MÉDOLA, Ana Sílvia; ARAÚJO, Denise Correa; BRUNO, Fernanda (org). **Livro da XV Compós**. Porto Alegre: Sulina, 2007. p. 93-112.

MAGALHÃES, Vera Cristina; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autoperenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [on-line]. v.8, n.3, p. 236-245, 2005.

MÁRCIA SILVA, Ana. **Corpo, ciência e mercado**: reflexões acerca da gestão de um novo arquétipo de felicidade. 1. ed. Campinas (SP): Editora Autores Associados: Florianópolis (SC): Editora da UFSC, 2001. 144 p. (Coleção Educação Física e Esportes).

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde, **Interface: Comunicação, Saúde e Educação** Botucatu (SP): v. 8, n. 14, p. 21-32, set.2003,-fev.2004.

MAUSS, Marcel. Noção de técnica do corpo. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac&Naify, 2003.

MENEGON, Vera. **Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos**: os consentimentos informados na reprodução assistida. Tese de doutorado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, SP, 2003.

MILLER, Jacques-Alain. A máquina panóptica de Jeremy Bentham. In: TADEU, Tomas (org.). **O panóptico**. Jeremy Bentham. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editores, 2008.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, Alain; CURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo**: as mutações do olhar. O século XX. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p. 15-82.

NATANSOHN, Gabriela L. O corpo feminino como objeto médico e “mediático”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 13 (2), p. 287-304, 2005, maio/ago. 2005.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em Evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1,p. 59-77, 2003.

PAULA, Bruno Lucas Saliba de. Híbridos e mutantes: estudo comparativo entre aconselhamento genético e eugenia. UFMG, Sociologia, Dissertação de Mestrado, 2014.

PINHEIRO, Marta de Araújo. A rede: avaliações e desafios, **Revista Lumina**, Juiz de Fora (MG), v. 3, n. 1,p. 133-144, jan./jun. 2000.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais**, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

RABINOW, Paul; KECK, Frédéric. Invenção e representação do corpo genético. In: CORBIN, Alain; CURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo**: as mutações do olhar. O século XX. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.p. 83-107.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 12, n. 25, June 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

32832008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Aug. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200009>.

RECUERO, Raquel. *Weblogs, Webrings e Comunidades Virtuais - 404notFound*, v.1, n. 31, 2003.

RIPOLL, Daniela. Você tem medo de quê? A pedagogização midiática do risco. **ComCiência**, Campinas, Unicamp, n. 104,p 1-5, 2008.

ROSE, Nikolas. Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p.301-324, 2010.

ROSE, Nicolas; NOVAS, C.Genetic risk and the birth of the somatic individual. **Economy and Society**, 29(4): 485-513.

ROSE, Nikolas. The politics of life itself.**Theory, Culture&Society**. v. 18, n. 6, p. 1-30, December 2001.

_____. The Politics of Life Itself. **Teoria, Cultura e Sociedade** 18 (6): 1-30 2001.

_____. Como se deve fazer a história do eu. Porto Alegre: **Educação e Realidade**. v. 26, n. 1,p. 33-57, jan./jul. 2001b.

RUDIGER, Francisco. Subjetividade e novas tecnologias de comunicação: elementos para a crítica do pensamento contemporâneo. Disponível em <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/70ddaf321d67ff01b9edf8adebc5979b.PDF>

SAFATLE, Vladimir. Corpos flexíveis e práticas disciplinares. In: **Comunicação e culturas do consumo**. Maria A. Baccega (org.). São Paulo: Atlas, 2008. p. 147-165.

SEGURADO, Rosemary. As tecnologias de Informação Digital e a saúde dos corpos. Congresso da Asociación Latinoamericana de Investigadores de La Comunicación,7., 2004, Universidad Nacional de La Plata. **Anais...** Argentina: Alaic, 2004. CD-ROM.

SIBILIA, Paula. **O show do eu**: a intimidade como espetáculo. São Paulo: Nova Fronteira, 2008.

_____. A vida como relato nos *blogs*: mutações no olhar introspectivo e retrospectivo na conformação do eu. **Anais...** Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 7, Coimbra, 2004.

_____. A digitalização do rosto: do transplante ao *photoshop*. **Estéticas da Biopolítica**: audiovisual, política e novas tecnologias. Programa Cultura e Pensamento, 2007. Disponível em: http://www.revistacinetica.com.br/cep/paula_sibilia.htm

SOARES, Murilo César, 2004, Internet e saúde: possibilidades e limitações, **Revista TEXTOS de La CiberSociedad**, 4. Temática Variada. Disponível em: <http://www.cibersociedad.net>

SPINK, Mary Jane P; MEDRADO, Benedito; MELLO, Ricardo Pimentel. Perigo, Probabilidade e Oportunidade: a Linguagem dos Riscos na Mídia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1), p. 151-164, 2002.

TUCHERMAN, Ieda. Michel Foucault, hoje ou ainda: do dispositivo de vigilância ao dispositivo de exposição da intimidade. Porto Alegre: **Revista Famecos**, n. 27, pp. 40-48, ago., 2005.

VAZ, Paulo; POMBO, Mariana; FANTINATO, Maria; PECLY, Guilherme. O fator de risco na mídia. Botucatu: Revista Interface – **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, n. 21. p. 145-65, jan./abr. 2007.

VAZ, Paulo. Corpo e Risco. In: VILLAÇA, Nízia; GÓES, Fred; KOSOVSKI, Ester (org). **Que corpo é esse?**: novas perspectivas. Rio de Janeiro: Muad, 1999. p. 159-175.

VAZ, Paulo. Mediação e Tecnologia. Porto Alegre: **Revista Famecos**, n. 16, p. 45-59, dez. 2001.

VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.