UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O olhar de si e do corpo: sujeitos em discurso sobre cirurgia bariátrica

Thaís Silva Marinheiro de Paula

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia: Processos Culturais e Subjetivação.

RIBEIRÃO PRETO –SP
2017

THAÍS SILVA MARINHEIRO DE PAULA

O olhar de si e do corpo: sujeitos em discurso sobre cirurgia bariátrica

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Processos Culturais e Subjetivação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Soraya Maria Romano Pacífico

RIBEIRÃO PRETO–SP
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Paula, Thaís Silva Marinheiro de

O olhar de si e do corpo: sujeitos em discurso sobre cirurgia bariátrica. Ribeirão Preto, 2017.

151 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Pacífico, Soraya Maria Romano.

1. Cirurgia Bariátrica. 2. Corpo. 3. Discurso. 4. Olhar. 5. Sujeito.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Thaís Silva Marinheiro de Paula

Título: O olhar de si e do corpo: sujeitos em discurso sobre cirurgia bariátrica

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Processos Culturais e Subjetivação.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido César por ser meu maior parceiro na caminhada da vida pessoal, profissional e acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar nos caminhos da luz, por me proporcionar discernimento na jornada até aqui e por colocar verdadeiros anjos em minha vida, os quais, a seguir, recebem meus sinceros agradecimentos.

À minha orientadora Soraya, por aceitar desenvolver este trabalho comigo, pelas oportunidades de interlocução, por me fazer enxergar novos e outros sentidos dentro e fora da sala de aula e, principalmente, por transcender a relação orientadora-orientanda, permitindo que entre nós pudesse se estabelecer um laço de amizade e afeto. Meu mais profundo agradecimento!

À Fabiana, por me apresentar a Análise de Discurso pecheuxtiana, por enxergar em mim um potencial acadêmico e me dar todo apoio para que o meu sonho do Mestrado se tornasse realidade. Agradeço, ainda, pelas contribuições, que não foram poucas, para o avanço desta pesquisa e por aceitar o convite para a composição da banca avaliadora da minha defesa. A você o meu imenso agradecimento também por materializar em minha vida os mais bonitos sentidos de amizade.

À Lucília, pelos ensinamentos, pelo direcionamento preciso feito no exame de qualificação, que muito contribuiu para o rumo desta pesquisa, pelas oportunidades de interlocução e, principalmente, por aceitar compor a banca avaliadora da minha defesa de mestrado, pois estar com você, neste momento, é um sonho que se realiza. Muito obrigada!

Aos meus queridos pais, João e Rosania, por me darem o bem mais valioso que é a vida e, a partir dela, ensinarem-me que o caráter e o respeito são nossas maiores virtudes, pois com eles podemos conquistar nossos objetivos, realizar sonhos e fazer o bem às outras pessoas. Agradeço por partilharem deste sonho comigo, mesmo que, para isso, fossem necessárias tantas ausências. Amo vocês!

Ao César, meu amor, por ser uma pessoa maravilhosa, que aceitou mergulhar na maratona do mestrado comigo, por me compreender em cada momento, principalmente quando precisava me ausentar para dedicar-me à escrita. Agradeço pelas palavras de incentivo sempre, por acreditar em mim e, em especial, por aceitar assumir tantas posições-sujeito ao meu lado: marido, pesquisador, motorista, guia turístico, dentre tantas outras. Te amo!

Às minhas irmãs, Tatiani e Tamiris, pelo apoio e, principalmente, por me ensinarem que devemos sempre estar na posição-mulher-maravilha. Obrigada por estarem ao meu lado em cada etapa, o carinho de vocês é tamanho que faz parecer que não existem quilômetros que nos distanciam.

À minha avó Hilda por todas as orações e apoio.

À minha família, por todas as palavras de incentivo e apoio, em especial: às tias Abadia, Teresa, Regina e Rosimar; aos primos Thalia, Vinícius e Guilherme; e aos meus cunhados Isidoro e Thiago.

Aos amigos do grupo de pesquisa GEDISME, em especial: Ana Paula Lopes, Aparecida Pin, Beatriz Prandi, Dayane Batista, Elaine Marangoni, Gustavo Grandini, Isadora Romano, Jacqueline Ronconi, Juliana Possidônio, Lia Carvalho, Lólia Reis, Mariana Morales, Rita Constantini e Rodrigo Sanches, pela amizade e por compartilharem saberes, arquivos e experiências.

À coordenação, aos professores e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP.

Ao Centro Integrado de Atenção à Saúde (Viver Bem) do Hospital Unimed Bebedouro Cooperativa de Trabalho Médico, por aceitar atuar como coparticipante nesta pesquisa.

À escola Etec Professor José Ignácio Azevedo Filho de Ituverava por autorizar e compreender minhas ausências para a realização das atividades acadêmicas do mestrado.

À Viviane Rodrigues Scapim, pela amizade, pelas palavras de incentivo e pelas traduções.

À família Delgado Maestri, pelo carinho de sempre e por cada palavra e gesto de incentivo.

À querida Dona Antonieta, por ser a primeira pessoa a me incentivar a fazer o mestrado.

Às amigas Ana Carina, Aline, Manuela e Marina pela nossa amizade que nasceu durante a pós-graduação e por compartilharem seus experiências e conhecimentos, principalmente os de Psicologia.

À Cristiane Ziegler Leal, por aceitar ilustrar a capa deste trabalho.

Aos amigos que me acompanharam neste percurso.

Missão do corpo

*Claro que o corpo não é feito só para sofrer,
mas para sofrer e gozar.
Na inocência do sofrimento
como na inocência do gozo,
o corpo se realiza, vulnerável
e solene.*

*Salve, meu corpo, minha estrutura de viver
e de cumprir os ritos do existir!
Amo tuas imperfeições e maravilhas,
amo-as com gratidão, pena e raiva intercadentes.
Em ti me sinto dividido, campo de batalha
sem vitória para nenhum lado
e sofro e sou feliz
na medida do que acaso me ofereças.*

*Será mesmo acaso,
será lei divina ou dragonária
que me parte e reparte em pedacinhos?
Meu corpo, minha dor,
Meu prazer e transcendência,
És afinal meu ser inteiro e único.*
(Carlos Drummond de Andrade, 1996)

RESUMO

Paula, T.S.M. de. (2017). *O olhar de si e do corpo: sujeitos em discurso sobre cirurgia bariátrica* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 151p.

Ao nos depararmos com os possíveis sentidos que circulam em relação à busca pelo corpo belo e perfeito, isto é, a busca pelo corpo magro, nesta pesquisa, entendemos que o corpo se tornou uma forma de representação de saúde e beleza, pois, na chamada modernidade líquida, o imaginário social é constituído pela memória discursiva que evoca sentidos tecidos sócio-historicamente sobre o padrão corporal fluido, contribuindo para que os discursos existentes sobre a busca pelo corpo belo e perfeito afetem a imagem que o sujeito faz de seu próprio corpo, ou seja, afetam a imagem que ele deseja alcançar para se sentir incluído na sociedade que o cerca, seja para atingir o padrão de beleza ou para se sentir saudável. Compreendemos, assim, que o corpo inscreve-se no discurso do sujeito, pois faz parte das formações discursivas que o permeiam, isso porque a subjetividade se instaura no momento em que esse corpo reclama por sentidos outros. Consequentemente, ao analisarmos os discursos de sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica, observamos que houve a necessidade de recorrer a esse procedimento cirúrgico para que pudessem fazer parte deste novo corpo, pois surge o desejo de: perder peso, inclusão social e/ou sensação de bem-estar. Desta forma, ao pensarmos sobre como o corpo obeso pode atravessar diferentes sentidos e também apresentar/sofrer relações de poder, nessa relação com o simbólico e com o político, entendemos que o corpo ganha interpretações por meio do olhar e que a percepção de corpo pelo sujeito está diretamente relacionada aos discursos que circulam pela realidade externa, como, por exemplo, o discurso médico, com isso a escolha pela cirurgia bariátrica pode estar relacionada aos sentidos de beleza e estética que silenciam outros sentidos que tratam sobre a saúde. Nesse ideário, esse trabalho visa a compreender os processos de subjetivação do sujeito-paciente de cirurgia bariátrica, a partir da análise de discursos por ele produzidos após o procedimento cirúrgico, suas expectativas, necessidades e ansiedades, assim como os resultados obtidos, investigando, por meio de marcas linguísticas, como os sujeitos foram/são afetados pelo discurso médico sobre o padrão corporal. Para a elaboração do *corpus*, foram coletados dados com base nas respostas de quatorze sujeitos que realizaram esse procedimento cirúrgico há pelo menos um ano, sendo cinco homens e nove mulheres, na faixa etária de trinta a cinquenta e cinco anos. O campo epistemológico de análise que sustenta a pesquisa é a Análise do Discurso pecheuxtiana, cujo dispositivo teórico-analítico será essencial para o movimento de interpretação e compreensão dos dados. Os resultados apontam sentidos dominantes, (re)produzidos pelos sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica os quais reproduzem o discurso médico que trata a cirurgia bariátrica como um lugar de completude e satisfação corporal, entretanto, são materializados outros sentidos que apontam para a não completude do sujeito e do corpo, de modo que o discurso sobre o corpo ideal fura, ou seja, o sujeito, mesmo tendo realizado a cirurgia bariátrica indicia a necessidade de realizar outros procedimentos cirúrgicos para se chegar à ilusória completude.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Corpo. Discurso. Olhar. Sujeito.

ABSTRACT

Paula, T.S.M. de. (2017). *The look of yourself and body: subject in discourse about bariatric surgery*. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 151p. Ribeirão Preto, São Paulo.

When we face the possible meanings that circulate in relation to the search for the beautiful and perfect body, that is, the search for the thin body, In this research, we understand that the body has become a form of representation of health and beauty, because in the so-called liquid modernity, the social imaginary is constituted by the discursive memory that evokes socio-historically woven senses on the fluid body standard, contributing for the existing discourses on the search for the beautiful and perfect body to affect the image that the subject makes of his own body, that is, affect the image that he wants to reach to feel included in the society that surrounds him, either to reach the standard of beauty or to feel healthy. We understand, therefore, that the body subscribes to the discourse of the subject, because it is part of the discursive formations that permeate it, this because the subjectivity is established at the moment in which this body complains for other senses. Consequently, when we analyze the discourses of subjects who performed bariatric surgery, we observed that it was necessary to resort to this surgical procedure so that they could be part of this new body, because arise the desire: to lose weight, social inclusion and/or sensation of welfare. Then, when we think about how the obese body can cross different senses and also present / suffer relations of power, in this relation with the symbolic and the political, we understand that the body gains interpretations through the look and that the perception of body by the Subject is directly related to the discourses that circulate through external reality, such as medical discourse, so the choice for bariatric surgery may be related to the senses of beauty and esthetics that silence other senses that deal with health. In this idea, this work aims to understand the subjectivation processes of the subject-patient of bariatric surgery, based on the analysis of discourses produced by him after the surgical procedure, his expectations, needs and anxieties, as well as the results obtained, investigating, by means of linguistic marks, as subjects were / are affected by medical discourse about body standard. For the elaboration of the corpus, were collected data based on the responses of fourteen subjects who underwent this surgical procedure for at least one year, five men and nine women, in the age group of thirty to fifty five years old. The epistemological field of analysis that underpins the research is the pecheuxiana Discourse Analysis, whose theoretical-analytical device will be essential for the movement of interpretation and understanding of the data. The results point dominant senses, (re)produced by the subjects who performed bariatric surgery, which reproduce the medical discourse that treats bariatric surgery as a place of completeness and corporal satisfaction, however, other meanings are materialized that point to the non-completeness of the subject and body, so that the discourse on the ideal body is faulty, that is, the subject, even having performed bariatric surgery it indicates the need to perform other surgical procedures to achieve the illusory completeness.

Keywords: Bariatric Surgery. Body. Discourse. Look. Subject.

LISTA DE IMAGENS CAPITULARES

Capa – Velado (Cristiane Ziegler Leal, 2017) Recuperado em 17 de abril de 2017 de https://www.behance.net/gallery/50531635/Velados	00
Introdução – Donna Sdraiata (Fernando Botero, 1995). Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	14
Capítulo 1 - Trapezista (Fernando Botero, 2008) Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	22
Capítulo 2 – Mulher deitada de lado (Fernando Botero, 2010) Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	40
Capítulo 3 – Toureiro (Fernando Botero, 2002) Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	68
Capítulo 4 – Bailarina (Fernando Botero, 2011) Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	81
Considerações Finais – Passeando (Fernando Botero, 2003) Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	107
Referências – Mulher sentada (Fernando Botero, 2006) Recuperado em 08 de abril de 2017 de http://www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59	113

LISTA DE IMAGENS NO COPRO DO TEXTO

- Figura 1** - Vênus de Willendorf - 25.000 a.C. - Museu de História Natural de Viena. Recuperado em 21 de março de 2017, de <http://historiartecomentada.blogspot.com.br/2011/06/arte-na-pre-historia.html>.....42
- Figura 2** - No discóbolo de Myron, um ideal olímpico da Grécia Antiga. Recuperado em 21 de março de 2017, de <https://novaescola.org.br/conteudo/1440/em-busca-do-corpo-perfeito>.....43
- Figura 3** - The Descent of the Holy Spirit Girolamo Muziano. Recuperado em 22 de março de 2017, de <http://tulacampos.blogspot.com.br/2012/05/pentecostes.html>.....43
- Figura 4** – Botticelli e Ateliê, Virgem com o Menino e São João Batista Criança (1490/1500). Recuperado em 22 de março de 2017, de http://masp.art.br/masp2010/exposicoes_galeria.php?id_exposicao=74.....44
- Figura 5** - “O Homem Vitruviano”, de Leonardo da Vinci. 1490, Lápis e tinta sobre papel, 34 X 24 cm. Recuperado em 22 de março de 2017, de <http://artenarede.com.br/blog/index.php/o-homem-vitruviano-e-o-numero-phi-a-matematica-da-beleza/>.....45
- Figura 6** - David, de Michelangelo – 1504. Recuperado em 22 de março de 2017, de <http://artedescrita.blogspot.com.br/2011/11/david-de-michelangelo.html>.....45
- Figura 7** - Here's a detail from The Birth of Venus (1486). Recuperado em 22 de março de 2017, de <http://artehistoriaepci.blogspot.com.br/2013/05/o-nascimento-de-venus-e-uma-obra-do.html>.....46
- Figura 8** – Propaganda retirada do Jornal O Progresso, circulante na cidade de Ituverava – São Paulo, em 05 de março de 2016, página 16, edição 1560.....65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	Análise Automática do Discurso
ABESO	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
AD	Análise de Discurso
AIE	Aparelho Ideológico de Estado
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CFM	Conselho Federal de Medicina
FD	Formação Discursiva
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

SUJEITO E CORPO: A DE(CISÃO) PELO CORTE BARIÁTRICO.....	14
CAPÍTULO 1 – SUJEITO E DISCURSO: SENTIDOS EM MOVIMENTO....	22
1.1 Percurso teórico.....	23
1.2 Sujeito e Subjetividade.....	30
CAPÍTULO 2 – DENTRE TANTOS, MAIS UM OLHAR AO CORPO.....	40
2.1 Um olhar histórico sobre o corpo.....	41
2.2 O médico e o monstro: sentidos de controle.....	48
2.3 Cirurgia bariátrica: um novo olhar ao corpo.....	57
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA: MOVIMENTO E LUGAR DE INTERPRETAÇÃO.....	68
3.1 Percurso epistemológico.....	70
3.2 Análise do Discurso: método teórico-analítico.....	75
3.3 Condições de produção do <i>corpus</i>	79
CAPÍTULO 4 – CIRURGIA BARIÁTRICA: UM CORPO NOVO?.....	81
4.1 Sentidos de saúde e cirurgia bariátrica.....	83
4.2 Sentidos de estética e cirurgia bariátrica.....	89
4.3 Saúde e estética na cirurgia bariátrica: o invisível visível.....	93
4.4 O olhar de si e do outro.....	97
UMA CONCLUSÃO QUE, OBVIAMENTE, NÃO DIZ TUDO.....	107
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES.....	121
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	121
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS.....	123
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS SUJEITOS ENTREVISTADOS.....	124

SUJEITO E CORPO: A DE(CISÃO) PELO CORTE BARIÁTRICO

Donna Sdraiata (Fernando Botero, 1995)

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.
(Carlos Drummond de Andrade, 1984)

Em se tratando das possíveis relações existentes entre sujeito e corpo, sejam estas de inclusão ou exclusão sociais, é importante considerar que estas relações são, muitas vezes, determinadas por sentidos (pre)dominantes que colaboram para a estereotipação da padronização corporal e para a evidência do corpo que ‘foge’ da estrutura considerada normal, em determinado contexto sócio-histórico. De acordo com os estudos de Sanches (2015, p. 2)

O mundo virtual oferece uma miríade de sites, blogs, revistas eletrônicas e informações em redes sociais sobre boa forma, qualidade de vida, dietas, exercícios, produtos ou simplesmente dicas para aperfeiçoar o corpo. O objetivo é torná-lo magro, liso, sem dobras aparentes ou marcas indesejáveis.

Nessa perspectiva, compreendemos que o corpo é atravessado por sentidos que contribuem para a sedimentação da busca pelo corpo ideal. O autor (idem, p. 03) também explica que, na era em que vivemos, o corpo apresenta dois aspectos distintos em comparação a outros períodos históricos: o primeiro é a magreza, pois “O corpo do sujeito de nossa época deve ser magro. E o indivíduo deve fazer todo o esforço necessário para moldar seu corpo ao padrão vigente da magreza e, portanto, de beleza”; o segundo aspecto trata sobre as maneiras de se chegar a esse corpo magro, ou seja, “as facilidades que a contemporaneidade oferece ao indivíduo que busca moldá-lo ao padrão vigente em nossa época”. Desta forma, compreendemos que se na nova era o corpo é moldado para atingir um padrão, então, ele sai de sua forma fixa para se redesenhar em outra forma; portanto, neste viés, entendemos que existe uma proximidade entre o que Sanches (2015) chama de ‘nova era’ e o que Bauman (2001) denomina por modernidade líquida. O sociólogo explica que:

Os fluidos, por assim dizer, não fixam o espaço nem prendem o tempo. Enquanto os sólidos têm dimensões espaciais claras, mas neutralizam o impacto e, portanto, diminuem a significação do tempo (resistem efetivamente a seu fluxo ou o tornam irrelevante), os fluidos não se atêm muito a qualquer forma e estão constantemente prontos (e propensos) a mudá-la; assim, para eles, o que conta é o tempo, mais do que o espaço que lhe toca ocupar; espaço que, afinal, preenchem apenas “por um momento”. Em certo sentido, os sólidos suprimem o tempo; para os líquidos, ao contrário, o tempo é o que importa. Ao descrever os sólidos, podemos ignorar inteiramente o tempo; ao descrever os fluidos, deixar o tempo de fora seria um grave erro. [...] Os fluidos se movem facilmente. Eles “fluem”, “escorrem”, “esvaem-se”, “respingam”, “transbordam”, “vazam”, “inundam”, “borrifam”, “pingam”; são “filtrados”, “destilados”; diferentemente dos sólidos, não são facilmente contidos – contornam certos obstáculos, dissolvem outros e invadem ou inundam seu caminho. [...] Essas são razões para considerar “fluidez” ou “liquidez” como metáforas adequadas quando queremos captar a natureza da presente fase, *nova* de muitas maneiras, na história da modernidade¹. (Bauman, 2001, p. 08-09)

Pensando, então, sobre essa natureza da nova fase da modernidade, a modernidade líquida, compreendemos que os corpos que buscam moldar-se a padrões são característicos

¹ Grifos do autor.

desta nova fase, isto porque não ficam restritos a apenas um molde ou a um padrão corporal, são fluidos e sua satisfação é momentânea, surgem, assim, novos/outros padrões a se moldar. De acordo com os estudos de Bauman (2001, p.10) não se trata de eliminar e extinguir os sólidos, os padrões, mas sim, de “construir seriamente uma nova ordem”, pois “nenhum molde foi quebrado sem que fosse substituído por outro” (idem, p. 14). Nesse sentido, o que fora dado ao sujeito é a sensação de liberdade, sensação de poder escolher o molde corporal em que mais se adapta. Para o sociólogo (ibidem, p. 14-15)

São esses padrões, códigos e regras a que podíamos nos conformar, que podíamos selecionar como pontos estáveis de orientação e pelos quais podíamos nos deixar depois guiar, que estão cada vez mais em falta. Isso não quer dizer que nossos contemporâneos sejam guiados tão somente por sua própria imaginação e resolução e sejam livres para construir seu modo de vida a partir do zero e segundo sua vontade, ou que não estejam mais dependentes da sociedade para obter as plantas e os materiais de construção. Mas quer dizer que estamos passando de uma era de “grupos de referência” predeterminados a uma outra de “comparação universal”, em que o destino dos trabalhadores de autoconstrução individual está endêmica e incuravelmente subdeterminado, não está dado de antemão, e tende a sofrer numerosas e profundas mudanças antes que esses trabalhos alcancem seu único fim genuíno: o fim da vida do indivíduo.

Conforme o autor aponta, na modernidade líquida, os padrões “não são mais “dados”, e menos ainda “autoevidentes”; eles são muitos, chocando-se entre si e contradizendo-se em seus comandos conflitantes” (Bauman, 2001, p. 15). Isto porque o sujeito vive uma comparação universal e não mais uma comparação predeterminada com grupos de referência; desta forma, entendemos que os padrões sociais estereotipados ainda permanecem; entretanto, agora se tornaram fluidos, ou seja, a escolha do padrão passou a ser uma escolha individual, o sujeito pode escolher submeter-se a um padrão e/ou mover-se para outro.

A nossa é, como resultado, uma versão individualizada e privatizada da modernidade, e o peso da trama dos padrões e a responsabilidade pelo fracasso caem principalmente sobre os ombros dos indivíduos. Chegou a vez da liquefação dos padrões de dependência e interação. Eles são agora maleáveis a um ponto que as gerações passadas não experimentaram e nem poderiam imaginar; mas, como todos os fluidos, eles não mantêm a forma por muito tempo. Dar-lhes forma é mais fácil que mantê-los nela. Os sólidos são moldados para sempre. Manter os fluidos em uma forma requer atenção, vigilância constante e esforço perpétuo – e mesmo assim o sucesso do esforço é tudo menos inevitável. (Bauman, 2001, p. 15)

Nessa pesquisa, ao tratarmos sobre os padrões corporais e sobre a modernidade líquida, somos levados a pensar sobre os padrões corporais que se liquefazem, isto é, padrões corporais que se movem, que assumem outro corpo na tentativa de buscarem uma completude. Então, pensando sobre essa busca por padrões pré-estabelecidos, sobre a fluidez da modernidade líquida, com base nos estudos de Sanches (2015) e de inúmeros trabalhos acadêmicos que têm surgido sobre a questão corporal, e na ênfase que a sociedade dá a

estereótipos de beleza do corpo, propomos uma análise de discursos de sujeitos-bariátricos, que se submeteram à cirurgia há mais de um ano, a fim de investigarmos se eles optaram pela cirurgia porque foram afetados pelos sentidos da saúde ou da estética. A escolha por esse período mínimo de realização da cirurgia se deve ao fato de o sujeito já ter passado pela fase do pós-operatório e, então, poder discursivizar sobre a imagem que faz de seu ‘novo’ corpo em comparação às suas expectativas antes desse procedimento cirúrgico.

Façamos entender, portanto, quais caminhos percorremos para chegar ao tema desta pesquisa. Escolhermos estudar o corpo tendo em vista que, como indica Fernandes (2005, p.14), trata-se de um “Estandarte de um ideal de perfeição que se busca insistentemente alcançar, o corpo é hoje hiperinvestido; porém, frequentemente, apontado como fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se como meio de expressão do mal estar contemporâneo”. Além disso, para a pesquisa, era preciso ainda determinar qual perspectiva corporal seria abordada para se pensar a questão da padronização a que o corpo é submetido. Optamos por analisar pelo viés da obesidade, pois como entende Brasil (2006, p.7):

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história.

Para Sanches (2015, p. 7)

Os gordos não são bem vistos em nossa sociedade, e normalmente seus traços são considerados incompatíveis com o ideal do corpo-imagem imposto pela mídia. A falta de cuidado com o corpo como, por exemplo, a incapacidade de atingir um corpo magro, é frequentemente relacionado a desleixo e falta de comprometimento pessoal. As sociedades modernas são “lipofóbicas”: odeiam a gordura e os corpos gordos.

Segundo este viés, entendemos que a obesidade é uma questão social, que é atravessada por sentidos pre(dominantes) sobre emagrecimento, saúde e padrão corporal, sentidos estes que colaboram para que o sujeito-obeso busque a modificação de seu corpo como forma de se sentir parte do padrão social. Ainda assim, a pesquisa não estava delimitada, tendo em vista que, atualmente, existem diferentes maneiras para se chegar ao corpo padronizado pela sociedade, pois, como entende Costa (2004, p. 231), “o fisiculturismo compulsivo, as bulimias, as anorexias, as compulsões por próteses ou cirurgias estéticas repetidas e arriscadas são seqüelas da tentativa malograda de tomar posse do corpo-espetáculo”. Sobre essa tentativa de modificação corporal, Schilder (2000, p179) faz menção ao conceito de imagem corporal:

Os seres humanos são cercados e cerceados por suas imagens corporais. Uma das razões da transformação e do uso de roupas é o desejo de superar a rigidez da imagem corporal. Esta

pode ser transformada através de roupas, pinturas ou jóias [...] o corpo também pode ser modificado como um todo. Pode-se fazer orifícios no corpo, nas orelhas, nariz, lábios ou genitais; pode-se cortar partes do corpo ou inserir nele pedaços de metal ou madeira, como ocorre com povos primitivos. Mutilamo-nos. Há um jogo contínuo com o corpo e com a imagem corporal.[...] Pode-se, também, tentar modificar a imagem corporal de modo menos violento, através de todo tipo de ginástica.

Desta maneira, ao pensarmos sobre os motivos que levaram o sujeito-obeso a se submeter à modificação corporal, optamos por analisar os discursos dos sujeitos que se submeteram à cirurgia para atingir o emagrecimento. O método cirúrgico escolhido é a cirurgia bariátrica, pois, como indica a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), esse tipo de procedimento é indicado para o tratamento da redução de peso e/ou doenças associadas à obesidade, além disso, conforme os estudos de Segal e Ferdinõ (2002), Berg (2008) e Oliveira (2013) trata-se de um procedimento cirúrgico que é buscado em situações como sensação de exclusão social, ineficiências nas tentativas de dieta, atividades físicas e medicamentos. Assim, temos a hipótese de que o discurso da medicina, que se constitui como um discurso de voz de autoridade, sobre doença, saúde e emagrecimento constrói um imaginário social de corpo padronizado, o qual pode ser atingido através da cirurgia bariátrica.

Para isso, foi importante constituir um *corpus* de análise com sujeitos-pacientes para verificar, a partir de um questionário, quais os sentidos dominantes que se estabelecem na escolha pela cirurgia bariátrica. Assim, sabe-se que, por meio da coleta de dados, a análise dos discursos dos sujeitos que se submeteram ao procedimento cirúrgico será imprescindível para propormos reflexões sobre os discursos que afetam a subjetividade no sujeito-bariátrico e a imagem que este faz de si.

Ao se falar sobre os sentidos presentes nos discursos dos sujeitos-bariátricos e os sentidos sobre o corpo, é importante entender que a materialidade do discurso acontece através de seus processos discursivos; assim, para Pêcheux (1975/2009), o processo discursivo é visto como a fala do sujeito, na qual circulam sentidos coletivos, que também podem ser sentidos subjetivos, pois como afirma Orlandi (2007b, p. 39) “é no discurso que o homem produz a realidade com a qual ele está em relação”.

Com vista na Análise de Discurso pecheuxtiana, que embasa esta pesquisa, para Orlandi (2004, p. 124) “o sujeito tem sido tomado em processos discursivos em que a textualização do corpo se acentua. É mais uma forma de confronto na relação do simbólico com o político”, ou seja, a forma como este corpo traz sentidos para a sociedade. A autora ainda explica que “produz um mal estar simbólico na relação com o ‘outro’ co-rompida, co-

roída por práticas sociais que se historicizam por pesados processos de exclusão, de negação, de segregação, de apagamento, de silenciamento”.

É pensando sobre o que aponta Orlandi (idem) que esta pesquisa se faz presente, tendo em vista as diversas maneiras em que o corpo pode se significar, seja através de vestimenta, tatuagem, piercing, estilo dos cabelos, assim como o peso também traz sentidos aos sujeitos interpelados pela ideologia dominante que legitima discursos sobre a beleza, ao mesmo tempo em que silencia outros sentidos, como a saúde, a inclusão social e a sensação de bem-estar.

Em relação à maneira como o sujeito se ‘enxerga’ na linguagem, para a Análise do Discurso, há o conceito subjetividade entendido por Coracini (2007) como a maneira que o sujeito se coloca em seu dizer. Com base nisso, esta pesquisa prevê que a subjetividade possa ser materializada sobre a questão corporal no discurso do sujeito que se submeteu à cirurgia bariátrica, tendo em vista que o corpo é considerado o lugar de inscrição do sujeito, pois é interpretável.

A partir dos recortes analisados e com base na teoria da Análise de Discurso pecheuxtiana, compreendemos que o sujeito assume posições discursivas dependendo da relação que mantém com o objeto discursivo aqui estudado: a cirurgia bariátrica, desta forma, faremos a distinção e uso de duas posições-sujeito assumidas pelo sujeito durante o processo da cirurgia bariátrica e após um ano da realização deste procedimento cirúrgico. Entendemos, então, que o sujeito que se submete à cirurgia bariátrica, enquanto passa pelo procedimento da medicina, está na posição sujeito-bariátrico. Por outro lado, o sujeito que já passou por todo o procedimento cirúrgico, inclusive pelo pós-operatório, que já tenha realizado a cirurgia há mais de um ano, mas que, mesmo depois da cirurgia, (re)produz sentidos de obesidade, de incompletude, entendemos que se trata do sujeito-bariatrizado, isto porque este sujeito submeteu-se à mudança corporal através da cirurgia bariátrica, porém materializa sentidos de incompletude ao indiciar a necessidade de outras mudanças, outros cortes no corpo.

Deste modo, essa pesquisa objetiva compreender os processos de subjetivação do sujeito-paciente de cirurgia bariátrica, a partir da análise de discursos por ele produzidos após o procedimento cirúrgico, suas expectativas, necessidades e ansiedades, assim como os resultados obtidos, investigando, por meio das marcas linguísticas, como os sujeitos foram/são afetados pelo discurso da modernidade líquida sobre o corpo perfeito. Além disso, pretendemos ainda analisar se e como os sentidos produzidos acerca do corpo, da obesidade, do padrão de beleza do corpo afetam o sujeito candidato à cirurgia bariátrica; proporcionar uma reflexão sobre os sentidos dominantes produzidos, discursivamente, pelos sujeitos-bariatrizados que tratam a cirurgia bariátrica como um caminho facilitador para se adquirir um

corpo que eles imaginam adequado (para a saúde e para a estética). Faremos ainda uma análise dos aspectos corporais: psicológico, fisiológico e sociológico no discurso dos sujeitos-bariátricos, relacionados à escolha pela cirurgia bariátrica, tendo o psicológico na perspectiva da subjetivação do sujeito; o fisiológico na concepção de corpo pelo sujeito e sociológico nos discursos dominantes na sociedade que afetam a escolha dos sujeitos-bariátricos.

Para melhor compreensão, o texto da dissertação está organizado em quatro capítulos, de modo que no Capítulo 1, fazemos uma abordagem teórica da Análise do Discurso pecheuxtiana, que embasa esta pesquisa, a partir dos conceitos de sujeito, discurso, processos discursivos, formação social, formação imaginária, formação ideológica, formação discursiva, esquecimentos e interdiscurso, com base na fundamentação e estudos de Pêcheux (1975/2009) e Orlandi (2001, 2006), os conceitos são explicados através do próprio *corpus* desta pesquisa. Nesse capítulo, conceituamos ainda ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (Althusser, 1970); subjetividade (Coracini, 2007) e corpo (Hashiguti, 2008, 2009), (Foucault, 1979, 2012), (Milanez, 2006, 2015).

O segundo capítulo traz uma abordagem sobre corpo, pois entendemos que este se faz importante, visto que, durante a análise do *corpus*, observamos que sentidos sobre corpo são construídos pelos sujeitos entrevistados antes de falarem sobre estética e/ou saúde. Desta forma, verificamos que é preciso compreender o contexto em que esse corpo é construído. Para isso, é apresentada uma abordagem histórica sobre o corpo, bem como uma análise sobre os olhares que a medicina dá ao corpo doente e ao corpo saudável, esses olhares são apontados com base nos estudos de Courtine (2011), Foucault (1975/2012, 1980/2015), Clavreul (1978) e Moulin (2011).

No Capítulo 3, de forma mais detalhada está estruturada a metodologia que organiza esta pesquisa, uma vez que é partindo da análise dos sinais e dos indícios, conforme indica o paradigma indiciário de Ginzburg (1989), que o método foi escolhido; sendo assim, o campo teórico-analítico da teoria da Análise do Discurso pecheuxtiana será imprescindível para fundamentar a pesquisa e analisar o *corpus*. Além disso, nesse capítulo, descrevemos como se deram as condições de produção dos sujeitos entrevistados, bem como a coparticipação do Centro Integrado de Atenção à Saúde (Viver Bem) do Hospital Unimed Bebedouro Cooperativa de Trabalho Médico.

No quarto e último capítulo, apresentamos as análises obtidas através do *corpus* da pesquisa de maneira que retomamos os conceitos teóricos e analíticos que fundamentam este trabalho. Conceitos esses que, junto aos discursos analisados, permitem-nos concluir, na seção seguinte, que nos discursos dos sujeitos-bariatrizados há o atravessamento de sentidos

sobre saúde e sobre estética. Também pode ser observado nos discursos dos sujeitos entrevistados a (re)produção do discurso médico que trata a cirurgia bariátrica como um lugar de completude, entretanto há nos discursos analisados um ‘furo’ que nos indicia essa não completude, visto que, em se tratando da modernidade líquida, emergem novos padrões, emergem novos corpos, sempre incompletos e líquidos.

CAPÍTULO 1 – SUJEITO E DISCURSO: SENTIDOS EM MOVIMENTO

Trapezista (Fernando Botero, 2008)

Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.
(Carlos Drummond de Andrade, 1984)

Sabemos que, no campo acadêmico, existem inúmeras teorias que contribuem para a consolidação de pesquisas científicas, entretanto, para esta, escolhemos a teoria da Análise de Discurso, fundada por Michel Pêcheux, porque ela entende o discurso como prática social que constitui o homem e sua história (Orlandi, 2001). Sendo assim, o discurso poderá ser analisado consoante um determinado contexto sócio-histórico. Para Petri (2002, p. 123), “o grande diferencial que um trabalho acadêmico pode produzir é a forma como cada pesquisador trata o *corpus* de análise e as fontes de pesquisa”.

Segundo a autora (2002), as fontes de pesquisas são constituídas no arquivo do pesquisador, no sentido mais amplo. Pêcheux (2010, p.51) entende que arquivo se trata de “campo de documentos pertinentes e disponíveis sobre uma questão”, documentos esses que, para a Análise de Discurso, serão interpretados mediante o objeto de estudo do analista. Para Petri (2002) o trabalho é construído num chamado *movimento pendular*:

Em AD, a construção do trabalho se dá num *movimento pendular*, no qual o pesquisador está sempre indo e vindo da teoria para o *corpus*, do *corpus* para o arquivo, do arquivo para a teoria, e assim sucessivamente, até construir um dispositivo teórico e analítico satisfatório. (Petri, 2002, p. 123)

Para este trabalho, faremos o mesmo movimento pendular proposto por Petri (2002), de maneira que torna possível dialogar teoria e prática, mostrando como os conceitos podem ser compreendidos através de recortes retirados do próprio *corpus*, o qual é constituído por discursos de sujeitos que fizeram cirurgia bariátrica há mais de um ano. Os recortes serão apresentados tal qual foram escritos pelos sujeitos da pesquisa.

1.1 Percorso teórico

Dentro da perspectiva corporal, muitos sentidos podem se mover, cristalizar, dispersar ou, ainda, silenciar, fazendo com que os sentidos possam vir a ser outro(s); sendo assim, neste trabalho, pensando a perspectiva corporal, pelo viés da estética ou da saúde, propomos identificar e analisar quais os sentidos predominantes dentro dos discursos de sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica. Para isso, utilizaremos a relação estabelecida entre discurso e linguagem, pois como entende Orlandi (2001, p. 15), “o discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem”.

Para tanto, iniciaremos com o entendimento de língua trazido por Pêcheux (1975/2009). Para o autor (2009, p. 81), a língua se apresenta como “a base comum de processos discursivos”, é entendida ainda como “pré-requisito indispensável de qualquer

processo discursivo”, isto porque ela é dotada de leis internas e “é sobre a base dessas leis internas que se desenvolvem os processos discursivos” (idem, 2009, p. 82). Orlandi (2001) vem explicar que a língua é compreendida como um acontecimento, desta forma, compreendemos que os processos discursivos se submetem às ordens da língua e que esta materializa as relações sócio-históricas.

Assim, Pêcheux (1975/2009, p. 82) aponta que “todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes”, isso se deve ao fato de que a língua não é dividida em classes, mas não quer dizer que diferentes classes não façam usos diferentes dela, como explica Balibar (1966, p.21-22) citado por Pêcheux (1975/2009, p. 82): “o fato de que a língua seja “indiferente” à divisão de classes e a sua luta, não quer dizer que as classes sejam “indiferentes” à língua. Ao contrário, elas a utilizam, de modo determinado, no campo de seu antagonismo, especialmente de sua luta política”.

Desta maneira, entendemos que não há uma extremidade entre língua e discurso, de maneira que Orlandi (2001, p. 22) explica que “a língua é assim condição de possibilidade do discurso”. Para Pêcheux (1975/2009), o processo discursivo é visto como a fala do sujeito, na qual circulam sentidos coletivos, que também podem ser sentidos subjetivos, pois como afirma Orlandi (2007b, p. 39) “é no discurso que o homem produz a realidade com a qual ele está em relação”, produção esta que pode ser materializada tanto pela linguagem verbal quanto não verbal, assim, compreendemos que o discurso não é uma produção de sentidos, mas sim, como Orlandi (2001, p. 21) propõe, “é efeito de sentidos entre locutores”.

Ao retomarmos o conceito de processos discursivos, é necessário compreender que este é perpassado por outros campos, pela formação social, pela formação ideológica e/ou pela formação discursiva, ambas diretamente ligadas às formações imaginárias. Desta forma, para Pêcheux (1975/2009), os processos discursivos possibilitam que mesmas palavras, expressões e proposições tenham diferentes sentidos, assim como, diferentes palavras, expressões e proposições tenham os mesmos sentidos. Para melhor compreender e ilustrar esses conceitos, faremos uso de alguns recortes do *corpus* da pesquisa, os quais trazem discursos dos pacientes que fizeram a cirurgia bariátrica, sujeitos desta pesquisa.

De acordo com a Análise do Discurso pecheuxtiana, os processos discursivos são formados/antecipados/produzidos por sentidos de acordo com as formações sociais, isto é, instituições que possuem, ou não, o poder da ordem do discurso; dentro dessa ordem, formações imaginárias são estabelecidas. Para Orlandi (2001, p. 40), “esse mecanismo produz imagens dos sujeitos, assim como do objeto do discurso, dentro de uma conjuntura sócio-histórica”. Sobre a relação entre formação social e formação imaginária, a autora (2001, p. 41)

ainda complementa que “pensando as relações de forças, a de sentidos e a antecipação, sob o modo do funcionamento das formações imaginárias, podemos ter muitas diferentes possibilidades regidas pela maneira como a formação social está na história”. Sendo assim, entendemos que diferentes imagens de si e do outro podem ser construídas dependendo da formação imaginária que ecoa dentro de um contexto sócio-histórico, como ilustra o recorte abaixo:

Recorte (1) Sujeito C: As pessoas opinam muito sobre o que devemos comer e continuam cobrando atitudes de regime eterno.

O recorte do Sujeito C materializa a imagem que ele faz sobre aquilo que o outro imagina em relação àqueles que estão acima do peso, isso é estabelecido dentro da formação social e imaginária que trata sobre emagrecimento para sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica. Desta forma, entendemos que o sujeito interlocutor, aquele que fala ao Sujeito C, reproduz a imagem de que mesmo com o emagrecimento, o sujeito que passou pela redução de estômago não sai da posição sujeito-obeso, isso pode ser interpretado através do uso do verbo ‘cobrar’ no gerúndio, que dá ideia de continuidade, ou seja, há uma cobrança recorrente, assim como ocorre com a palavra ‘eterno’. Observamos ainda, por meio do uso do verbo ‘devemos’ pelo Sujeito C, que o sujeito interlocutor, por não estar na posição de sujeito que passou pela cirurgia bariátrica, cria a imagem de ser voz de autoridade, de poder ditar regras e dizer opiniões, como se essas observações/imposições fossem de extrema valorização ao Sujeito C. Se recorrermos a Orlandi (2001, p. 40), podemos entender que se trata de um jogo imaginário

Temos assim a imagem da posição sujeito locutor (quem sou eu para lhe falar assim?) mas também da posição sujeito interlocutor (quem é ele para me falar assim, ou para que eu lhe fale assim?). É pois todo um jogo imaginário que preside a troca de palavras. E se fizermos intervir a antecipação este jogo fica ainda mais complexo pois incluirá: a imagem que o locutor faz da imagem que seu interlocutor faz dele, a imagem que o interlocutor faz da imagem que ele faz do objeto do discurso e assim por diante.

Dentro do jogo imaginário, é possível perceber como se estabelecem as relações sociais, de modo que o sujeito só é afetado pelas formações imaginárias devido ao funcionamento da ideologia. Orlandi (2001, p. 48) explica que:

A ideologia, por sua vez, nesse modo de a conceber, não é vista como conjunto de representações, como visão de mundo ou como ocultação da realidade. Não há aliás realidade sem ideologia. Enquanto prática significante, a ideologia aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e com a história para que haja sentido. E como não há uma relação termo-a-termo entre linguagem/ mundo/ pensamento essa relação torna-se possível porque a ideologia intervém com seu modo de funcionamento imaginário. São assim as imagens que permitem que as palavras “colem” com as coisas.

Para Pêcheux (1975/2009), a materialização dos sentidos só acontece devido à sua dependência que existe no que ele chama de “o todo complexo das formações ideológicas”, nesse sentido, ele explica essa dependência por meio de duas teses:

I) A primeira consiste em colocar que o *sentido* de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição etc., não existe “em si mesmo” (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas). Poderíamos resumir essa tese dizendo: *as palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam*, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às *formações ideológicas* (no sentido definido mais acima) nas quais essas posições se inscrevem. Chamaremos, então, *formação discursiva* aquilo que, numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado da luta de classes, determina *o que pode e deve ser dito*. (Pêcheux, 1975/2009, p. 146-147)

Desta forma, como indica o autor, a formação discursiva (FD) faz circular sentidos originados de uma formação ideológica, para melhor compreensão sobre esse conceito, Indursky (2011, p. 84) explica que “é o indivíduo que, interpelado pela ideologia, se constitui como sujeito, identificando-se com os dizeres da formação discursiva que representa, na linguagem, um recorte da formação ideológica”. Além disso, é importante complementarmos, através dos estudos de Granjeiro (2011, p. 40), que esses dizeres, chamados de vozes, existentes dentro da FD, constituem-na como heterogênea:

a f.d [formação discursiva] é uma unidade dividida, a qual, embora seja passível de descrição por suas regras de formação, por suas regularidades, ela não é una, mas heterogênea, não de forma accidental, mas constitutiva. Assim, no interior de uma mesma f.d. coabitam vozes dissonantes que se cruzam, entrecruzam, dialogam, opõem-se, aproximam-se, divergem.

Essa relação entre formação ideológica e formação discursiva pode ser vista, com certeza, no *corpus* da pesquisa, assim como indicam os recortes dos discursos dos pacientes que optaram pela redução de estômago ao serem questionados quanto aos motivos que os levaram à cirurgia:

Recorte (2) Sujeito A: A certeza (ilusão) de que ficaria magra para sempre, sem sentir fome.

Recorte (3) Sujeito D: Estética.

Recorte (4) Sujeito M: Não conseguia encontrar uma roupa que me servisse, não conseguia andar um quarteirão sem sentir falta de ar e não estava feliz com meu corpo.

A partir destes recortes, compreendemos que são (re)produzidos sentidos dominantes sobre estética com os termos ‘magra’, ‘estética’ e ‘roupa’, sendo assim, os sujeitos

produziram discursos que tratam sobre emagrecimento, ou seja, discursos que produzem sentidos os quais estão filiados à formação discursiva sobre estética e que são atravessados pela formação ideológica que sustenta o emagrecimento para atingir o ideal de corpo perfeito. Também é possível observar outros sentidos de emagrecimento, produzidos pelos sujeitos entrevistados, que se sustentam na FD sobre estética, como quando o Sujeito A inscreve sobre a cirurgia bariátrica como um lugar de garantia, “ficaria magra para sempre”; e quando o Sujeito M inscreve que o corpo obeso está ‘fora’ das medidas adotadas pelo mercado com “não conseguia encontrar uma roupa que me servisse”.

Podemos observar, também, outras formações discursivas circulando em nosso *corpus*, de modo que, a partir de formações ideológicas que naturalizam o emagrecimento como fonte de obtenção do corpo saudável, surgem formações discursivas sobre saúde, como mostram os recortes²:

Recorte (5) Sujeito B: Pressão alta, problemas com coração desgaste, rins pressão alta visão começo de diabete.

Recorte (6) Sujeito C: A princípio saúde e na sequência as dores nas pernas.

Recorte (7) Sujeito E: Saúde, dores nas pernas, esporão nos pés, dores nas costas, diabetes, gastrite, depressão e muito desânimo.

Recorte (8) Sujeito H: Principalmente saude.

Recorte (9) Sujeito I: Acesso de peso, cirurgia nos dois juelho.

Recorte (10) Sujeito J: Pelo motivo de impertensão e pré-diabétes.

Recorte (11) Sujeito K: Saúde, mas aos 40 anos já tinha feito a programação que aos 50 anos faria a cirurgia bariátrica.

Recorte (12) Sujeito N: Devido exesso de peso, pressão alta e dificuldade de locomoção.

Com estes recortes, podemos interpretar que os Sujeitos B, C, E, H, I, J, K e N filiam-se à formação discursiva sobre saúde ao (re)produzirem seus motivos permeados por sentidos sobre “pressão alta”, “dores”, “diabetes”, “gastrite” e “impertensão”, neste viés, entendemos, ainda, que se tratam de motivos inscritos em um saber autorizado pela ciência, o saber da medicina, contribuindo, desta forma, para a legitimação de sentidos sobre saúde dentro das formações imaginárias do discurso médico. Nessa perspectiva, compreendemos que o emagrecimento, para esses sujeitos, está diretamente relacionado a um corpo doente que

² Mantivemos a escrita original dos sujeitos entrevistados.

ficará são ao ter menos peso, sendo assim, com a cirurgia bariátrica, na expectativa dos sujeitos, consequentemente haverá o encerramento e/ou a redução dos sintomas elencados, o que nos leva a interpretar que, o procedimento de redução do estômago permite que esses sintomas sejam tratados através, não apenas de tratamentos específicos para cada comorbidade referida, mas através da perda de peso, portanto, a doença tratada aqui ou o motivo que levou estes sujeitos ao procedimento cirúrgico é a obesidade.

Além disso, o que pode, também, ser observado, é que alguns sujeitos entrevistados partilham da formação ideológica que trata o emagrecimento como uma questão de saúde, mas ao materializarem seus discursos, deslizam para outros discursos, tanto que as formações discursivas produzidas por eles derivam de outras formações ideológicas. Assim como apontam os recortes seguintes:

Recorte (13) Sujeito F: Estética e saúde.

Recorte (14) Sujeito G: Joelhos e sofria muito buli.

Recorte (15) Sujeito L: Problemas de saúde e complexo de obsedade.

Percebemos, portanto, que as formações discursivas não são estabilizadas e únicas, não derivam de um única formação ideológica, tendo em vista que o discurso do sujeito entrevistado pode ser atravessado por diferentes práticas discursivas. Sobre esse atravessamento, Courtine (2013, p. 59) entende que “as formações discursivas não são jamais dispositivos locais, mas atravessam e religam uma pluralidade heterogênea e disseminada de campos do saber e de regimes de práticas”, por isso retomamos a concepção de Pêcheux (1975/2009) ao explicitar que dentro dos processos discursivos as mesmas palavras, expressões e proposições tenham diferentes sentidos, assim como, diferentes palavras, expressões e proposições tenham os mesmos sentidos, isso pode ser interpretado com a palavra ‘emagrecimento’, tão recorrente em nosso *corpus*, pois a mesma palavra significa de diferentes formas para diferentes formações discursivas, tendo em vista que estas derivam de diferentes formações ideológicas.

Com isso, podemos apresentar a segunda tese de Pêcheux (1975/2009, p. 148-149) sobre “o todo complexo das formações ideológicas”. O autor entende que

Toda formação discursiva dissimula, pela transparência do sentido que nela se constitui, sua dependência com respeito ao “todo completo com dominante” das formações discursivas, intrincado no complexo das formações ideológicas definido mais acima. Vamos desenvolver: propomos chamar interdiscurso a esse “todo complexo com dominante” das formações discursivas, esclarecendo que também ele é submetido à lei de desigualdade-contradição-subordinação que, como dissemos, caracteriza o complexo das formações ideológicas.

Assim, as formações discursivas, além de emanarem das formações ideológicas, também são determinadas pelo interdiscurso, pois este, também, em relação com a formação ideológica, pode ser compreendido como o pré-construído, o já-lá, “reside no fato de que algo fala sempre antes, em outro lugar e independentemente” (Pêcheux, 1975/2009, p. 149). Portanto, as formações ideológicas possibilitam que sentidos sejam acessados através do interdiscurso (sentidos estes que não são inéditos, pois já significaram em outro momento, em outra situação sócio-histórica) e, dessa forma, sejam (re)produzidos nas formações discursivas. O interdiscurso também pode ser entendido como a memória discursiva, como explicita Orlandi (2001, p. 31)

A memória, por sua vez, tem suas características, quando pensada em relação ao discurso. E, nessa perspectiva, ela é tratada como interdiscurso. Este é definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. Ou seja, é o que chamamos memória discursiva: o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra. O interdiscurso disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada

Podemos compreender que o discurso não parte do inaugural, isto porque já significou em outro momento, ele é retomado e sustentado nas formações discursivas e ideológicas, por isso, não cabe ao sujeito sentir-se origem do seu dizer, no entanto, o sujeito tem a ilusão de ser essa origem, conforme o esquecimento número 1 (Pêcheux, 1975/2009). No *corpus* desta pesquisa, é possível observar essa ilusão de origem, como quando os sujeitos entrevistados materializam sentidos sobre as comorbidades que os levaram a fazer a cirurgia bariátrica, como, por exemplo, “diabetes”, “gastrite”, “hipertensão”, “apneia”, isto porque estes sentidos não são inéditos, são sustentados pela formação ideológica do discurso da medicina, que estabelece, conforme indica a SBCBM, que esse procedimento cirúrgico só pode ocorrer se houver, como indica a tabela de Índice de Massa Corpórea (IMC), obesidade mórbida (grau III) e/ou situações de comorbidade. Sendo assim, os sujeitos filiam-se às formações discursivas da medicina para justificarem seus motivos para o procedimento cirúrgico; entretanto, não produzem sentidos ‘novos’, mas sim, sentidos que são acessados através do seu interdiscurso, sentidos que já foram ditos e que são (re)produzidos.

A esse movimento de sentir-se origem de seu dizer, Pêcheux (1975/2009) denomina de esquecimento número 1, que ocorre no nível do inconsciente. E o autor acrescenta o esquecimento de número 2, que ocorre no nível do consciente. Orlandi (2001, p. 35) explica:

O esquecimento número dois, que é da ordem da enunciação: ao falarmos, o fazemos de uma maneira e não de outra, e, ao longo de nosso dizer, formam-se famílias parafrásticas que indicam que o dizer sempre podia ser outro. (...) Isso significa em nosso dizer e nem sempre temos consciência disso. Este “esquecimento” produz em nós a impressão da realidade do pensamento. Essa impressão, que é denominada ilusão referencial, nos faz acreditar que há

uma relação direta entre o pensamento, a linguagem e o mundo, de tal modo que pensamos que o que dizemos só pode ser dito com aquelas palavras e não outras, que só pode ser assim. Ele estabelece uma relação “natural” entre palavra e coisa. Mas este é um esquecimento parcial, semi-consciente e muitas vezes voltamos sobre ele, recorremos a esta mensagem de famílias parafrásticas, para melhor especificar o que dizemos. É o chamado esquecimento enunciativo e que atesta que a sintaxe significa: o modo de dizer não é indiferente aos sentidos.

O outro esquecimento é o esquecimento número um, também chamado esquecimento ideológico: ele é da instância do inconsciente e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia. Por esse esquecimento temos a ilusão de que somos a origem do que dizemos quando, na realidade, retomamos sentidos pre-existentes. Esse esquecimento reflete o sonho adâmico: o de estar na inicial absoluta da linguagem, ser o primeiro homem, dizendo as primeiras palavras que significariam apenas e exatamente o que queremos. Na realidade, embora se realizem em nós, os sentidos apenas se representam como originando-se em nós: eles são determinados pela maneira como nos inscrevemos na língua e na história e é por isso que significam e não pela nossa vontade.

Desta maneira, podemos compreender que a ilusão de ser origem do dizer ocorre devido ao fato de o sujeito imaginar ter escolhido a melhor maneira de dizer algo, aquela em que não há a falha ou o equívoco, o que Pêcheux (1975/2009) chamou de esquecimento número 2; a ilusão também ocorre pelo fato de o sujeito, ao ser afetado pela ideologia, sentir-se criador de um dizer, como se este nascesse nele, como se fosse (re)produzido pelo sujeito pela primeira vez, o que o autor (idem) chamou de esquecimento número 1. Assim, entendemos que para a Análise de Discurso pecheuxtiana os discursos têm história, isto porque os dizeres e sentidos já significaram, anteriormente, o que os difere é a formação discursiva e a formação ideológica em que esses sentidos são retomados e (re)significados. No mesmo viés, interpretamos que o corpo do sujeito também faz história, visto que as formações discursivas às quais o sujeito se filia contribuem para o modo como o sujeito se posiciona frente ao seu corpo, pois, a partir destas filiações, sentidos que já significaram são retomados e podem contribuir para a modificação corporal, seja por estética ou pela saúde, seja para dar novos olhares a este corpo ou para sustentar os olhares que já são (pre)dominantes.

1.2 Sujeito e Subjetividade

De acordo com a teoria da Análise de Discurso pecheuxtiana, o conceito de sujeito é basilar. Antes de se compreender como ocorre o processo de interpelação do indivíduo em sujeito, é importante considerar que essa interpelação só acontece devido ao conceito de ideologia definido por Althusser (1970), a quem Pêcheux (1975/2009) também faz menção para poder chegar à definição de sujeito do/no discurso.

Para Althusser (1970), a noção de ideologia pode ser compreendida com base em duas teses: “Tese 1: A ideologia representa a relação imaginária dos indivíduos com as suas condições reais de existência” (1970, p. 77), e “Tese 2: A ideologia tem uma existência material” (1970, p. 83), de modo que, na primeira, o autor entende que a ideologia parte de representações imaginárias do mundo e, desta maneira, não corresponde a uma realidade; assim, para Althusser, a ideologia faz alusão à realidade através do imaginário do indivíduo. Já a segunda tese trata de como a ideologia é materializada através dos aparelhos ideológicos de Estado, o autor explica:

Dissemos, ao falar dos aparelhos ideológicos de Estado e das práticas destes, que cada um deles era a realização de uma ideologia (sendo a unidade destas diferentes ideologias regionais – religiosa, moral, jurídica, política, estética, etc. – assegurada pela sua subsunção à ideologia dominante). Retomamos esta tese: uma ideologia existe sempre num aparelho, e na sua prática ou suas práticas. Esta existência é material. (Althusser, 1970, p. 84)

Para Althusser (1970), é possível que a ideologia materialize a sua existência, mas isso só ocorre através dos chamados aparelhos ideológicos de Estado (AIE), pois estes só funcionam através da ideologia, a qual é estabelecida pela ideologia dominante. Desta forma, as instituições como igrejas, escolas, família, imprensa, o sistema político, dentre outras, funcionam como AIEs, de modo que em cada uma há o exercício de uma ideologia conforme a ideologia dominante é (im)posta.

Desse modo, a ideologia pode ser entendida como algo que representa a realidade através das relações imaginárias nas quais os sujeitos se enredam e pode ser materializada pelos aparelhos ideológicos de Estado. O autor, logo, resume que:

Surge assim que o sujeito age enquanto é agido pelo seguinte sistema (enunciado na sua ordem de determinação real): ideologia existindo num aparelho ideológico material, prescrevendo práticas materiais, reguladas por um ritual material, as quais (práticas) existem nos actos materiais de um sujeito agindo em consciência segundo a sua crença. (idem, p. 90)

Entendemos, portanto, que a ideologia está condicionada a práticas reguladas por rituais ou, como podemos compreender, por normas, as quais contribuem para a homogeneização da ideologia; entretanto, para a Análise de Discurso não se trata de uma prática de luta ideológica homogênea, mas sim, heterogênea como explicam Pêcheux e Gadet (1981/2011, p. 98):

A análise de discurso deixa de ser uma questão de reconstrução das variantes homogêneas de uma estrutura de ideologia (ou ideologias) para ser, em vez disso, uma questão de exploração desse jogo de heterogeneidades discursivas móveis que geram eventos específicos às lutas ideológicas do movimento.

Sobre esse jogo de heterogeneidades discursivas, podemos entender que se tratam das formações discursivas, isto porque o sujeito se filia a formações discursivas a partir das formações ideológicas, ou seja, a formação ideológica não é única, pode possibilitar a filiação de diferentes formações discursivas, como pode ser visto nas respostas dos sujeitos entrevistados para esta pesquisa que, ao produzirem discursos, partem da formação ideológica da medicina para alcançarem o emagrecimento; porém, alguns se filiam à formação discursiva da saúde e outros à formação discursiva da estética. Para explicar essa relação entre ideologia e formação discursiva, Pêcheux (1977/2011, p. 197) elucida que

É necessário definir a relação interna que ela [formação discursiva] estabelece com seu exterior discursivo específico, portanto, determinar as invasões, os atravessamentos constitutivos pelos quais uma pluralidade contraditória, desigual e interiormente subordinada de formações discursivas se organiza em função dos interesses que colocam em causa a luta ideológica de classes, em um momento dado de seu desenvolvimento em uma dada formação social.

A partir disso, compreendemos que as formações discursivas são atravessadas pela formação ideológica e, para que isso ocorra, há a necessidade de o sujeito ser interpelado por uma ideologia. Sobre essa relação entre sujeito e ideologia, partiremos dos estudos de Althusser (1970, p. 91) quando o autor enuncia duas teses conjuntas: “1 – Só existe prática através e sob uma ideologia” e “2 – Só existe ideologia através do sujeito e para sujeitos”; portanto, a noção de sujeito perpassa a questão da ideologia, o que faz com que o autor formule que “a ideologia interpela os indivíduos como sujeitos”, formulação esta que será retomada nos trabalhos de Pêcheux (1975/2009) e de Orlandi (2001). Althusser (1970, p. 102) explicita que:

a ideologia interpela os indivíduos como sujeitos. Como a ideologia é eterna, vamos suprimir a forma da temporalidade na qual representámos o funcionamento da ideologia e afirmar: a ideologia sempre-já interpelou os indivíduos como sujeitos, o que nos leva a precisar que os indivíduos são sempre-já interpelados pela ideologia como sujeitos, e nos conduz necessariamente a uma última proposição: os indivíduos são sempre-já sujeitos.

Com base nos autores, entendemos que o sujeito não surge em um dado momento da história, isolado, assim como a ideologia também não surge sem estar atravessada por um sujeito ou materializada pelos AIE; portanto, o sujeito é interpelado pela ideologia, mesmo antes de se ver ou ser visto como sujeito. Althusser (1970) usa o exemplo de uma criança para explicitar esse sempre-já, pois o sujeito não passa a ser sujeito a partir de seu nascimento, isso pode ocorrer antes, pois os sentidos que perpassam pela família fazem com que já haja essa constituição de sujeito ainda não nascido.

A partir destas postulações de Althusser, Pêcheux pôde repensar e desenvolver o conceito de sujeito, embasado, também, no conceito de sujeito da psicanálise com os estudos de Lacan. Sendo assim, Pêcheux (1975/2009, p. 124-125) compreende que

Se acrescentarmos, de um lado, que esse sujeito, com um *S* maiúsculo – sujeito absoluto e universal –, é precisamente o que J. Lacan designa como o Outro (Autre, com *A* maiúsculo), e, de outro lado, que sempre de acordo com a formulação de Lacan, “o inconsciente é o discurso do Outro”, podemos discernir de que modo *o recalque inconsciente e o assujeitamento ideológico* estão materialmente ligados, sem estar confundidos, no interior do que se poderia designar *como processo do Significante na interpelação e na identificação*, processo pelo qual se realiza o que chamamos condições ideológicas da reprodução/transformação das relações de produção. (Pêcheux, 1975/2009, p. 124-125)

Com isso, Pêcheux (1975/2009, p. 124) formula que “o indivíduo é interpelado como sujeito [livre] para livremente submeter-se às ordens do Sujeito, para aceitar, portanto, [livremente] sua submissão”. Nesse viés, Orlandi (2006, p. 19) explica que “a interpelação do indivíduo em sujeito de seu discurso se efetua pela identificação do sujeito com a formação discursiva que o domina”. Ou seja, o indivíduo se torna sujeito ao produzir discursos a partir de dada formação social, e os sentidos do discurso podem ser interpretados pelas marcas linguísticas presentes em seu discurso, as quais funcionam como indícios de que ele partilha de uma determinada ideologia, de modo que esse sujeito não se torna uno, indiviso, pois em diferentes formações discursivas pode haver diferentes interpelações de sujeitos.

Como por exemplo, no *corpus* da nossa pesquisa, o mesmo sujeito é interpelado por diferentes formações discursivas, isto porque partilha de distintas formações ideológicas. Isso ocorre com o Sujeito E, quando, na questão 1, é lhe perguntado sobre os motivos que o levaram a optar pelo procedimento cirúrgico e quando, na questão 6, é lhe perguntado qual das duas ideias (saúde ou estética) foi primordial para a escolha pela cirurgia bariátrica. Conforme suas respostas, que constam no recorte seguinte, podemos observar a heterogeneidade de sujeito e das formações discursivas:

Recorte (16) Sujeito E:

(Resposta questão 1): Saúde, dores nas pernas, esporão nos pés dores nas costas, diabetes, gastrite, depressão, e muito desânimo.

(Resposta questão 6): Questão da saúde, e por ser magra.

Mediante este recorte, pode ser analisado que a questão 1 trata do sujeito capturado pela formação ideológica da obesidade como doença, por isso ele materializa no discurso problemas de saúde e ainda menciona a depressão como motivos para realizar o procedimento cirúrgico. Na questão 5, o sujeito tenta se manter na mesma formação discursiva a partir da

qual respondeu à questão 1, mas desliza para outra, isto porque ele tenta se manter na formação discursiva sobre saúde, quando diz “questão da saúde”, mas desliza para a formação discursiva sobre estética quando diz “e por ser magra”. Isso ocorre, conforme entende Orlandi (2001), devido ao sujeito não ser pronto e acabado, desta forma, pode haver um deslizamento de sentidos de acordo com a posição-sujeito, em dado contexto sócio-histórico. Para Pêcheux (1975/2009), esse processo de identificação do sujeito com a formação discursiva que o interpela é denominado forma-sujeito.

A interpelação do indivíduo em sujeito de seu discurso se efetua pela identificação (do sujeito) com a formação discursiva que o domina (isto é, na qual ele é constituído como sujeito): essa identificação, fundadora da unidade (imaginária) do sujeito, apóia-se no fato de que os elementos do interdiscurso (sob sua dupla forma, descrita mais acima, enquanto “pré-construído” e “processo de sustentação”) que constituem, no discurso do sujeito, *os traços daquilo que o determina*, são re-inscritos no discurso do próprio sujeito. (Pêcheux, 1975/2009, p. 150)

Sendo assim, essa re-inscrição dos elementos do interdiscurso que constituem o discurso do sujeito permite a identificação das formações discursivas que o interpelam. Pêcheux (1975/2009, p. 271) entende que a “*forma-sujeito do discurso*, na qual coexistem, indissociavelmente, interpelação, identificação e produção de sentido, realiza o *non-sens da produção do sujeito como causa de si sob a forma da evidência primeira*”³, portanto, por meio da formação discursiva é possível analisar traços de subjetividade no discurso do sujeito.

De acordo com os estudos de Coracini (2007, p. 29), o conceito de subjetividade foi retirado dos estudos de Benveniste (2005), quando diz que “o discurso constitui lugar de emergência da subjetividade do enunciador que deixa, no texto, marcas de seu envolvimento com o que enuncia”. No entanto, esse autor parte da teoria da enunciação que coloca o enunciador como o centro do discurso, diferente do que propõe a Análise de Discurso, que vai deixar no entremeio sujeito, discurso, história, ideologia. Entendemos, pois, que a Análise de Discurso reformula a postulação de Benveniste (2005) sobre subjetividade, de maneira que passa a filiar a subjetividade aos conceitos que sustentam a teoria pecheuxtiana, possibilitando a seguinte formulação: o discurso constitui lugar de emergência da subjetividade do sujeito que deixa, no texto, marcas de seu envolvimento com o que discursiviza. Coracini (2007, p. 24) ainda entende que:

É no exato momento em que se submete às expectativas do outro – ou talvez por isso mesmo, que resvalam, cá e lá, fragmentos, fagulhas candentes da subjetividade que (se) diz; escapam representações, desejos, inconscientes e abafados, que se ateiam à menor oportunidade: uma confissão, um concurso, um entrevista informal... .

³ Grifos do autor.

Pereira (2009, p. 170) aponta como a subjetividade é entendida por alguns teóricos:

Para Pêcheux, a subjetividade (modo de ser sujeito) é a inter-relação dos conceitos de identificação (aliança dos sentidos em uma formação discursiva, matriz do que pode/deve ser dito/mostrado), contra identificação (oposição na mesma formação discursiva) e desidentificação (contradição, deslizamentos e construção de outra formação discursiva). De acordo com Orlandi, a subjetividade interessa, discursivamente, pois ‘permite compreender como a língua acontece no homem’, uma vez que é estruturada no acontecimento discursivo ou que tem lugar no acontecimento significante. Ferreira entende que a subjetividade é entendida aqui como o deslocamento do ‘eu’ para toda linguagem mesmo que não enunciado conscientemente, uma vez que o sujeito discursivo não é fonte de sentido nem senhor da língua, mas sim descentrado, integrado ao funcionamento do discurso, determinado e sendo determinado pela língua e pela história.

Desta forma, o sujeito é afetado pelas formações discursivas e/ou ideológicas e a subjetividade é marcada em seu dizer; por isso, nesta pesquisa, pretende-se verificar as marcas discursivas que afetam a (de)cisão do sujeito pela cirurgia bariátrica. Como traz Coracini (2008, p. 185) ao parafrasear Lacan: “não basta que o outro fale por nós de nós, é preciso que *eu* fale, que eu escreva, que *eu me* chame, enfim, que *eu* construa a ‘minha’ identidade – que é sempre ‘do outro’, que vem do outro, já que só me vejo pelo espelho do olhar do outro”.

Ainda sobre a subjetividade, Coracini (2008, p. 193) entende como aquela que pode se inscrever:

Subjetividade que se constitui via escrita quase nunca pre-meditada, pre-vista, fazendo-se corpo no e do corpo n(d)aquele que (se) inscreve, imprimindo e exprimindo, com sangue e suor, pensamentos imprevisíveis, histórias e acontecimentos que, tecidos pela própria palavra, se fazem frase, texto, sentidos.

Ou seja, a subjetividade aparece representada no sujeito, seja por meio de suas histórias, fala, escrita; de acordo com a autora, entendemos que a subjetividade do sujeito não é pensada antecipadamente, mas sim, o sujeito vê a necessidade de *se* colocar no seu dizer e, assim, o faz; como é materializado no recorte (17) do Sujeito I, ao ser questionado sobre suas expectativas para o pós-cirúrgico na questão 7:

Recorte (17) Sujeito I:

(Resposta questão 7): Eu já fui determinado a fazer a cirurgia eu tinha certeza que eu ia correr tudo bem e o motivo p/ ter uma saúde melhor.

Analizamos que o sujeito, antes de mencionar sobre sua expectativa – ter uma boa saúde –, necessita marcar sua qualidade de sujeito determinado a fazer a cirurgia, o que nos permite interpretar que quem não é determinado não consegue/pode passar por esse procedimento cirúrgico, deixando marcas de subjetividade em seu discurso. Além disso, essa

formulação permite outra interpretação, uma vez que “Eu já fui determinado” pode criar o efeito de sentido de que algo ou alguém já havia determinado essa escolha para o paciente, uma voz que determinou esse ‘caminho’ para esse sujeito. Sendo assim, interpretamos que, aqui, também, há marcas de subjetividade, visto que essa voz de autoridade determina, manda, impõe, ao passo que o sujeito obedece.

Outra marca de subjetividade que podemos analisar é a do Sujeito F ao ser questionado, na questão 6, sobre qual das duas ideias (saúde ou estética) foi primordial para a escolha pela cirurgia bariátrica, a resposta consta no recorte seguinte:

Recorte (18) Sujeito F:

(Resposta questão 6): Eu acredito que foi pela estética, por eu não me aceitar como eu era.

A partir da resposta discursivizada pelo Sujeito F, interpretamos que ele considera ter realizado a cirurgia por motivos estéticos, não devido à aceitação do outro, mas à ‘sua’, porém, quando se utiliza do termo ‘acredito’, o Sujeito F deixa marcas de subjetividade, pois podemos interpretar que não há uma convicção do real motivo, ou seja, existem outros motivos que contribuíram para a escolha da cirurgia bariátrica, mas que foram silenciados. Sobre essa questão do silêncio, Orlandi (2007a) entende que ele por si só significa, não precisa estar relacionado ao verbal. A autora explica que “quando dizemos que há silêncio nas palavras, estamos dizendo que elas são atravessadas de silêncio; elas produzem silêncio; o silêncio ‘fala’ por elas; elas silenciam” (idem, 2007a, p. 14).

Nesse sentido, compreendemos que mesmo com o silêncio, o sujeito deixa marcas de subjetividade sobre a sua relação com seu corpo, pois “O inconsciente fala através do corpo” (Courtine 2011, p. 07), isto porque, dentro da perspectiva discursiva, o corpo é considerado o lugar de inscrição do sujeito, visto que é interpretável, assim como afirma Orlandi (2007b, p. 12) “os sentidos não são indiferente à matéria significante”.

Entendemos, pois, que o corpo inscreve-se no discurso do sujeito, pois faz parte das formações discursivas que o afetam. Isso porque a subjetividade se instaura no momento em que esse corpo reclama por sentidos outros, conseqüentemente, surge a necessidade de se realizar a cirurgia bariátrica, para atingir uma expectativa do sujeito-obeso: perder peso, aceitação própria, inclusão social, sensação de bem-estar, entre outras.

Então, podemos entender que o corpo constitui-se numa forma de representação de saúde e beleza, pois o imaginário social, da modernidade líquida, é constituído pela memória discursiva que evoca sentidos tecidos sócio-historicamente sobre o corpo que obedece a um

padrão para ser considerado aceito, para ser normal, em cada momento histórico. Assim, o sujeito deixa marcas das inscrições sócio-históricas que o interpelam em seu discurso, como entende Foucault (1979, p.22) ao identificar o corpo como uma “superfície de inscrição dos acontecimentos, [...] lugar de dissolução do Eu”. Com este discurso, entendemos que o sujeito tenta se relacionar com o que lhe representa, neste caso, seu corpo, essa concepção é entendida por Pêcheux (1975/2009) como lugar imaginário do sujeito, ou seja, a imagem que o sujeito faz de si.

Para Milanez (2006, p. 168) a concepção de imagem é trazida através do conceito de intericonicidade que “supõe as relações das imagens exteriores ao sujeito como quando uma imagem pode ser inscrita em uma série de imagens”, ou seja, isso pode ser compreendido como quando o sujeito compara sua imagem a uma outra imagem, por exemplo, a de uma *top model* ou a de um fisiculturista, ou seja, o sujeito inscreve a sua própria imagem sobre outra e partilha dos discursos dominantes sobre beleza em seu próprio corpo. Em Foucault (1975/2012, p.126), compreendemos o “corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”.

Para melhor compreender essa questão, fazemos uso da citação de Foucault (1994, p. 10, citado por Milanez, 2015, p. 110) em que ele diz que “o corpo é um lugar de justaposição”, ou seja, para o autor, são outros sujeitos que contribuem para a constituição do campo do discurso do corpo. Pensando essa constituição corporal do sujeito, Milanez (2015, p. 112) propõe que “a pele do corpo do sujeito é o próprio espaço no qual ele se materializa, se presentifica e formata o mundo pelo qual passa e que, este, por sua vez, o atravessa”. Desta forma, podemos analisar que o que o autor chama de espaço pode ser considerado a condição sócio-histórica em que o sujeito se inscreve; logo, é nesse campo histórico que a pele o materializa, representa-o. Sendo assim, para o autor, a heterogeneidade nos modos de enunciar a pele o leva a pensar que:

Primeiro, a pele é ao mesmo tempo sujeito e objeto da constituição de si. Nesse sentido, a pele não ocupa uma existência nuclear. Sua condição é periférica para a constituição do sujeito. A pele enquanto posicionamento periférico possibilita estar ligada a margens variadas e contornos sem formas prontas. A pele, assim, não limita, ela delimita posições incontáveis para os sujeitos.

Segundo, a pele, em primeiro plano, é uma prática biológica, que recobriria todo o corpo. Essa noção talvez deva ser revisitada, pois ainda que o biológico seja a marca primeira dessa topos epidérmica, esse nível de posição não poderá ser compreendido por meio apenas dos instrumentos clínicos, uma bioinstrumentalização voltada para si. A prática do dia-a-dia já nos mostra que o que amplia o espaço clínico é nosso ímpeto em ter o domínio de técnicas para que possamos nos transformar em nós mesmos, ou pelo menos, naquilo que compreendemos que somos no lugar social que habitamos e na cultura da qual nos nutrimos. (Milanez, 2015, p. 113-114)

Por conseguinte, segundo o autor, a pele, enquanto sujeito ou objeto para a constituição de si, não limita as posições assumidas pelo sujeito, isto é, ela contribui para a sua constituição em sujeito, seja para constituir um sujeito que se identifica, seja para constitui um sujeito que não se identifica, que não se aceita. Além disso, para Milanez (2015), essa pele não limitada permite que o sujeito se utilize de instrumentos para que possa habitar diferentes lugares sociais, lugares estes que, muitas vezes, são determinados pelo que Althusser chama de aparelhos ideológicos de Estado, como forma de pertencimento a si. O autor ainda complementa sobre a heterogeneidade nos modos de enunciar a pele:

Terceiro: o lugar social para a pele é o de uma arte de viver do sujeito, uma obra de arte de composição de si, de si para si. É no social que o sujeito-pele se instala como a topografia dermatológica da diferença. O sujeito e a heterogeneidade são cuidados que a sociedade promove e que o sujeito abraça como forma de pertencimento a si, pois assim é que ele se firma socialmente.

Quarto, o modo de enunciar a pele na sociedade arregimenta uma possibilidade histórica de políticas da vida, cuja elasticidade é a multipluriformização da epiderme e sua condição heterotópica: a pele é o lugar da metamorfoseação do sujeito em si mesmo. A epiderme, portanto, não tem um lugar estabelecido dentro de linhas biológicas e sociais, mas, antes, demarcadas pelas existências históricas do sujeito. O retorno à história das condições de existência, não as clínicas, que parecem surgir das necessidades dos sujeitos de se debruçarem sobre si, mas das estéticas, não as do belo e do feio, diferentemente, a estética do sujeito que sabe que há e que pode redirecionar a sua maneira de se relacionar e de estar no mundo.

Quinto. O sujeito-pele se forma em contato com o outro, seja ele sob a forma de um bio status, um posicionamento social, uma condição histórica ou, apenas, uma outra pele. (Milanez, 2015, p. 114-115)

Para Milanez (2015, p. 115), a pele pode ser considerada espaço de metamorfose, mas não apaga a história do sujeito, pois “o sujeito-pele se forma em contato com o outro, seja através de um posicionamento social, uma condição histórica ou, apenas uma outra pele”. Sobre essa última afirmação do autor, de que ao estar em relação com outra pele há possibilidade de haver a constituição do sujeito-pele, podemos encontrar, através de materialidades linguísticas, sujeitos-pele no *corpus* desta pesquisa, tendo em vista que, em se tratando da cirurgia bariátrica, muitos sujeitos ficam satisfeitos com o emagrecimento, mas insatisfeitos com o excesso de pele em decorrência da perda de peso, sendo necessárias plásticas para correção, como pode ser observado nos recortes seguintes:

Recorte (19) Sujeito D: Agora ficou bem melhor so a perna que eu queria fazer plastica.

Recorte (20) Sujeito H: Estou satisfeita com a cirurgia so os seis que não.

Recorte (21) Sujeito K: Satisfeito, porém o que mais eu procurava era a saúde, no entanto ainda não fiz abdominoplastia.

Recorte (22) Sujeito M: Vejo um corpo bonito cheio de curvas mais, com uma barriga (aventail) que me incomoda. (Vou fazer abdomem na próxima semana.

Assim, dos recortes, podemos interpretar sentidos que tratam da pele do sujeito-bariatrizado como uma pele que incomoda e que ainda faz alusão à sua obesidade, tanto que eles materializam satisfação com a cirurgia, mas, em seguida, fazem uso de marcadores linguísticos que retratam o que os incomoda, como: “só, no entanto, mas”. É como se quando houver a retirada desta pele, haverá também um outro sujeito. Retomamos a concepção de Foucault (1994), corpo que justapõe o outro, um outro sujeito que emerge quando ocorre a ‘falta’ de um pedaço do ‘antigo’ corpo.

Com isso, entendemos que dentro do contexto sócio-histórico, através da ideologia e das formações discursivas, há a interpelação do sujeito, e que este não é único, nem inédito, mas dele podem ser construídos sentidos que (re)significam e que deixam marcas da sua subjetividade, marcas de sua corporeidade. Desta forma, nesta pesquisa, escolhemos a contemporaneidade como contexto sócio-histórico para compreender quais são os sentidos sedimentados pela medicina que estão presentes nos discursos de sujeitos entrevistados, sujeitos que passaram pela cirurgia bariátrica, quando estes se referem aos seus corpos. Entretanto, antes, precisamos compreender quais são os discursos que o aparelho ideológico de Estado da medicina sustenta sobre corpo, então, apresentaremos esse estudo no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2 – DENTRE TANTOS, MAIS UM OLHAR AO CORPO

Mulher deitada de lado (Fernando Botero, 2010)

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seu patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.
(Carlos Drummond de Andrade, 1984)

2.1 Um olhar histórico sobre o corpo

De acordo com a teoria da Análise de Discurso pecheuxtiana, nesta pesquisa, entendemos o corpo como lugar de inscrição do sujeito, sendo assim, para contextualizar esse lugar de inscrição, achamos pertinente marcar de qual contexto sócio-histórico é constituído o corpo que é discursivizado no *corpus* de nossa pesquisa. Trataremos, portanto, da contemporaneidade.

Vale ressaltar, ainda, que os sentidos de corpo estão em evidência neste capítulo, pois ao tratarmos sobre os sentidos de estética e saúde junto aos pacientes bariátricos, pôde ser observado, no decorrer da coleta, que os sentidos de/sobre corpo são construídos de acordo com a relação do sujeito com o seu corpo. Mediante essa construção é que os sentidos sobre estética e saúde são perpassados e materializados nos discursos dos sujeitos, ou seja, foram construídos sentidos sobre corpo enquanto os sujeitos-bariátricos discursivizavam sobre estética e saúde. Foram produzidos sentidos que remetem à questão corporal, como: “roupa”, “meu corpo”, “corpo bonito”, “curvas”, “barriga”, “seios”, “perna”, “plástica”, “corpo magro”, “pés deformados”, “dobras”, “braço”, “estrias”, “varizes”, “abdômen”.

Assim, entendemos que a materialização de algum sentido, seja sobre estética ou saúde, ocorre depois de o sujeito constituir a relação com o seu corpo; por isso, compreender a constituição histórica dos sentidos sobre corpo se faz necessário neste trabalho, por possibilitar interpretações pelo viés da análise do discurso dos sujeitos, dos seus corpos e do contexto em que são constituídos.

No mundo, conforme ocorreram mudanças históricas que contribuíram para estabilização de sentidos dominantes e/ou para novos posicionamentos ideológicos, o corpo passou por mudanças discursivas, mudanças estas que possibilitaram novos olhares, novos sentidos e novas interpretações sobre o corpo. Para melhor entendermos isso, traçaremos um percurso histórico que contribuiu para a constituição de alguns sentidos existentes e dominantes sobre o corpo, sendo da Era Paleolítica à modernidade.

De acordo com os estudos de Cocco, Oliveira M., Marangon e Oliveira P. (2015), na Era Paleolítica, havia uma preferência pelo corpo com curvas representado pela escultura da Vênus Paleolítica ou também conhecida como Vênus de Willendorf, para os autores (idem, p.03) trata-se de “uma escultura rechonchuda, encontrada há mais de 28 mil anos, era a grande representante do ideal feminino para os “homens da caverna””. Nesta época, estes homens acreditavam que se a mulher possuísse curvas, assim como as da deusa, seria uma mulher mais fértil e poderia dar-lhes filhos que seriam futuros líderes, isto porque, o ideário

de corpo feminino estava vinculado à fertilidade devido à crença na deusa e à sua estrutura corporal, colaborando para que o corpo feminino rechonchudo fosse estabelecido como padrão e produzisse sentidos de perfeição quanto à fertilidade, ventre, maternidade, filhos fortes, filhos líderes, ou seja, um ventre com poder.

Figura 1- Vênus de Willendorf - 25.000 a.C

Porém, como indicam Barbosa, Matos e Costa (2011), na Grécia Antiga, a imagem do corpo grego estava associada à representação de saúde de um corpo bem proporcionado, que deveria ser olhado e admirado, além disso, o corpo também era visto como instrumento de combate, pois os músculos bem definidos produziam sentidos sobre a força corporal do homem o qual poderia passar pelos obstáculos e manter a vida, que é considerada pelos deuses como um dom. Barbosa et al (2011, p. 25) explicam que

o corpo era valorizado pela sua saúde, capacidade atlética e fertilidade. Para os gregos, cada idade tinha a sua própria beleza e o estético, o físico e o intelecto faziam parte de uma busca para a perfeição, sendo que o corpo belo era tão importante quanto uma mente brilhante.

Posto isto, compreendemos que a busca pelo ideal de beleza vista na contemporaneidade tem raízes na Grécia Antiga; entretanto, é importante ressaltarmos uma distinção: os sentidos dominantes sobre busca pelo corpo perfeito eram (re)produzidos para os homens, de modo que apenas o sexo masculino poderia buscar esse estereótipo corporal, enquanto que os sentidos dominantes para as mulheres tratavam sobre o dever do sexo feminino de cumprir suas funções: reprodução, obediência e fidelidade aos pais e marido (Barbosa et al, 2011). Nesse período, é interessante observar que a fertilidade, assim como na Era Paleolítica, também é valorizada, contudo, agora com outros atributos: o corpo físico, no que se refere à força, e a inteligência, em relação ao raciocínio e astúcia.

Figura 2 - No discóbolo de Myron, um ideal olímpico da Grécia Antiga

De maneira distinta, na Idade Média, sob influência religiosa, como indicam Barbosa et al (2011), para o Cristianismo, o corpo é pregado como algo proibido, de modo que há uma dicotomia entre espírito e corpo, em que o primeiro se sobrepõe ao segundo, assim o corpo é visto como uma ocultação para homens e mulheres, algo que deve se mostrar ao mínimo, inclusive durante a intimidade de um casal. Conforme os estudos de Barbosa et al (2011, p.26), o corpo passa a ser fonte de pecado, era considerado uma “prisão da alma, era pois um vexame, devia ser escondido”.

Figura 3 - The Descent of the Holy Spirit Girolamo Muziano

No período feudal, Barbosa et al (2011) apontam que o corpo passa a ter representação na vida cotidiana, isto porque características corporais como altura, peso e cor da pele eram determinantes para o trabalho do homem na sociedade da época. Além disso, ainda na Idade Média, o corpo passa pelo viés do controle, pois funciona como representação de punição

(Foucault, 1975/2012), como forma de mostrar à população as formas de sentença dos réus, ocorrida através da inquisição, em se tratando dos hereges, ou pela morte de mulheres consideradas envolvidas com bruxaria (Barbosa et al, 2011).

Nesse mesmo período, o corpo feminino estava diretamente ligado, ou deveria estar, à vida religiosa (Barbosa et al, 2011), de modo que a igreja influenciava diretamente nas relações sociais, desde a moral até à vida familiar (Cassimiro, Galdino & Sá, 2012). Nesse ínterim, encontramos as mulheres denominadas madonas, corpos cobertos, considerados sagrados, modelos de mãe com a criança no colo, trata-se da valorização da maternidade associada ao culto da Virgem Maria (Braga, 2005).

Figura 4 - Virgem com o Menino e São João Batista Criança

Barbosa et al (2011) explicitam que, na Era Moderna, a ciência contribui para o deslocamento do olhar do corpo do teocentrismo para o antropocentrismo, o corpo passa a ser investigado, descrito e analisado. Um movimento chamado Renascimento contribuiu para esse novo olhar, Carmo Júnior (2005, p.68) explica que:

A ideia de ser humano desperto para o tato, a visão, a audição, o olfato, o sabor, o movimento, como um contato natural até então expropriado do ser, escapa da vigilância da Igreja. As cores, os sons e as formas rompem o estigmado corpo encarcerado pela motivação religiosa.

Sendo assim, o corpo, assim como na Grécia Antiga, volta a ser olhado por sua beleza; entretanto, no Renascimento, ele também passa a ser estudado e colocado dentro de padrões matemáticos, como pode ser visto na obra ‘O Homem Vitruviano’ de Leonardo da Vinci, em que um corpo humano é colocado no interior de um quadrado e de um círculo, neste desenho,

é possível observar o homem explorado em suas dimensões de modo que há uma tentativa de representar o corpo perfeito (Ribeiro, 2010) dentro de figuras geométricas perfeitas.

Figura 5- O Homem Vitruviano

Além disso, observamos que, na Era Moderna, o corpo masculino fora retratado por pintores e escultores por meio das formas físicas aparentes, como pele e músculos, isto porque, de acordo com os estudos de Pelegrini (2006), “a obtenção do corpo sadio circundava a dominação do indivíduo: a prática física domava a vontade, contribuindo para tornar o praticante subserviente ao Estado”, ou seja, a saúde corpórea passava pelo olhar daquele que controlava as regras, neste caso o Estado, o que nos permite interpretar que, nesse período, também persiste a existência de um ideal de corpo, um (novo) padrão a ser seguido.

Figura 6 - David, de Michelangelo

Nesse contexto, o corpo feminino também é olhado por um padrão, o da mulher fértil, assim como na Era Paleolítica; o da mulher mãe, como as madonas; e a mulher amante, característica presente no Renascimento (Leocácio, 2015). Essa olhar dado ao corpo renascentista pode ser observado na obra ‘O Nascimento de Vênus’, de Sandro Boticelli, pois há a predominância de um corpo seminu; porém, sem a necessidade de músculos definidos, assim, interpretamos que a barriga saliente faz menção à Vênus de Willendorf, visto que ambas são as regiões do corpo que incidem sobre a fertilidade, o que contribui para observarmos a existência de um padrão ao corpo feminino.

Figura 7 - Here's a detail from The Birth of Venus (1486)

No século XVIII, há uma nova dicotomia entre corpo e alma, com isso, a concepção de corpo passa a se assemelhar à de Homem: “ser moldável e passível de exploração”. Com o crescimento da indústria moderna, no século XIX, surge o capitalismo e a concepção de corpo ganha novos sentidos: aquele que produz e consome, mas esta produção está associada a ter saúde para que haja produção, enquanto o consumo está associado à adaptação dos padrões de beleza para que haja o consumo.

Desta forma, segundo Barbosa et al (2011), esta relação entre produção e consumo contribuiu para a diminuição da qualidade do corpo do homem, de modo que, com a ajuda das mídias da época, fotografia, cinema e televisão, estes corpos idealizados não ficavam mais restritos aos desenhos e pinturas, resultando no aumento do mercado de produtos e serviços veiculados à “representação da beleza estética associada a determinados ideais de saúde, magreza e atitude” (Barbosa et al, 2011, p. 29).

Mediante esse percurso, podemos compreender que os sentidos de saúde já permeiam a história desde a Grécia; porém, os conceitos de estética, associados a padrões pré-estabelecidos, sobressaem-se na Era Moderna, vinculados ao capitalismo. Pode ser observado

que durante os períodos históricos, por haver diferentes posições ideológicas, surgiam dicotomias, seja entre corpo-espírito, seja entre corpo-alma, na contemporaneidade, devido a padrões estabelecidos, podemos compreender que, se há um padrão, há também um não padrão, de modo que, se o padrão é a estética corporal, o não padrão é o corpo que não atende a essa estética; se o padrão da estética corporal é o corpo magro, o não padrão seria o corpo obeso; portanto, na contemporaneidade, podemos entender que há uma nova dicotomia: corpo magro e corpo obeso.

Para Berg (2011, p. 192), “a obesidade se tornou um paradigma na sociedade contemporânea porque é o oposto da imagem de corpo perfeito, contrapondo-se ao ideal de alimentação saudável”. A autora (2008, p. 118) ainda complementa que “numa realidade em que o belo é o corpo magro, a impossibilidade de se ter esse corpo traz um sentimento de inferioridade e culpa”, levando o sujeito-obeso a procurar dietas, tratamentos e cirurgias como forma de se chegar ao padrão contemporâneo.

Halpern (1999) explica que a obesidade da vida moderna está ligada diretamente a genes antigos, isto porque, na pré-história, os genes, responsáveis pelos processos enzimáticos do corpo, produziam gordura a fim de permitir a sobrevivência do corpo em situações de extremo frio, pouca comida e movimentação constante, desta forma, para o autor, a produção de gordura somada aos confortos da vida moderna contribui para se chegar à obesidade.

A obesidade não é um fenômeno recente. Sabe-se da existência de indivíduos obesos já na época paleolítica, há mais de 25.000 anos atrás. A sua prevalência, no entanto, nunca atingiu proporções tão epidêmicas como as atuais. A obesidade vem aumentando em praticamente todos os países em que há acesso a alimentos. (Halpern, 1999, p. 175)

O autor trata sobre a obesidade como uma epidemia, tanto que, em seus estudos, considera que “a obesidade se tornou um fenômeno que causa grandes preocupações às entidades governamentais” (idem, 1999, p. 176) devido ao seu crescimento, à morbidade e a custos diretos e indiretos dos países.

Mediante a situação da obesidade, podemos compreender que formas de tratamento e prevenção, muitas vezes, fazem parte dos discursos das entidades governamentais a fim de sanar os problemas apontados por Halpern (1999); porém, esses discursos não ficam restritos a uma entidade, ou a um único aparelho ideológico de Estado, portanto, propomos analisar, neste trabalho, o discurso médico, a fim de verificarmos, posteriormente, no *corpus* da pesquisa, se os discursos dos sujeitos-bariátricos analisados filiam-se à formação discursiva da medicina.

2.2 O médico e o monstro: sentidos de controle

Em 1886, surgiu a famosa obra *O médico e o monstro* (*The strange case of dr. Jekyll e mr. Hyde*) do escritor escocês Robert Louis Stevenson, um clássico que conta a história de um médico filantropo e respeitado, doutor Henry Jekyll, que, no século XIX, cria uma poção capaz de lhe permitir estar em um outro corpo para, assim, poder viver uma personalidade reprimida, este novo corpo é chamado de senhor Hyde que, durante a história, comete maldades e assassinatos.

Durante toda a história, são possíveis distintas e valiosas interpretações, entretanto, para esta pesquisa, atentar-nos-emos a uma: as aparições do senhor Hyde. Na obra, o doutor Jekyll pensa que pode controlar as ‘visitas’ do senhor Hyde, porém, com o passar do tempo, isso fica cada vez mais difícil, até que o médico, para resolver a situação, cria uma nova poção que não funciona, por fim, comete o suicídio. Nesse ínterim, o que nos chama a atenção é a conduta do médico em relação à sua ilusão de controle, visto que, na história, o senhor Hyde só teve sua aparição devido a uma atitude do médico: acreditar no seu ‘poder’ de controlar um outro corpo. Consideramos que há uma ilusão de controle na história devido ao doutor não considerar a exterioridade deste novo corpo (senhor Hyde), isto porque a mudança corporal permite novos sentidos, outras interpretações, outros movimentos, isto é, uma nova inscrição, e não pensar nesta nova inscrição é pensar no sentido unívoco, no corpo unívoco, e o médico, na história, não lidava com apenas um corpo, mas com dois distintos, cada um em sua especificidade.

Portanto, metaforicamente, a obra ‘O médico e o monstro’ nos leva a uma inquietude sobre esse lugar de poder que é dado à medicina, lugar este que, muitas vezes, atribui sentidos singulares ao corpo que é plural, desta forma, à medida que na história há uma poção que faz emergir o monstro que existia dentro do doutor Jekyll, na vida real, podemos compará-la às medicalizações, às receitas médicas, ou mesmo às cirurgias, lugares estes que fazem parte do olhar de poder e controle da medicina que permitem, ou não, emergirem outros corpos.

A essa ‘força’ do discurso médico, Clavreul (1978, p. 13) denomina de ordem médica, isto porque a compara ao discurso jurídico: “a prescrição médica se mostra, no campo da medicina, como o equivalente à sanção legal no campo jurídico”, e o autor (idem, p. 13-14) explica que “aquele cujo organismo se afastar da norma instituída pela ordem médica receberá a sanção que se destina a fazer com que ele retorne para o interior da norma, como o criminoso que sofre uma sanção penal ao cometer um delito”. Sobre essa influência médica, Moulin (2011, p. 15) complementa que

Ela [a medicina] promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações. Sua justificação reside no progresso de seus conhecimentos sobre o funcionamento do organismo e a vitória sem precedentes que reivindica sobre as enfermidades, atestada pelo aumento regular da longevidade.

Como vimos anteriormente, no decorrer da história da Era Paleolítica à moderna, o corpo ‘vive’ sob uma norma, sob sanções que ditam e normalizam o que deve/pode fazer, ele ‘vive’ sob regimes que controlam e determinam olhares de normalidade (corpo atlético, perfeito, inteligente, corpo fértil, corpo-mãe, corpo-máquina), em relação a essas concepções Foucault (1975/2012, p. 132) evidencia que “Não é a primeira vez, certamente, que o corpo é objeto de investimentos tão imperiosos e urgentes; em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações”, sendo assim, nessa perspectiva, o autor (idem) ainda complementa que esses poderes buscam o adestramento corporal, um adestramento que disciplina, como o próprio autor aponta, que “fabrica indivíduos”.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas segundo a rapidez e eficácia que se determina. (Foucault, 1975/2012, p. 133)

Portanto, nos séculos XVII e XVIII, além de existirem os padrões corporais, estes ainda são submetidos a padrões disciplinares, que determinam comportamentos os quais passam pelo olhar vigilante quanto à sua eficácia e utilidade dentro de uma sociedade. Nesse viés, Foucault (1975/2012) indica que esse processo disciplinar existia nos conventos, nos exércitos, nas oficinas, nos colégios, nos espaços hospitalares, nas fábricas, nos hospícios e nas prisões. Portanto, podemos observar que na área hospitalar também há uma tentativa de controle, por isso, neste capítulo, faremos uma análise sobre o olhar que é dado pela medicina ao corpo do sujeito.

Conforme os estudos de Clavreul (1978), durante o Renascimento, a medicina contribuiu para a constituição da civilização no que diz respeito à sua autonomia ao verificar, classificar e combater doenças, o autor (idem, p. 74) ainda explica que “desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui, portanto, para constituir o estatuto do homem “normal””, ou seja, entendemos aqui que o discurso médico já possuía uma voz de autoridade capaz de dicotomizar o normal do não normal. Sobre esse saber

considerado absoluto e totalizador, Clavreul (1978, p. 142) complementa que “todo conhecimento médico só deve ser avaliado na medida de sua coerência com o discurso médico”, desta forma, podemos interpretar que a medicina enquanto voz de autoridade determina os padrões a serem seguidos e silencia, como forma de controle, as possíveis críticas que podem ser feitas ao seu conhecimento.

é certo que a proteção do saber médico não tem como função essencial protegê-lo das críticas que poderiam levantar incertezas e seus fracassos. Trata-se sobretudo de proteger o famoso *olhar médico*. Para ver, o olho não deve ser visto. Para legislar, a ordem médica não deve ser submetida a nenhuma lei que lhe seja estranha. Não há saber sobre o que só se refere a um saber totalizador e absoluto, postulado por uma ideologia positivista. (Clavreul, 1978, p. 148)

De acordo com o autor, o saber médico não passa por questionamentos, desta forma, o que o autor chama de saber totalizador, entendemos como sentidos de controle e, nessa perspectiva, para a medicina, o que é absoluto é o olhar médico, pois este controla, atribui e determina a disciplina dos corpos dentro do saber médico, de modo que esse olhar não é submetido a dúvidas, não é submetido à disciplina, mas é disciplinador.

Em relação a esse olhar médico, Foucault (1980/2015) o compreende como uma decifração, uma observação atenta que o olhar médico precisa ter sobre a doença no corpo doente, denominando-a de olhar qualitativo, o autor (idem, p.13) explica que se trata de uma “percepção sutil das qualidades, percepção das diferenças de um caso a outro, fina percepção das variantes”, que ocorre para determinar, classificar a doença, ou ainda para observar a multiplicação dessas variantes, assim, o corpo passa pelo olhar médico para que haja a identificação de outras e/ou novas doenças. Nesse sentido, podemos interpretar que a doença, mesmo dentro de um olhar controlador, é compreendida dentro de uma possibilidade de variantes, ou seja, compreendemos que esse olhar qualitativo médico enxerga a possibilidade de existência de uma doença polissêmica, isto é, corpos polissêmicos doentes. Sobre as variantes e o olhar médico, Foucault (1980/2015, p.15-16) complementa que

Médico e doente estão implicados em uma proximidade cada vez maior e ligados, o médico por um olhar que espreita, apoia sempre mais e penetra, e o doente pelo conjunto das qualidades insubstituíveis e mudas que nele traem, isto é, mostram e variam, as belas formas ordenadas da doença. Entre as características nosológicas e os traços terminais que se leem no rosto do doente, as qualidades atravessam livremente o corpo. Corpo em que o olhar médico não tem razões para se demorar, ao menos em sua espessura e seu funcionamento.

Além de pensarmos sobre o olhar médico, olhar que controla e legitima sentidos, interessa-nos ainda compreender a posição do médico enquanto sujeito deste olhar, para isso, utilizaremos a citação de Clavreul (1978) para desconstruí-la e, com base nela,

compreendermos como se dá a assunção do indivíduo em sujeito pela Análise de Discurso pecheuxtiana.

O médico só intervém e só fala enquanto lugar-tenente da instituição médica, enquanto funcionário, instrumento do discurso médico. O médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica. (Clavreul, 1978 p. 11)

De acordo com o autor, o médico é considerado um instrumento do discurso médico, sua existência só tem lugar devido à existência de uma instituição médica, que trata sobre a anulação desse sujeito quando assume esse lugar. Neste viés, o sujeito é compreendido como o sujeito uno, empírico; no entanto, para a Análise de Discurso pecheuxtiana, que embasa este trabalho, o médico é sujeito, pois há a interpelação e identificação com a ideologia da qual partilha (Orlandi, 2006), desta maneira, o médico não deixa de ser sujeito cidadão, este não se anula quando está na posição sujeito médico, o que ocorre é a assunção de outra posição discursiva e não anulação delas. Isto porque, para Pêcheux (1975/2009) o sujeito produz discursos em uma determinada posição discursiva, que está diretamente vinculada a uma ordem social que o autor chama de formação social, aqui, trata-se da instituição médica, aquela que institui o que pode ser dito; dentro da formação social podem ser observadas as formações ideológicas, ou seja, são os sentidos dominantes, neste caso, consideramos os sentidos dominantes do discurso médico. Portanto, o médico é sujeito, visto que participa de uma formação social (instituição médica), partilha de sentidos sedimentados da formação ideológica (discurso médico) e produz sentidos (formação discursiva) pelo olhar qualitativo que tem sobre o doente.

Além do sujeito médico, no hospital, podem ser encontrados outros sujeitos, como, por exemplo, o sujeito doente. Foucault (1980/2015, p. 64) compreende que existe uma distinção entre o sujeito do hospital e o sujeito da clínica, sendo assim, no primeiro “o doente é *sujeito* de sua doença, o que significa que ele constitui um *caso*; na clínica, onde se trata apenas o *exemplo*, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou”. Desta forma, o autor explica (idem) que, no hospital, o sujeito doente é considerado caso por ser portador de uma doença que precisa ser descoberta pelo médico, entretanto, a partir do século XVIII, ainda de maneira restrita, surge a clínica que compreende o sujeito doente como exemplo, aquele que é inscrito por uma doença, que será analisado na sua especificidade e não dentro de um catálogo de doenças.

Sobre essa posição do doente, Clavreul (1978, p. 73) entende que

O doente, na ordem médica, se define pela soma de dois elementos: o homem mais a doença. Ou melhor, o homem se define como constituído pelo doente do qual a doença teria

sido retirada: homem = doente – doença. Curando os doentes, separando-os da doença, o médico procede então como o escultor que extrai da pedra informe a imagem do Homem, o homem ideal.

A partir deste esquema matemático, interpretamos que dentro do discurso médico existe um padrão de homem: o são, o saudável, o sem doença. Sendo assim, há uma normalização para este corpo, de modo que a medicina desconsidera, silencia as outras características do homem ao colocá-lo nesse lugar de idealização. Nesse sentido, essa classificação contribui para o que Foucault (1975/2012, p. 70) chama de regulamentação homogênea:

As marcas que significavam *status*, privilégios, filiações, tendem a ser substituídas ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmos um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares. Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar especialidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras. Compreende-se que o poder da norma funciona facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade, que é a regra, ele introduz, como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais.

Desta maneira, entendemos que, quando a medicina olha para um corpo como ideal de perfeição, contribui para o olhar de singularização dos corpos, para o silenciamento das diferenças e para a sistematização da homogeneidade, permitindo, assim, a identificação daquele corpo que não atende às regras, ficando em evidência para aquele que assume o controle das disciplinas. Sobre esse olhar da medicina, Foucault (1980/2015, p. 37) complementa:

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* das técnicas de cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem *saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*.

Dentro da perspectiva de corpo padronizado, Clavreul (1978, p. 12-13) aponta para uma normalização que afeta, inclusive, a relação médico-paciente, de maneira que “não é a ele [o doente] que o médico se dirige, mas ao homem presumidamente normal que ele era e que *deve voltar a ser*”, por conseguinte, compreendemos que ao corpo não padrão há uma tentativa de (re)organização, o olhar médico não enxerga o sujeito enquanto ser doente, mas, apenas, o sujeito são, contribuindo, desta forma, para um vínculo raso entre o médico e seu paciente. Sobre essa relação, o autor (idem) explicita que há uma dessubjetivação “que se revela pela rareza do encontro entre médico e doente, ficando este submetido ao tratamento de uma *equipe médica* que se reveza junto ao doente, valoriza apenas os dados escritos no prontuário por outros médicos para diagnosticar e prescrever”, ou seja, entendemos que, para

o doente, a relação com seu médico fica condicionada à equipe médica e a relação do médico com seu paciente, aos escritos dos prontuários.

Médico e doente destituídos de sua subjetividade, prevalecem *a instituição médica* – lugar da totalidade do discurso médico, e da qual o médico é apenas o anônimo representante –, e a *doença* – objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo *terreno* no qual a doença se instala. (Clavreul, 1978 p. 13)

No entanto, para a Análise de Discurso pecheuxtiana, com base nos estudos Coracini (2007), a subjetividade está atrelada ao discurso inconsciente do sujeito, com o que é dito e que lhe identifica, sendo assim, na relação médico-doente é possível observar a subjetividade, mesmo que nesta relação considerada rasa, pois quando o médico consegue que o corpo do sujeito doente atinja o corpo saudável, a subjetividade fica marcada pela competência da medicina, desta forma, a competência é a marca de subjetividade do médico; da mesma forma que o sujeito doente deixa traços de subjetividade com a sua obediência quanto ao tratamento médico que lhe foi dado.

Ainda nessa perspectiva sobre a relação entre médico e doente, com o surgimento da clínica, durante o século XVIII, um novo olhar foi dado ao doente (Foucault, 1980/2015), trata-se de um olhar que controla e determina uma normalização corporal, contudo, estamos, agora, diante de uma observação mais aprofundada sobre esse sujeito doente. Foucault (1980/2015, p. 57-58) explica que a clínica

é o constante olhar sobre o doente, a atenção milenar, e no entanto nova a cada instante, que teria permitido à medicina não desaparecer inteiramente com cada uma de suas especulações, mas conservar, tomar pouco a pouco a figura de uma verdade que seria definitiva sem ser por isso acabada, desenvolver-se, em suma, sob os episódios ruidosos de sua história, em uma historicidade contínua.

Entendemos que a história da medicina passa por uma mudança dentro de sua própria instituição, de modo que a verdade (sentidos legitimados pela medicina) ainda não recebe questionamentos; porém, fica ‘aberta’, não é acabada, sob a condição de poderem acrescentar outras e/ou novas descobertas, sem desconsiderar o que já fora dito. Deste modo, o corpo, agora, passa não mais apenas por um olhar observador, em que este qualifica as doenças para classificar o corpo doente e direcionar o tratamento, mas também por um novo olhar, deixa-se o exame e passa-se à decifração (Foucault, 1980/2015).

O exame combina com as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. (Foucault, 1975/2012, p. 177)

Sobre a decifração, o autor (2015, p. 96) complementa:

Restava conhecer, em compensação, as “estruturas”, isto é, as formas, as disposições espaciais, o número e a dimensão dos elementos: a história natural se dava como tarefa assinalá-los, transcrevê-los no discurso, conservá-los, confrontá-los e combiná-los para, por um lado, determinar as vizinhanças, os parentescos dos seres vivos (portanto, a unidade da criação) e, por outro, reconhecer rapidamente qualquer indivíduo (e, portanto, seu lugar singular na criação).

Desta forma, compreendemos que o exame trata sobre o corpo disciplinado mediante ritualizações, maneiras de se submeter o corpo, já a decifração trata sobre o conhecimento mais aprofundado do corpo, de modo que o olhar e o saber codificam o corpo, delineiam possibilidades, tem-se um olhar calculador (Foucault, 1980/2015). Além disso, pelo olhar da clínica, o corpo ganha novas interpretações enquanto corpo doente, não mais um corpo desassociado da doença, não mais uma doença distanciada de um corpo, mas se tem, agora, um corpo que está doente.

A doença não é mais um feixe de características observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente. (Foucault, 1980/2015, p. 150)

Deste modo, o corpo ao tornar-se doente gera mais interesse e curiosidade à medicina, de modo que o século XIX tratou mais detalhadamente sobre a morte e os cadáveres. Desta forma, Merleau-Ponty (1960, p. 287, citado por Courtine, 2011, p. 07) compara que “no final do século XIX, o corpo era pedaço de matéria, um feixe de mecanismos. O século XX restaurou e aprofundou a questão da carne, isto é, do corpo animado”. Entretanto, no discurso médico do século XX ainda é possível observar a presença de características que eram determinantes no século XVIII:

O corpo é o lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde. Em compensação, toda a arte da medicina, em particular da medicina preventiva, consiste em perturbar essa calma e em denunciar, em cada um de nós, uma desordem secreta. Inventa os exames periódicos, os *check-up* em intervalos, cujo ritmo se acelera em casos de antecedentes familiares. (Moulin, 2011, p. 19-20)

Como nos aponta a autora, o olhar de decifração, agora, pode ser observado pelos *check-up*, de maneira que a observação detalhada do corpo do doente se faz necessária para combater o corpo anormal, não saudável, o que nos leva a interpretar que, enquanto o discurso da medicina do século XVIII prioriza o corpo que ‘deve voltar a ser’ são, no século XX, ainda existe e persiste a padronização corporal; porém, o olhar que é dado ao corpo é o que antecipa a doença, isto é, um corpo que ‘não deve vir a ser’ doente. Sobre essa relação do sujeito doente com a doença, Moulin (2011, p. 38) compreende que “o corpo se torna o objeto de

incessantes negociações com as normas proclamadas pelo poder dos médicos”, isto é, os corpos se assujeitam aos tratamentos, controles que lhe são impostos, antes ou durante a doença, devido ao discurso normatizador: o da medicina. Além disso, a autora (idem) explica que a partir do século XX inicia-se a individualidade do sujeito vinculada a um corpo:

No século XX, o corpo singular fez, portanto, sua entrada na Ciência e também no Direito. Até então, somente o Código Penal abordava o corpo como tal. O Código Civil ignorava-o e não conhecia senão a pessoa abstrata. A partir de agora, a individualidade da pessoa se acha ligada à integridade de um corpo que o Direito procura definir, regulamentar e proteger. Proclamado extrapatrimonial, inalienável mesmo por seu possuidor, o corpo é reconhecido como sujeito de direitos e deveres, em relação com as técnicas que lhe permitem dar-lhe novos usos. (Moulin, 2011, p. 52-53)

Com isso, entendemos que o corpo passa a ter um novo olhar, o olhar do Direito, que protege e garante integridade a este corpo, ainda assim, quando a autora se refere a ‘técnicas que lhe permitem dar-lhe novos usos’, podemos relacionar aqui o lugar do discurso médico, como, por exemplo, o corpo que se submete a tratamentos, que ao passar pelo olhar de decifração da medicina tem a indicação de seu tratamento. Entretanto, podem ser pensadas, ainda, outras técnicas, por exemplo, quando Foucault (2013, p. 12) fala sobre “a máscara, a tatuagem, a pintura são operações pelas quais o corpo é arrancado de seu espaço próprio e projetado em um espaço outro”, desta maneira, dentro da perspectiva discursiva sobre corpo, podemos entender que aqui há um outro e/ou novo olhar que possibilita um espaço outro ao corpo; porém, dentro da sociedade de controle, dentro do lugar das disciplinas, este corpo que não obedece aos padrões estabelecidos sofre sanções: é apagado, não é visto, não recebe o olhar do corpo são. Esse corpo apagado pode ser percebido no *corpus* desta pesquisa, quando os sujeitos entrevistados discursivizam sobre suas experiências com a obesidade:

Recorte (23) Sujeito B: um dia fui a uma loja e a vendedora disse não temos roupa pra seu tamanho.

Recorte (24) Sujeito M: antes eu não sentava nas cadeiras dos bancos pois eu não cabia.

Podemos identificar nos discursos dos sujeitos B e M marcas de apagamento do corpo obeso pela loja e pelo banco, de maneira que esse apagamento contribui para que esse sujeito enquanto obeso não ocupe um lugar de sujeito comprador ou sujeito correntista bancário, mas sim um lugar de apagamento e negação com o “não temos roupas pra seu tamanho” e “eu não sentava nas cadeiras dos bancos”, de modo que se o Sujeito B quiser ser sujeito comprador terá de levar outra roupa e não a que gostou e se o Sujeito M quiser ir ao banco terá de ficar em pé, pois não há ‘lugar’ para ele sentar.

Entendemos que é a partir destes olhares de controle, de apagamento e de preconceito que os sentidos dominantes sobre padrão corporal se enraízam cada vez mais. Sobre esse olhar de controle, Clavreul (1978, p. 85-86) aponta que:

O semblante que é a doença corre o risco, se nos deixarmos pegar, de constituir a máscara a que será identificado o doente. A medicina não deveria esquecer que seu discurso lhe permite conhecer admiravelmente a máscara, mas nada além disso. Ela não deveria sobretudo imaginar que é suficiente retirar a máscara para que o homem apareça. Pois atrás da máscara há outra máscara, a que nos permite ver um outro discurso.

Consideramos que o que o autor chama de máscaras se trata de uma ilusão de controle da medicina, isto porque, como ele mesmo diz, é através do semblante do sujeito que a doença pode ser identificada e, assim, denominá-lo de sujeito doente, entretanto, não é retirando a máscara, ou tomando uma poção, como na história O médico e o monstro, que se cria e mantém um ideal de homem da sociedade, pois máscaras podem ser retiradas, ou poções criadas, mas o padrão corporal vai continuar esbarrando no corpo não normal. Nesse contexto, portanto, interpretamos que, mesmo no discurso médico, sempre surgirão novos padrões, uma não completude para o corpo.

Desta maneira, sobre essa relação de controle com o corpo que não se completa, o discurso médico se utiliza da estratégia do avanço das cirurgias plásticas, durante o século XX, para chegar a esse novo corpo, como indica Moulin (2011, p. 53):

Inscribe-se entre esses usos a possibilidade de realçar ou até fazer evoluir a aparência dele. Graças à descoberta de sua plasticidade relativa e aos avanços da cirurgia estética, passou-se da ideia de melhorar os contornos à de inventar um rosto, ou mesmo transformar um sexo, em busca de uma adequação maior da imagem corporal à verdade da pessoa. A maioria dos tribunais do Ocidente, outrora guardiães de uma ordem intocável e que se entrincheirava por trás do sexo cromossômico, acabaram por levar em consideração o direito de criar de novo um corpo a seu jeito.

Assim, o discurso médico colabora para a promoção de um corpo padronizado e, para que ainda exista controle e disciplina sobre os corpos, o discurso médico e o discurso da moda passam a partilhar da mesma formação discursiva sobre corpo padrão, o que colabora para a (pre)dominância dos sentidos de corpo normal, deixando mais em evidência o corpo não normal, como explica Ory (2011, p. 165)

De resto, o começo da popularização desse novo saber dietético, perceptível com a chegada das rubricas *ad hoc* nas revistas femininas, corresponde ao apogeu do modelo da magreza extrema, trazido para cá pela moda da boneca Barbie, lá, por volta da mesma época, pelos manequins tipo Twiggy. Mesmo que os cânones tenham se movimentado em sentido inverso posteriormente, o critério do esguio continua predominante, apoiado por um discurso médico melhor equipado para estabelecer o nexos entre o que se torna, em termos eufêmicos, “sobrecarga ponderal” e doença, particularmente vascular. Em sua forma extrema, essa iniciativa dietética vai culminar, para um número sempre maior de pacientes, tanto homens como mulheres, em um recurso à manipulação física (corrente galvânica com ionização de um princípio ativo, mesoterapia, *laser*...), ou mesmo em um ato estritamente cirúrgico

(lipoaspiração), convergindo aí o domínio, agora muito amplo e típico do século XX, da cirurgia plástica.

Nesse sentido, Haroche (2008, p. 157) entende que “As aparências, o mostrar-se e a apresentação de si revelam e também condicionam a inserção do indivíduo nas interações sociais”, por conseguinte, como visto, deixar de ser olhado como anormal é uma forma de se ter o corpo inserido na sociedade, mesmo que seja em uma sociedade regida pelo controle. Nesse sentido, Marzano-Parisoli (2004, p. 31) complementa que

Se o controle de si mesmo exprime, de fato, o valor mais positivo, a falta de controle, exprime, ao contrário, a impotência daquele que, não podendo exibir um corpo musculoso/esbelto, são considerados incapazes de assegurar um controle sobre sua vida e sobre seus instintos mais primitivos.

Compreendemos, então, que o discurso médico busca enxergar, através do seu olhar, um corpo saudável, silenciando as outras marcas e inscrições deste corpo, desta forma, cria-se um sentido dominante, uma padronização corporal a qual o sujeito precisa se submeter para ser classificado como sujeito normal. Nesse ínterim, com este trabalho, propomos, através do olhar da medicina, analisar os discursos de sujeitos que já foram considerados não padrão e que, através da cirurgia bariátrica, buscaram outros corpos. Para isso, é importante, antes, entendermos o olhar que a medicina dá a esse procedimento cirúrgico.

2.3 Cirurgia bariátrica: um novo olhar ao corpo

De acordo com o portal ABC da Saúde e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a obesidade é considerada uma enfermidade caracterizada pelo excesso de acúmulo de gordura no corpo. De acordo com a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), havia uma projeção de que, no ano de 2015, existisse “cerca de 2,5 milhões de adultos com sobrepeso; e mais de 700 milhões obesos”, mediante esses dados, a Organização Mundial da Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. A SBEM informa que, no Brasil, são cerca de 18 milhões de pessoas obesas.

Conforme indica o portal ABC da Saúde, a obesidade pode acarretar muitos incômodos e restrições à vida do sujeito-obeso, como

Pacientes obesos apresentam limitações de movimento, tendem a ser contaminados com fungos e outras infecções de pele em suas dobras de gordura, com diversas complicações, podendo ser algumas vezes graves. Além disso, sobrecarregam sua coluna e membros inferiores, apresentando a longo prazo degenerações (artroses) de articulações da coluna, quadril, joelhos e tornozelos, além de doença varicosa superficial e profunda (varizes) com úlceras de repetição e erisipela.

Para a SBEM, o excesso de peso está relacionado a questões genéticas, à má alimentação ou a disfunções endócrinas. Para Puglia (2004, p. 118), a obesidade “é caracterizada por ser multifatorial, de origem genética e metabólica, agravada pela exposição a fenômenos ambientais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo”.

Conforme o portal ABC da Saúde, a obesidade pode ser diagnosticada e avaliada a partir da classificação do IMC, proposto por Queteleij, em 1835, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1997. O índice é obtido através da divisão do peso do sujeito, em quilogramas, pela sua altura em metros ao quadrado, como indica a tabela abaixo:

Tabela 1

IMC (kg/m²)	Grau de Risco	Tipo de obesidade
18 a 24,9	Peso saudável	Ausente
25 a 29,9	Moderado	Sobrepeso (Pré-Obesidade)
30 a 34,9	Alto	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Muito Alto	Obesidade Grau II
40 ou mais	Extremo	Obesidade Grau III ("Mórbida")

Fonte: Portal ABC da Saúde

Ao pensarmos sobre os sentidos de saúde, atentamo-nos para os estudos de Moulin (2011, p. 18) quando a autora aponta que

A definição de saúde da OMS como estado de completo bem-estar físico, mental e social, tornou-se referência inevitável. Colocando a noção positiva de saúde no lugar da ausência de enfermidade ou de uma deficiência conhecida, a OMS propõe um novo ideal, mas um ideal dificilmente acessível. A extensão dos fatores que intervêm na definição da saúde, que cobrem a totalidade do campo biológico e social, torna de fato improvável a posse desse estado de bem-aventurança, privilégio inatingível: não apenas a saúde no silêncio resignado dos órgãos, definição minimalista do fisiologista e cirurgião Leriche, mas a saúde exuberante, a grande saúde como proclama com eloquência Nietzsche. A saúde passou a ser a verdade e também a utopia do corpo, aposta da ordem social e de uma ordem internacional futura, mais equitativa e mais justa, no conjunto do mundo.

A partir da definição de saúde pela OMS, a autora nos aponta uma contradição ao produzir os sentidos ‘completo bem-estar físico’ e ‘privilégio inatingível’, visto que, em se tratando da saúde de um sujeito que produz sentidos, que se filia a formações discursivas e constantemente é afetado pelos discursos dominantes, a OMS promove o discurso médico de controle que incentiva a busca pelo corpo saudável, corpo normal, todavia, um corpo inatingível, temos, portanto, a saúde fazendo parte de um discurso controlador da medicina que incita a completude de um corpo utópico.

Desta forma, conforme a tabela que verifica o IMC do sujeito, podemos compreender que o corpo ganha classificações e, mediante essa classificação, é encaminhado para um

determinado tipo de tratamento. Assim, para a medicina a importância corporal se dá de acordo com o risco que é atribuído à vida do sujeito, então, o corpo é classificado, assemelhado a um padrão pré-estabelecido com o intuito de buscar métodos terapêuticos adequados ao seu peso. Podemos considerar também, que a partir desta tabela que o corpo é descrito, como entende Moulin (2011, p. 62): “A história da anatomia ocupou um lugar considerável na do conhecimento do corpo. A anatomia parecia não somente uma etapa preliminar para toda a aprendizagem médica, mas até o modelo do saber: anatomizar significa descrever”.

Em relação a essa descrição, podemos interpretar que é a partir dela que se inicia o controle dos corpos, isto porque a tabela, aprovada e adotada pela OMS e discursivizada pelo médico, ganha voz de autoridade para determinar o melhor tratamento do sujeito, de modo que, mesmo com as distintas classificações, o corpo se torna um corpo social homogêneo (Foucault, 1975/2012), pois não lhe são apresentadas novas e/ou outras classificações, não é olhado pela sua marca, inscrição, mas sim por um olhar que o decifra mediante um discurso dominante: o da saúde. Sobre esse contexto, os autores Keck e Rabinow (2011, p. 98) compreendem que “O corpo da população é um corpo em movimento que a ciência deve reduzir a um pequeno número de variáveis pela medicina matemática: introduz-se assim o controle social na diversidade biológica dos corpos”.

Ainda sobre esse viés do controle, Borges (2015) em sua tese, faz uma análise sobre os formulários do Censo Demográfico de 2000, de maneira que, conforme seus estudos, o formulário é uma linguagem que trata da categorização, do previsível, que tenta controlar os escapes de sentidos. Nessa perspectiva, podemos comparar sua análise com a tabela de IMC, visto que a tabela enquanto linguagem médica (re)produz sentidos de controle que categoriza o sujeito como sujeito homogêneo.

Portanto, em relação à obesidade, mediante a classificação do sujeito ante a voz de autoridade da tabela, o portal ABC da Saúde indica a reeducação alimentar, a prática de exercícios e o uso de medicamentos com orientação médica como forma de tratamento. Já Puglia (2004) indica para a obesidade grau III a cirurgia bariátrica como forma de tratamento e diminuição de riscos ao sujeito com obesidade extrema. Deste modo, no discurso médico, são dominantes os sentidos que tratam a obesidade como uma doença que necessita de atenção, tratamento, orientação e acompanhamento, de maneira que, caso não haja os devidos cuidados, o sujeito-obeso corre grandes riscos de ir a óbito.

Atentar-nos-emos, portanto, para a cirurgia bariátrica, tendo em vista que se trata de um procedimento cirúrgico que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica

e Metabólica (SBCBM) é indicado para o tratamento da redução de peso e/ou doenças associadas à obesidade. Rezende (2011) explicita que esse procedimento é indicado e eficiente para a obesidade grau III, também conhecida como obesidade mórbida.

Em atenção aos sentidos que permeiam o discurso do sujeito bariátrico, o discurso sobre o corpo é o que incita o desejo pelo procedimento, em situações como sensação de exclusão social, ineficiências nas tentativas de dieta, atividades físicas e medicamentos, como afirma Berg (2008, p. 27), apoiada nos estudos de Segal e Ferdinõ (2002):

os principais objetivos das cirurgias bariátricas são a redução de peso associada à melhora da qualidade de vida (queda no desemprego e na depressão e melhora na interação social e na mobilidade física) e a redução de comorbidades (cardiopulmonares: hipertensão, asma, insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória; diabetes; esofagite, problemas ginecológicos como infertilidade, incontinência urinária e risco na gestação e no parto; cirrose e fibrose hepáticas; osteoartrite e tromboembolismo).

Além disso, Oliveira (2013, p. 100) explica em sua pesquisa que a mulher vê a cirurgia bariátrica como uma necessidade, pois esta se torna uma possibilidade de inclusão na sociedade, principalmente no que se refere a ir a determinados ambientes em que se priva como sujeito-obeso. Esse discurso da inclusão social a partir da cirurgia bariátrica também pode ser identificado no *corpus* deste trabalho quando os sujeitos entrevistados discursivizam sobre a cirurgia e a inserção social:

Recorte (25) Sujeito C: o fato de emagrecer ajuda a pessoa a se relacionar melhor no trabalho e na vida social.

Recorte (26) Sujeito D: eu tinha vergonha de sair e de ficar com as outras pessoas.

A decisão por um procedimento cirúrgico perpassa, então, por diversos sentidos dominantes, entre eles o da inclusão social, que integram os discursos dos sujeitos-bariátricos. Essa afirmação pode ser verificada nas pesquisas já realizadas sobre esse tema, como em Berg (2008) que em seu trabalho visa a relacionar a alimentação e a busca pelo corpo ideal à obesidade a partir da teoria freudiana, enquanto Oliveira (2013) trata sobre a sensação de inclusão social da mulher após a cirurgia bariátrica.

Além dessas, há as pesquisas de Camargo (2013) e Rezende (2011) que tratam, respectivamente, sobre os aspectos sociais e corporais da cirurgia bariátrica sob as estratégias de *coping* que, na Língua Portuguesa é traduzido como enfrentamento. Para Camargo (2013, p. 37), com base nos estudos de Holroyd e Lazarus (1986), “*coping* é conceituado levando em conta os conflitos gerados pelas exigências internas do indivíduo em relação às demandas do

meio ambiente”, ou seja, de acordo com o inventário de Folkman e Lazarus (1985), Savóia e Mejias (1996) explicam que se trata de um questionário com 66 itens de possíveis ações e sensações que procuram se assemelhar às situações internas e externas de estresse de uma pessoa.

Em relação à visão de corpo, pela perspectiva da Psicologia, Rezende (2011, p. 37) embasado nos conceitos de Schilder; Tavares; Saur; Pasian explica:

Schilder também conceitua que a imagem corporal não é somente uma construção cognitiva, mas também uma reflexão de desejos, atitudes emocionais e interações com outras pessoas, sendo, um fenômeno mutável, ou seja, a imagem corporal pode encolher ou se expandir. Dessa forma, a imagem corporal inclui as diversas formas de como uma pessoa experiência e conceitua seu próprio corpo.

A partir dos pressupostos apresentados, vê-se que o fator corporal, que envolve estética, satisfação e mudança, é imprescindível para a escolha da cirurgia bariátrica, já que esta escolha está diretamente relacionada à imagem que o sujeito tem de seu próprio corpo e aos discursos (pre)dominantes que promovem o a padronização corporal. Em relação a essa imagem corporal e a cirurgia bariátrica, no *corpus* desta pesquisa, também podem ser observados sentidos que circulam entre a modificação corporal, a satisfação e a estética:

Recorte (27) Sujeito A: Ficar magra o mais rápido possível.

Recorte (28) Sujeito E: Hoje eu vejo que sou magra.

Recorte (29) Sujeito F: Eu me vejo muito bonita e realizada.

A partir dos discursos produzidos pelos sujeitos A, E e F, podemos interpretar que existem sentidos sobre estética e padrão corporal que circulam, atravessam e permeiam o discurso que trata sobre a cirurgia bariátrica, colaborando para que os sujeitos entrevistados filiem-se a mais de uma formação discursiva ao optarem por esse procedimento cirúrgico: o da estética e o da medicina. Isto porque, conforme indica a SBCBM, a cirurgia bariátrica, conhecida também como cirurgia da obesidade, ou mais popular, redução de estômago, é indicada para a obesidade mórbida e também para situações em que o excesso de peso prejudica o tratamento de comorbidades, como diabetes tipo 2, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronária, osteoartrites, portanto, até 2015, essas eram as principais doenças associadas à obesidade para indicação da cirurgia bariátrica.

Entretanto, como consta no portal da SBCBM, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou no Diário Oficial da União a Resolução número 2.131/15 em que aumenta a listagem de comorbidades para indicação da cirurgia bariátrica, sendo doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente

vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação), asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão.

A SBCBM aponta que existem três tipos de procedimentos cirúrgicos para a realização da ‘redução de estômago’, sendo os **Restritivos**, “que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar”, os chamados **Disabsortivos**, “que reduzem a capacidade de absorção do intestino” e o terceiro é chamado de **Técnicas mistas**, pois “com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos”. Sobre a escolha do procedimento cirúrgico, Carvalho (2011, p. 44) entende que

Os procedimentos restritivos são tecnicamente os mais simples; no entanto, é imprescindível a adoção pelos pacientes de alterações substanciais dos hábitos alimentares, pelo que a taxa de insucesso pode ser elevada no caso de incumprimento. Por outro lado, embora permitam, na maioria dos casos, perder uma quantidade de peso corporal importante, o êxito a longo prazo dos procedimentos restritivos é inferior ao dos procedimentos indutores de má absorção ou dos procedimentos mistos. É, por isso, fundamental escolher a intervenção cirúrgica mais adequada para cada doente.

De acordo com os estudos de Carvalho (2011), para o discurso médico, a cirurgia bariátrica pode contribuir para melhora da autoestima, melhora da qualidade de vida, nas relações familiares e profissionais; porém, para Benedetti (2003, p. 65) a perda de peso muito rápida, a mudança corporal imediata pode causar situações de conflitos interiores no sujeito-bariátrico:

A questão do emagrecimento e suas repercussões emocionais são pouco estudadas pela literatura. Aqueles que tratam do assunto são enfáticos em afirmar que emagrecer significa mudar e que mudar implica enfrentar situações novas e desconhecidas - sejam elas de origem interna ou externa.

Desta forma, o pós-operatório requer cuidados importantes e atenção de diversos profissionais como médico, psicólogos, nutricionais e endocrinologistas, tendo em vista que a mudança corporal pode incitar expectativas e estas podem não ser atingidas, pois o sujeito bariátrico, além de passar a ter um ‘novo’ corpo também passa a ter novas circunstâncias, como conviver com o excesso de pele devido ao emagrecimento até poder fazer a cirurgia plástica, conviver com acompanhamentos médicos e uso de vitaminas frequentes e, ainda, perceber, ou não, a sua inserção social, perceber um novo olhar em si.

Em relação a esse novo corpo, propomos, então, nesta seção, pensar esse olhar que é dado ao corpo do sujeito, um corpo que significa, Courtine (2013, p. 78) entende que “O corpo humano era, e permanece para nós, coberto de signos, mesmo se a natureza destes, o olhar que os decifra, a posição de quem os interpreta e a intenção de quem os exprime se modificarem historicamente”, ou seja, podemos entender que o corpo é interpretável.

Essa interpretação permitida pelo corpo possibilita a instituição das relações de poder, tendo em vista que para Foucault (1975/2012, p. 28) “o corpo é também diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais”. Logo, compreendemos que ao corpo são estabelecidos padrões que configuram o bom andamento do campo político na sociedade; nesse sentido, Marzano-Parisoli (2004, p. 25) compreende que “o corpo sempre foi o reflexo de pressões e de transformações múltiplas fundadas nos valores e crenças promulgados pela sociedade”. A autora ainda complementa que

o corpo é o que nos permite encontrar os outros e que manifesta nossa natureza relacional pela afirmação de nossa individualidade. Não obstante, ele também pode, às vezes, ser um obstáculo nas nossas relações intencionais. É por isso que a relação com a corporeidade de cada um pode dar resultados muito diferentes. Podemos ter com o nosso corpo uma relação de dependência e de identificação completa, mas também podemos procurar livrar-nos da materialidade de nosso corpo. (Marzano-Parisoli, 2004, p. 14)

Ao tratar sobre a manifestação do corpo e do olhar, fica evidenciado o quanto a questão da corporeidade está diretamente ligada à maneira de olhar e ser olhado, isto porque a forma como esse corpo é apresentado, se conforme os padrões estabelecidos, ou não, é que determina essa identificação com o corpo. Esse olhar se torna determinante para a compreensão do corpo no contexto sócio-histórico, pois o corpo em si é opaco, o que o materializa é o olhar dado a ele, seja um olhar de si ou do outro, como aponta Hashiguti (2009, p. 161):

O corpo é, em muitas disciplinas da área da saúde, tomado como biológico, natural, segmentável, controlável e transparente, mas na perspectiva discursiva, ele se desloca para o lugar da opacidade, porque no discurso, ele é forma material que ganha sentido pelo olhar. Um corpo pode ser bonito, feio, obeso, magro, normal, suspeito, exótico, brasileiro ou japonês, por exemplo, a partir do olhar – um olhar entendido não como capacidade de visão –, mas como gesto de interpretação opticamente possível no discurso.

Sendo assim, é através do discurso que o corpo é olhado, discursos esses que podem ser carregados, ou não, de sentidos dominantes, que favorecem, mantêm e partilham de sentidos sedimentados e paráfrásticos, os quais, na maioria das vezes, estimulam e incitam a mudança no/do outro, tudo para que o sujeito se sinta parte e filie-se às relações de poder e

passa a ter/receber um novo olhar, ou ilusão, de inclusão. Essa sensação de inclusão não fica restrita a apenas um grupo, hoje, o preconceito está instalado no feminismo, na homossexualidade, na obesidade, na religião, dentre tantas outras categorias.

Nesse contexto de olhar que é dado ao corpo, veremos, então, o olhar da medicina, aquele que decifra, analisa e classifica o sujeito, que é, na maioria das vezes, carregado de sentidos (pre)dominantes e que promove a produção de sentidos sobre o corpo saudável, normal e padronizado. Entendemos, assim, que esse discurso médico de estereotipação corporal é uma tentativa de controle dos corpos não padrão, controle este que cria no sujeito uma ilusão de liberdade de escolha, de escolher qual corpo ‘deseja’ ter, sobre isso Moulin (2011, p. 80) explica que

O aumento do saber-poder dos médicos suscitou a inquietação ao mesmo tempo na corporação e no público, e alimentou a exigência que o indivíduo participe mais nas decisões que lhe dizem respeito. Um duplo ideal de transparência veio à tona, transparência do corpo a si mesmo, e transparência nas decisões de sociedade.

Nessa perspectiva, compreendemos que o discurso médico cria mecanismos de cercear a decisão do sujeito paciente quanto a algum procedimento médico, seja através de tabelas de IMC ou de outros registros que sejam considerados, pela ordem médica, vozes de autoridade. Desta maneira, ao pensarmos sobre a cirurgia bariátrica, esse cerceamento não é diferente, como podemos ver na Figura 8.

Figura 8 - Propaganda

ALTO PADRÃO EM CIRURGIA
BARIÁTRICA

Se você procura um completo centro médico-hospitalar com alta tecnologia e corpo clínico especializado, seu lugar é no Hospital São Lucas de Ribeirão Preto.

Plano terapêutico
para recuperação rápida e segura

[Quando o assunto é saúde, não tenha dúvidas. Escolha o Hospital São Lucas!]

R. Bernardino de Campos, 1426 | Ribeirão Preto-SP

gruposaolucas.com.br | 16 4009-0020

SÃO LUCAS HOSPITAL

Fonte: Jornal O Progresso

Temos aqui uma propaganda de um hospital da cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, que promove a cirurgia bariátrica como um procedimento comum para a diminuição de peso, visto que, por mais que a ideia central da propaganda seja promover a qualidade do hospital em seus 47 anos, há uma deriva de sentidos, promove-se, também, o mercado dessa cirurgia, assim como acontecem com tantas outras propagandas.

Há indícios desta cirurgia enquanto produto ao analisarmos os discursos presentes na propaganda, isto porque para Payer (2015, p. 19) “A grandeza da dimensão física dessa linguagem (letras, imagens) parece funcionar como metáfora da dimensão do poder que o Mercado se atribui – e que lhe atribuímos – bem como da dimensão da imagem de grandeza e sucesso projetada sobre os sujeitos”. Podemos observar que, na linguagem utilizada “Se você procura um completo centro médico-hospitalar com alta tecnologia e corpo clínico especializado” e “Quando o assunto é saúde, não tenha dúvidas”, há a produção de sentidos que se filiam à formação discursiva do Mercado, temos, portanto, a inscrição de um discurso

médico que promove seus instrumentos tecnológicos e seu corpo clínico aptos para realizarem a cirurgia bariátrica.

Observamos, ainda, que na propaganda há a imagem de um sujeito-obeso em que em sua barriga há duas chaves [], sobre isso, podemos interpretar que essas chaves estão representando um lugar de destaque, chaves que miram, que observam e que olham, isto porque também há chaves junto ao discurso produzido “[Quando o assunto é saúde, não tenha dúvida. Escolha o Hospital São Lucas!], sendo assim, o Hospital da propaganda quer ser olhado pela sua qualidade e excelência, conforme indicia a propaganda, todavia, a barriga do sujeito da imagem ganha destaque para ser olhada, uma barriga que não representa saúde dentro do olhares de decifração da medicina; portanto uma barriga que pertence a um sujeito não normal, que está fora do padrão.

Compreendemos, então, que a propaganda contribui para a legitimação de um padrão corporal, de modo que incentiva essa busca através da cirurgia bariátrica; logo, neste ideário do discurso médico, o olhar de decifração, de classificação da tabela de IMC e os sentidos dominantes de corpo da contemporaneidade contribuem para a padronização do corpo saudável como sendo o corpo magro. Além disso, partilha e contribui para a sedimentação de sentidos de inferioridade sobre a obesidade, isto porque na propaganda é possível identificar o controle, ilusório, que o discurso médico oferece para o sujeito: o de escolher o corpo que quer ter; entretanto, aqui, não há muitas possibilidades, evidencia-se que se o sujeito escolher ser o sujeito-obeso estará em constante mira, olhar, deste modo, o discurso médico permite ao sujeito a sensação de controlar seu corpo, todavia, na verdade, está sendo controlado, mais uma vez.

A partir do olhar sobre este novo corpo, por meio das intervenções cirúrgicas, no caso desta pesquisa, a partir da cirurgia bariátrica, propomos uma análise de discursos de sujeitos que passaram pela cirurgia bariátrica a fim de compreendermos os motivos que levam o sujeito-obeso a incorrer a procedimentos cirúrgicos como forma de emagrecimento, como forma de se ter um outro corpo. Sobre esse outro e/ou novo corpo Courtine (2011, p. 11-12) explicita que

“Meu corpo não é mais meu corpo” – assim diz Primo Levi na simplicidade de um enunciado que lembra o que foi ontem o inumano. Na hora em que se multiplicam os corpos virtuais, em que se aprofunda a exploração visual do ser vivo, em que se comerciam o sangue e os órgãos, em que se programa a reprodução da vida, em que se vai apagando a fronteira entre o mecânico e o orgânico mediante a multiplicação dos implantes, em que a genética se aproxima da replicação da individualidade, é mais que nunca necessário interrogar, experimentar o limite do humano: “Meu corpo será sempre meu corpo?” A história do corpo está apenas começando.

A partir dos discursos dos sujeitos entrevistados, poderemos compreender se o olhar médico, os sentidos dominantes, a voz de autoridade da tabela de IMC contribuem para que, depois da cirurgia bariátrica, nasça um novo corpo ou que se mantenha o mesmo. Para isso, por meio de análise no *corpus* desta pesquisa poderemos interpretar quais os discursos da modernidade líquida, o da saúde ou da estética, sustentam os discursos dos sujeitos bariátricos quando se referem à escolha pela cirurgia e quando tratam sobre as expectativas da cirurgia e o modo de ver seu corpo após o procedimento cirúrgico. Antes, apresentaremos a metodologia que sustenta essa pesquisa, a qual permitiu que, com dispositivos teóricos e analíticos, fosse possível desenvolver os objetivos dessa pesquisa.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA: MOVIMENTO E LUGAR DE INTERPRETAÇÃO

Toureiro (Fernando Botero, 2002)

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.
Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não sou mais quem dantes era:
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.
(Carlos Drummond de Andrade, 1984)

No âmbito da pesquisa científica acadêmica, é importante considerar que o tema em estudo esteja inserido em uma atividade de pesquisa, seja ela teórica ou empírica, para que, assim, o pesquisador possa selecionar o melhor método para sua investigação. Alvarenga (2003) entende que o método se trata da organização dos caminhos que o pesquisador faz para atingir os objetivos de sua pesquisa. No campo científico, existem dois métodos considerados principais para se abordar uma pesquisa: o quantitativo e o qualitativo. Sobre o método quantitativo, Cozby (2003) enfatiza se tratar dos dados estatísticos que utilizam os números obtidos como forma de compreender os fenômenos e variáveis estudadas; já o método qualitativo é entendido por Bogdan e Biklen (1994) como uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais.

Para esta pesquisa, pretendemos analisar o discurso de sujeitos-bariátricos bem como a sua relação com os discursos da contemporaneidade sobre emagrecimento, obesidade e corpo, sendo assim, a escolha do método é de suma importância para o desenvolvimento de todo trabalho. Desta forma, ao pensarmos o trabalho com a materialidade de discursos, poderíamos fazer uso do método da Análise de Conteúdo, pois, para Bardin (1979, p. 42, citado por Minayo, 2008, p. 303), trata-se de “técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Para Minayo (2008), a Análise de Conteúdo visa a uma interpretação mais objetiva e trata-se da mesma lógica do método qualitativo. Rocha e Deusdará (2005, p. 310) apontam que “a principal pretensão da Análise de Conteúdo é vislumbrada na possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do *verdadeiro*⁴ significado”. Entendemos, portanto, que, para esta pesquisa, a Análise de Conteúdo não é suficiente para analisarmos os discursos materializados dos sujeitos entrevistados, visto que não propomos a análise de verdadeiros sentidos, mas, sim, a análise de sua produção em relação a um determinado contexto sócio-histórico e em relação à posição sujeito assumida ao materializar sentidos sobre cirurgia bariátrica.

Pensando isso, desenvolveremos a metodologia desta pesquisa pelo método qualitativo, pois Turato (2013) entende que, segundo este é possível identificar o sinal como aquilo que representa. Por outro lado, se fôssemos levar este método “ao pé da letra” seríamos

⁴ Grifos dos autores.

instigados a identificar delineamentos (pesquisa-ação, estudo de caso ou etnográfica)⁵ e instrumentos (entrevista, observação, levantamento documental)⁶ próprios deste método, assim como são apresentados nos estudos de Bogdan e Biklen (1994) e Turato (2013), entretanto, pelo fato de pretendermos um método interpretativo, esses delineamentos e instrumentos são insuficientes e não correspondem com os objetivos desta pesquisa; portanto, faremos uso do método qualitativo, mas sem as suas particularidades.

Para este trabalho, a metodologia requer instrumentos que sejam capazes de analisar elementos não ditos, pistas, sinais que passam despercebidos, desta forma, faremos uso do paradigma indiciário de Ginzburg (1989), o qual propõe “um método interpretativo centrado sobre os resíduos, sobre os dados marginais, considerados reveladores” (Ginzburg, 1989, p. 149) para, assim, encontrarmos pistas nos discursos dos pacientes bariátricos a fim de compreendermos o processo de escolha pelo procedimento cirúrgico.

É necessário, sobretudo, identificar qual técnica de análise será utilizada de acordo com o método qualitativo, sendo assim, ao levarmos em consideração que partimos de sinais para que haja a interpretação e não de uma análise literal, filiamo-nos à Análise de Discurso pecheuxtiana. Como explica Minayo (2008, p. 324-325), essa técnica teórica e analítica “apresenta meios para que o investigador entenda o processo e as condições de produção de um discurso; o sentido do campo semântico em que ele é produzido, e uma elaboração contextualizada e crítica das realizações discursivas”. Apresentaremos, então, a metodologia que sustenta esta pesquisa, mas, antes, apresentaremos o seu percurso epistemológico.

3.1 Percurso epistemológico

Antes de falarmos sobre o método que teoriza e analisa esta pesquisa, optamos por apresentar o percurso epistemológico da teoria da Análise de Discurso, a fim de mostrarmos a quais campos científicos ela se filia/filiou. Para isso, partiremos dos estudos de Pêcheux (1975/2009) e Malidier (2003) que tratam sobre esse caminho de filiações até chegarmos à Análise de Discurso.

⁵ Delineamentos: A pesquisa-ação visa a uma mudança como ação para solução de um problema coletivo. O estudo de caso fornece a descrição de um indivíduo ou unidade social. A etnografia é voltada para estudos da cultura, instituições, sociedade, de modo que preocupa-se com os significados das ações e eventos para os pesquisados. (Bogdan & Biklen, 1994).

⁶ Instrumentos: A entrevista permite a interação entre pesquisado e pesquisador, mas considera o que foi dito. A observação trata da observação do comportamento global do entrevistado. O levantamento documental trata de um estudo de documentos pessoais ou clínicos. (Turato, 2013).

Partimos, então, dos estudos de Pêcheux (1975/2009), em sua obra *Semântica e Discurso*, em que o autor mostra a aproximação entre os termos semântica⁷, semiótica⁸ e semiologia⁹. O autor (idem, 2009, p. 10) indica que a Semiótica e a Semiologia “dizem respeito ao conjunto de signos, seja de natureza linguística ou extralinguística” enquanto a Semântica, aproximadamente, durante a primeira metade do século XX, foi hesitada pelos linguistas a ser reconhecida como parte da Linguística. Entretanto, com o aparecimento do Chomskysmo¹⁰, a Semântica passa a ter foco, pois fica no centro das controvérsias entre linguistas, isto porque as controvérsias se baseavam em questões filosóficas que tratavam sobre “o problema da universalidade e da linguagem ideal” (ibidem, 2009, p. 11).

Com isso, Pêcheux (1975/2009) indica que alguns autores passaram a identificar a Semântica e a Semiologia, entre eles está Adam Schaff. Este, em 1960, contribuiu para a reconciliação¹¹ entre o Marxismo e a Semântica, de maneira que essa reconciliação permitiu o “ressurgimento de pesquisas semânticas à luz do marxismo” que reivindicavam “a liberdade de questionar o *oportunistismo filosófico* de que se autorizava a atual coexistência ‘marxista’ do pavlovismo, da cibernética, da Semiótica, das aplicações da Lógica Formal à teoria da Linguagem e à Semântica” (idem, 2009, p. 15), desta forma, o que é reivindicado é a liberdade de questionar, como se houvesse uma dualidade: o pronto (oportunistismo filosófico) *versus* o não pronto (Teoria da Linguagem / Semântica).

Assim, nesse percurso, Pêcheux (1975/2009) assinala que a Semântica passa a ter relação com a Lógica e com a Retórica, enquanto parte da Linguística, através da evidência que Schaff faz da Semântica como uma disciplina moderna e complexa, pois para Schaff, a função comunicativa da linguagem se dá por meio da lógica (teoria das leis do pensamento) e da retórica (técnica de argumentação que é um suplemento inevitável, contrabalanceando a lógica). Além disso, Pêcheux (1975/2009, p. 17) ainda indica outras referências que esse autor encontrou em seu caminho

- Há *coisas* (“objetos” e “processos materiais”) e *pessoas*, sujeitos dotados da intenção de comunicar (“nós” comunicamos “por meio de”);

⁷ “Parte da Linguística que se ocupa da significação das palavras e evolução dos sentidos” (Pêcheux, 1975/2009, p. 14)

⁸ “Sistema de signos – ciência dos signos – filosofia das formas simbólicas”. Introduzida por J. Locke. (Pêcheux, 1975/2009, p. 09)

⁹ “A ciência que estuda a vida dos signos no seio da vida social. A língua enquanto sistema de signos, ela é o principal sistema. Introduzida por Saussure”. (Pêcheux, 1975/2009, p. 10)

¹⁰ Noan Chomsky, inspirado no racionalismo e na tradição lógica dos estudos da linguagem, propõe uma teoria a que chama *gramática* e centra seu estudo na *sintaxe*. Esta, segundo ele, constitui um nível autônomo, central para a explicação da linguagem”. (Orlandi, 1994, p. 38)

¹¹ No período do stalinismo histórico, os pesquisadores marxistas se lançaram ao reconhecimento das regiões teóricas às quais eram impedidos o acesso pelo governo, questões essas relacionadas à natureza da sociedade. (Pêcheux, 1975/2009)

- Há objetos que se tornam *signos*, isto é, que remetem a outros objetos, pelo “processo social da semiose”;
- Há enfim *as ciências humanas*, que têm cada uma o que dizer sobre a linguagem e a fala, formando um verdadeiro entroncamento interdisciplinar.

Nessas evidências indicadas por Schaff, a primeira trata sobre a intencionalidade; a segunda se refere ao processo da semiose, que se trata do processo de significação, ou seja, a produção de significados; já a terceira remete ao pensamento da relação de sentidos. Pensando essas evidências fundadoras da Semântica, Pêcheux (1975/2009, p. 18) propõe questioná-las com base na teoria materialista para mostrar que

1. A *Semântica* que se apresenta como uma “parte da Linguística” – ao mesmo título que a Fonologia, a Morfologia e a Sintaxe – constitui, de fato, para a *Linguística*, o ponto nodal das contradições que a atravessam e a organizam sob a forma de tendências, direções de pesquisa, “escolas linguísticas” etc., as quais em um movimento *manifestam e encobrem* (tentam enterrar) essas contradições;
2. Se a *Semântica* constitui para a *Linguística* tal ponto nodal, é porque é nesse ponto, e mais frequentemente sem reconhecê-lo, que a *Linguística* tem a ver com a *Filosofia* (e com a *ciência das formações sociais* ou *materialismo histórico*).

Portanto, Pêcheux (1975/2009) vai indicar que a *Semântica* é organizada e atravessada por contradições, tornando-se o ponto nodal da *Linguística*; a partir disso, o autor supõe ser necessário um desvio para que seja possível a compreensão entre linguistas e filósofos, de modo que o autor falará de *Linguística* em *Filosofia* e de *Filosofia* em *Linguística*. Esse desvio se torna necessário para explicar a situação da *Linguística*, de modo que são apontadas três tendências principais que se opõem, se combinam e se subordinam, são: 1) a tendência formalista-logicista, que deixa a história de fora; 2) a tendência histórica, que deixa o sujeito de fora; 3) a “*Linguística da fala*”, em que o sujeito começa a aparecer. O que Pêcheux (1975/2009) nos coloca é que existe uma relação de forças entre as três tendências, assim, ambas se ligam por laços contraditórios. Podemos interpretar a contradição, aqui, como aquilo que atravessa, afeta, portanto as tendências podem ser afetadas ou atravessadas umas pelas outras. Assim, dentro dessas tendências, a língua aparece enquanto sistema como contradição secundária:

A contradição que opõe principalmente a tendência formalista-logicista às duas outras tendências tem repercussões no interior de cada uma delas (inclusive no interior da própria tendência dominante) sob a forma de contradições secundárias: a forma *explícita* que essa contradição toma é a de uma contradição entre *sistema linguístico* (a “língua”) e *determinações não-sistêmicas* que, *à margem do sistema, se opõem a ele e intervêm nele*. Assim, a “língua” como sistema se encontra contraditoriamente ligada, ao mesmo tempo, à “história” e aos “sujeitos falantes” e essa contradição molda atualmente as pesquisas linguísticas sob diferentes formas, que constituem precisamente o objeto do que se chama a “semântica”. (Pêcheux, 1975/2009, p. 20)

Pêcheux (1975/2009) não visa criar uma quarta tendência com o intuito de “resolver” essa contradição, mas sim desenvolvê-la com base no materialismo histórico; desta forma, o autor aborda através de dois pontos da tese fundamental da posição formalista em Linguística, são: “1) a língua *não é* histórica precisamente na medida em que ele é um sistema (estrutura); 2) é na medida em que a língua é um sistema, uma estrutura, que ela constitui o objeto teórico da Linguística” (idem, 2009, p. 21). Pensando isso, o autor estabelece uma relação entre a História, língua e as contradições:

Pensamos que uma referência à História, a propósito das questões de Linguística, só se justifica na perspectiva de uma análise materialista do efeito das relações de classes sobre o que se pode chamar as “práticas linguísticas” inscritas no funcionamento dos aparelhos ideológicos de uma formação econômica e social dada: com essa condição, torna-se possível explicar o que se passa hoje no “estudo a linguagem” e contribuir para transformá-lo, não repetindo as contradições, mas tomando-as como os efeitos derivados da luta de classes hoje em um país “ocidental”, sob a dominação da ideologia burguesa. (Pêcheux, 1975/2009, p. 22)

No entanto, mesmo com essa relação estabelecida, Pêcheux (1975/2009, p. 28) retoma as evidências apontadas por Schaff a fim de constatar que elas se mantêm no mesmo nível, utilizando-se do seguinte exemplo: “o fato de que *as palavras* comunicam *um sentido*, o fato de que há uma divisão entre *pessoas* e *coisas*, entre *subjetividade* e *objetividade*, entre o *emocional* e o *cognitivo*”. O que contribuiu para o surgimento das classificações dicotômicas dos semanticistas

os semanticistas se utilizam de bom grado, como veremos, de classificações dicotômicas do tipo abstrato/concreto, animado/inanimado, humano/não-humano, etc., que, se fossem aplicadas exaustivamente até seu limite máximo, constituiriam uma espécie de *história natural do universo*:

Ex.: Uma cadeira seria caracterizada pelos seguintes traços: (objeto) – (físico) – (não-animado) – (artificial) – (móvel) – (portátil) – (com pés) – (com encosto) – (com assento) – (para uma pessoa). (Pêcheux, 2009, p. 29)

Por outro lado, Pêcheux (1975/2009) aponta que essa classificação não é suficiente, pois ao classificar outros ‘termos’, como história, massas ou classe operária, a classificação dicotômica não ‘dá conta’, isto porque não é possível a escolha entre animado/inanimado, concreto/abstrato, entre outras dicotomias. Desta forma, o autor aponta a relação da Semântica e o pensamento de Althusser, de maneira que, mesmo que Althusser não tenha falado em Semântica em seus estudos, é possível saber se “homem (com *h* minúsculo ou maiúsculo), a história, as massas, a classe operária são ou não *sujeitos*, com todas as consequências que daí resultam” (idem, 2009, p. 31). Assim, sobre o pensamento de Althusser, Pêcheux (1975/2009, p. 32) explica que

Como todas as evidências, inclusive as que fazem com que uma palavra “designa uma coisa” ou “possua um significado” (portanto inclusive as evidências da transparência da

linguagem), a evidência de que vocês e eu somos sujeitos – e até aí não há problema – é um efeito ideológico, o efeito ideológico elementar.

Portanto, para o autor, o que existe é a evidência de uma palavra designar uma ‘coisa’ ou uma pessoa constituir um sujeito, pois se trata de um efeito ideológico, visto que essa ‘coisa’ e esse sujeito não são estabilizados e únicos, pois dependem da interpelação na ideologia, o que é compreendido ao retomarmos a fórmula althusseriana: “a ideologia interpela os indivíduos em sujeitos” (Maldidier, 2003, p. 39). Desta forma, Pêcheux (1975/2009, p. 32-33) aponta para o desenvolvimento de um estudo que leve em consideração o sistema linguístico e a Semântica, “aspectos do trabalho de Lacan, no que este se refere ao aprofundamento do materialismo de Freud”, “as direções abertas por Althusser”,

Tentaremos, em seguida, desenvolver as consequências de uma posição materialista – no elemento de uma teoria marxista-leninista da Ideologia e das ideologias – com respeito ao que chamamos “processos discursivos”. Os elementos científicos (ainda em estado embrionário) que propomos para a análise desses processos serão designados aqui sob o nome global de “Teoria do Discurso”, sem que – vamos repetir – se deva ver nisso a pretensão de fundar uma nova disciplina entre a Linguística e o Materialismo Histórico. (Pêcheux, 1975/2009, p. 33)

Contribuem para a definição do campo teórico,

o “quadro epistemológico” do empreendimento que articula três regiões de conhecimento científicas:

- O materialismo histórico como teoria das formações sociais e de suas transformações, aí compreendida a teoria das ideologias;
- A linguística como teoria ao mesmo tempo dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação;
- A teoria do discurso como teoria da determinação dos processos semânticos. (Maldidier, 2003, p. 38)

É através desse quadro que a Análise do Discurso pôde se desenvolver em maio de 1975, por meio do cruzamento dos caminhos de Pêcheux; entretanto, ela iniciou em 1969 como Análise Automática do Discurso (AAD 69) de modo que era considerada “um dispositivo técnico complexo informatizado, se inscreve em sua reflexão de então sobre as práticas e os instrumentos científicos”, assim, “só há instrumento em relação a uma teoria”, (Maldidier, 2003, p. 22). Nesta época, há a influência de Saussure em relação à língua como sistema.

Depois, em 1971, a AAD 69 passa a ser considerada como parte da Linguística, de maneira que “o sentido, o objeto da semântica, excede o âmbito da linguística” (idem, 2003, p. 31), nesse momento aparece a primeira formulação da teoria do discurso, como a autora indica

O raciocínio repousa sobre a intuição muito forte de que não se podem visar as sistematicidades da língua como um contínuo de níveis. Para além dos níveis fonológico, morfológico e sintático, cuja descrição Saussure autoriza, a semântica não é apenas um nível a

mais, homólogo aos outros. É que “o laço que liga as “significações” de um texto às condições sócio-históricas desse texto não é de forma alguma secundária, mas constitutivo das próprias significações”.

Nos anos de 1972-74, Pêcheux aponta para elos em direção à teoria do discurso; desta forma, busca uma teoria materialista do discurso, bem como os funcionamentos linguísticos, entre eles o pré-construído e o interdiscurso. Então, é em 1975, ao pensar a teoria do sujeito interpelado pela ideologia, teoria althusseriana, o sujeito discursivo e a língua como possibilidade de discurso, que Pêcheux amadurece seu pensamento e apresenta o estado mais acabado da teoria no livro *Semântica e Discurso* (ibidem, 2002, p. 37)

3.2 Análise do Discurso: método teórico-analítico

A Análise de Discurso (AD) pecheuxtiana parte dos estudos de Saussure ao afirmar que o objeto é determinado pelo método (Orlandi, 1996). Orlandi (1996, p. 15), ainda, complementa essa afirmação de modo que “as diferentes perspectivas pelas quais se observa um fato, ou acontecimento, dão origem a uma multidão de diferentes objetos de conhecimento, cada qual com suas características e propriedades”. Sendo assim, a AD (idem, 1996) parte de um ‘dado’, este quando relacionado a uma metodologia é considerado o objeto, de modo que esse objeto da análise de discurso é o objeto-linguagem. Sobre a linguagem, a AD considera que

Não consideramos nem a linguagem como um dado nem a sociedade como um produto; elas se constituem mutuamente. Se assim é, o estudo da linguagem não pode ser/ estar apartado da sociedade que a produz. Os processos que entram em jogo na constituição da linguagem são processos histórico-sociais. A análise de discurso tem uma proposta adequada em relação a estas colocações, já que no discurso constatamos o modo social de produção da linguagem. Ou seja, o discurso é um objeto histórico-social, cuja especificidade está em sua materialidade, que é linguística. (ibidem, 1996, P. 17)

Portanto, na AD, a linguagem é constituída por processos histórico-sociais, e o discurso é um objeto histórico-social, de maneira que é na materialidade do discurso que esses processos podem ser analisados em sua especificidade. Assim, é a partir da materialidade linguística que se determina o objeto discursivo do analista, visto que este se trata do “*corpus* que já recebeu um primeiro tratamento de análise superficial” (Orlandi, 2001, p. 65), uma análise sobre “o quem diz”, “como diz”, “em que circunstância”.

A autora (idem, 2001, p. 66) ainda explica que “nosso ponto de partida é o de que a análise de discurso visa compreender como um objeto simbólico produz sentidos. A transformação da superfície linguística em um objeto discursivo é o primeiro passo para essa

compreensão”, isto é, a AD considera que a superfície linguística é o *corpus* bruto, o dado empírico que ao ser analisado em uma materialidade linguística, em um dado contexto, linguística e ideologicamente, fornece o objeto discursivo para o analista.

Sobre a análise a ser feita no *corpus*, a principal unidade de análise de discurso é o texto, Orlandi (2001, p. 69) explica que

O texto é texto porque significa. Então, para a análise de discurso, o que interessa não é a organização linguística do texto, mas como o texto organiza a relação da língua com a história no trabalho significativo do sujeito em sua relação com o mundo. É dessa natureza sua unidade: linguístico-histórica.

Entendemos, então, que o texto, enquanto unidade linguístico-histórica, torna-se texto devido à relação da língua com a história, mas essa relação só é possível porque o texto é carregado de palavras que significam e sustentam interpretações. Orlandi (2006, p. 25) explica que “não são as palavras que significam o texto. Quando uma palavra significa é porque ela se textualiza, ou seja, é porque sua interpretação deriva de um discurso que a sustenta, que a provê de realidade significativa”. O que contribui para pensar que, ao analisar a historicidade, ou seja, o modo de produção de sentidos, podemos interpretar que um texto pode ser atravessado por várias formações discursivas (idem, 2015).

Sobre esse conceito de historicidade, a autora ainda explica que “quando falamos em historicidade, não pensamos a história refletida no texto mas tratamos da historicidade do texto em sua materialidade. O que chamamos de historicidade é o acontecimento do texto como discurso, o trabalho dos sentidos nele” (Orlandi, 2001, p. 68). Portanto, segundo a AD, o texto faz parte do método de pesquisa, tendo em vista que é dele que o pesquisador, nesse caso o analista, parte para desenvolver seus estudos, sendo que

O texto é a unidade que o analista tem diante de si e da qual ele parte. O que faz ele diante de um texto? Ele remete imediatamente a um discurso, que por sua vez, se explicita em suas regularidades pela sua referência a uma ou outra formação discursiva que, por sua vez, ganha sentido porque deriva de um jogo definido pela formação ideológica dominante naquela conjuntura. (Orlandi, 2001, p. 63)

Sendo assim, compreendemos que o trabalho do analista ganha ‘direções’ a partir das interpretações feitas no texto em que instaura seu objeto discursivo, nessa perspectiva, a autora (idem, p. 72) complementa que

a análise do discurso não está interessada no texto em si como objeto final de sua explicação, mas como unidade que lhe permite ter acesso ao discurso. O trabalho do analista é percorrer a via pela qual a ordem do discurso se materializa na construção do texto (e a da língua na ideologia).

Sobre o trabalho do analista do discurso, podemos compreender que o gesto de interpretação do analista faz parte do seu papel, de suas atribuições, visto que as suas interpretações se dão por meio de um texto que faz parte do *corpus* do pesquisador, sujeito analista. De forma sucinta, escolher o *corpus* de análise já é um gesto do analista, isto porque a sua relação com o objeto discursivo pode ser materializada nesta escolha, pois foi escolhido um *corpus*, enquanto outros foram desconsiderados. Para Orlandi, (2001, p. 72) “O analista tem de compreender como ele [texto] produz sentidos, o que implica em saber tanto como ele pode ser lido, quanto como os sentidos estão nele”, sendo assim, quando o analista escolhe o *corpus*, não se trata de um gesto aleatório ou ingênuo, mas sim de um gesto do analista que compreende que, no texto presente em seu *corpus*, há sentidos a serem interpretados, sentidos estes que contribuem para a compreensão de seu objeto discursivo.

O método teórico-analítico da AD, conforme indicam os estudos de Orlandi (1996), parte do material analisado, que é chamado objeto discursivo. Conforme o objeto discursivo, são observadas a sua relação com as formações ideológicas que projetadas na linguagem são chamadas formações discursivas. Assim, nesta pesquisa, o objeto discursivo são os discursos materializados dos sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica há mais de um ano, pois a partir deles é possível analisar como se dá a interpelação do indivíduo em sujeito, bem como as filiações ideológicas que este faz; além disso, também permite que marcas de subjetividades sejam observadas e analisadas.

Sobre essa relação do sujeito com o discurso, Orlandi (2001, p. 70) indica que “Segundo o que pensamos, o discurso é uma dispersão de textos e o texto é uma dispersão do sujeito. O sujeito se subjetiva de maneiras diferentes ao longo de um texto. Há pontos de subjetivação ao longo de toda a textualidade”. São esses pontos de subjetivação que nos interessam neste trabalho, isto porque, ao pensarmos os motivos que levaram o sujeito a optar pela cirurgia bariátrica, entendemos que existem marcas do outro (um incentivo, um modelo, um padrão, uma ordem) e de si (autoestima, depressão), essas marcas são consideradas, na pesquisa, dispositivos de análise, pois elas não são/estão prontas, necessitam de um olhar atento interpretativo. Por isso, consideramos a AD uma teoria que é capaz de sustentar nossa investigação, uma vez que, como indica Orlandi (2001), a proposta da AD é a construção de um dispositivo de interpretação.

Assim, a autora considera que a interpretação ocorre em duas categorias: a) como parte da atividade do analista e b) enquanto parte da atividade do sujeito, ela explica que

Na análise de discurso há um batimento entre descrição e interpretação. Na análise de discurso, a linguagem não é transparente, e interpretar não é atribuir sentido, mas expor-se à opacidade do texto, ou seja, é explicitar como um objeto simbólico produz sentidos. (...) Se

atentamos para o modo de existência da interpretação no sujeito podemos dizer que a interpretação é uma injunção. Face a qualquer objeto simbólico o sujeito é instado a interpretar, pois ele se encontra na necessidade de “dar” sentido. O que é dar sentido? Para o sujeito que fala, é construir sítios de significação, é tornar possíveis gestos de interpretação. (Orlandi, 2006, p. 28)

Desse modo, o dispositivo interpretativo da AD somente ocorre se houver a interpretação do analista mediante um objeto simbólico, tendo em vista que esses sentidos não são estereotipados, são necessárias pistas, conforme indica o paradigma indiciário de Ginzburg (1989) para analisá-las. Além disso, o dispositivo interpretativo também acontece por meio dos gestos de interpretação do sujeito, ou seja, a forma como ele constrói os sentidos, as relações que são construídas, as formações ideológicas a que ele se filia. Orlandi (2001, p. 60) entende que “O dispositivo, a escuta discursiva, deve explicitar os gestos de interpretação que se ligam aos processos de identificação dos sujeitos, suas filiações de sentidos: descrever a relação do sujeito com sua memória. Nessa empreitada, descrição e interpretação se inter-relacionam”.

A autora (2015, p. 29) ainda complementa que

A análise de discurso leva em conta a tomada de consideração da materialidade do texto e a construção de dispositivos de interpretação. Ao reconhecer a materialidade da linguagem, sua não transparência, reconhece-se ao mesmo tempo a necessidade da construção de dispositivos para se ter acesso a ela.

Na AD, existem, portanto, dois dispositivos de interpretação: o dispositivo teórico e o dispositivo analítico, de acordo com Orlandi (2006), o primeiro constitui as noções e os conceitos que embasam a pesquisa, enquanto o segundo é a interpretação das análises obtidas pelo pesquisador. A autora (idem, 2015, p.26) explica que “feita a análise, o analista não vai interpretar o texto, mas sim, os resultados das análises à luz da teoria do discurso como entrada no dispositivo e a teoria a que se filia”. Sendo assim, nessa pesquisa, os questionários, utilizados pelos sujeitos entrevistados para responderem sobre a cirurgia bariátrica não serão considerados textos, mas objetos de análise que, vinculados à teoria apresentada, constituirão o *corpus* na busca por reflexões acerca da subjetividade do sujeito em relação ao discurso sobre o corpo e a opção pela cirurgia bariátrica.

Em relação ao segundo dispositivo, devemos levar em consideração que

O dispositivo analítico da interpretação é o dispositivo que cada analista constrói em cada análise específica. Determinado pelo dispositivo teórico, o dispositivo analítico por sua vez vai depender da questão do analista, da natureza do material analisado, do objetivo do analista e da região teórica em que se inscreve o analista (linguística, histórica, antropológica, literatura etc.). (Orlandi, 2006, p. 30)

Pensando sobre esses dispositivos, compreendemos que eles contribuem para que a Análise de Discurso pecheuxtiana possa ser considerada um método dentro das metodologias de pesquisa científica, visto que sustentam a fundamentação teórica do dado, no caso da AD, do objeto discursivo, assim como também contribuem para a sua análise.

3.3 Condições de produção do *corpus*

Para que fosse possível o acesso ao objeto discursivo dessa pesquisa, a construção do *corpus* passou por algumas etapas, entre elas a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, aprovado e inscrito no número CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 45241515.6.0000.5407. O projeto também foi aprovado pela diretoria do Hospital Unimed Bebedouro Cooperativa de Trabalho Médico, tendo em vista que este hospital atuou como coparticipante na pesquisa, pois os sujeitos entrevistados foram selecionados através do banco de dados do Centro Integrado de Atenção à Saúde (Viver Bem).

O Viver Bem foi escolhido devido ao trabalho que realiza com sujeitos pacientes que necessitam da cirurgia de redução de estômago, sendo assim, “conta com uma equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos - oferece acompanhamento, suporte e orientação a quem é atendido pelo núcleo e seus familiares”. Outro motivo pela escolha do hospital foi o interesse que a diretoria mostrou quando lhe apresentamos o projeto desta pesquisa.

Desta forma, a coleta de dados só começou quando tivemos as autorizações do hospital e a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa. Mediante as aprovações, em agosto de 2015, as coletas começaram no mesmo período. Para isso, através do banco de dados do Viver Bem, tivemos acesso aos nomes e telefones dos pacientes que já haviam feito a cirurgia bariátrica. O que nos chamou a atenção foi que o recrutamento dos sujeitos para realizarmos as entrevistas aconteceu de maneira rápida, tendo em vista que podíamos apenas selecionar participantes que haviam realizado o procedimento cirúrgico há mais de um ano; desta forma, como o Viver Bem faz reuniões mensais com os sujeitos que já realizam a cirurgia bariátrica, o acesso a eles aconteceu rapidamente.

Antes de nos encontrarmos com os sujeitos entrevistados, fizemos contato por telefone para agendar as visitas, outro fator que nos atentamos foi que todos os sujeitos contatados foram receptivos ao telefone e, também, pessoalmente, de modo que estavam dispostos a

responder às questões, mostraram-se dispostos a responder outras, caso fosse preciso, muitos fizeram questão de mostrar fotos de seus corpos obesos para que nós, na posição de pesquisadoras, pudéssemos observar a mudança corporal. Além de responder às questões solicitadas, também, relataram sobre suas experiências, sobre o procedimento, sobre as mudanças corporais, o que nos fez perceber que o discurso oral do sujeito bariátrico tem muito a dizer, mas, devido ao tempo obrigatório para realizar a pesquisa de mestrado, a oralidade será estudada em outro momento.

Para a construção do *corpus*, propusemos, no projeto, realizar as entrevistas com 10 sujeitos, sendo 5 homens e 5 mulheres, mas devido ao interesse dos sujeitos, foram realizadas 14 entrevistas, de maneira que a quantidade de homens foi a mesma da proposta inicial, já, com o público feminino, tivemos 9 entrevistas. Outro item importante para a escolha dos participantes era a idade, optamos por sujeitos de 20 a 55, pois de acordo com a SBCBM esta é a faixa etária que mais se submete ao procedimento cirúrgico; nesta pesquisa a predominância foi de 30 a 55 anos. Outro critério importante para o recrutamento foi o tempo de cirurgia, pois objetivávamos trabalhar com discursos de sujeitos que poderiam falar se atingiram, ou não, a expectativa que tinham com a redução de estômago, seja pela saúde ou pela estética; desta forma, era essencial que o sujeito entrevistado tivesse realizado a cirurgia, pelo menos, há um ano; assim, tivemos entrevistas de sujeitos que realizaram a operação no espaço de um a seis anos.

O último item essencial para poder ser participante desta pesquisa era a assinatura dos sujeitos entrevistados no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Apêndice A). Após o contato por telefone, fomos até à residência dos sujeitos participantes e lá entregamos os documentos para que eles pudessem ler (projeto, autorização do Comitê de Ética, autorização do hospital coparticipante e TCLE), somente após a assinatura do termo é que a entrevista teve início. A entrevista era baseada em um questionário (Apêndice B) com dez questões discursivas que os sujeitos responderiam sobre os motivos que os levaram a optar pela cirurgia bariátrica. Todos os sujeitos que concordaram com o encontro assinaram o termo, além disso, não houve recusa em responder a qualquer questão.

Por fim, mediante as autorizações dos sujeitos entrevistados e realizada a coleta de dados, pudemos dar início ao capítulo seguinte, no qual analisamos os discursos dos sujeitos-bariátricos com base no método teórico-analítico da Análise de Discurso que sustenta esta pesquisa.

CAPÍTULO 4 – CIRURGIA BARIÁTRICA: UM CORPO NOVO?

Bailarina (Fernando Botero, 2011)

meu corpo é um campo de batalha.
meu peito, minha arma;
minha carne, uma couraça;
meu sangue, combustível.
(Marcelo Caetano, 2013)

Começamos este capítulo retomando o conceito pecheuxtiano de discurso entendido por Orlandi (2001, p. 21) como “efeito de sentidos entre locutores”, de modo que o discurso não é tratado como transmissão de informações, ou mensagem, como aponta a Teoria da Comunicação. Para a autora (2001), na linguagem, são estabelecidas relações entre sujeitos e sentidos, assim, seus efeitos podem ser variados. Desta forma, faremos, aqui, análise dos discursos dos pacientes bariátricos, sujeitos desta pesquisa, a fim de interpretarmos os efeitos de sentidos construídos por eles, no período pós-operatório, para compreendermos os processos de subjetivação do sujeito-paciente de cirurgia bariátrica e investigarmos, por meio de marcas linguísticas, como os sujeitos foram/são afetados pelo discurso médico sobre o padrão corporal

Para dar início às análises, é de suma importância compreender a noção de prática discursiva concebida por Pêcheux (1975/2009, p. 197) como “toda prática discursiva está inscrita no complexo contraditório-desigual-sobredeterminado das *formações discursivas* que caracteriza a distância ideológica em condições históricas dadas”, isto é, a prática discursiva não ocorre isolada, ela se faz no contexto e é inscrita na formação discursiva. Esse contexto é estabelecido pelas relações ideológicas e históricas. Conforme já escrevemos, anteriormente, no caso desta pesquisa, será levado em consideração o discurso médico que circula na modernidade líquida, a fim de observarmos as práticas discursivas inscritas no contexto da medicina.

O *corpus* desta pesquisa é constituído por discursos de sujeitos-bariátricos que passaram pelo procedimento cirúrgico há mais de um ano, tendo em vista que após esse período é possível que o sujeito discursivize sobre suas expectativas e resultados quanto à cirurgia. Além disso, será possível também analisar as formações ideológicas às quais os sujeitos se filiam para compreendermos se a opção pela cirurgia bariátrica é perpassada pelo discurso da estética ou da saúde, tendo em vista que é na relação do sujeito com seu corpo e com os sentidos dominantes sobre essa temática que isso poderá ser interpretado na análise.

Quando nos referimos aos sentidos dominantes, entendemos que estes se materializam através da filiação dos sujeitos a uma determinada formação ideológica, de modo que é a língua que materializa as formações ideológicas e os aparelhos ideológicos de Estado (AIE) colocam em prática essas ideologias (Althusser, 1970). Neste capítulo, faremos referência ao AIE das Associações que regem a medicina, pois mesmo que Althusser (1970) não as tenha elencado como um AIE, a nosso ver podemos considerá-las, pois o discurso médico sempre foi considerado um dizer de autoridade e, muitas vezes, reproduzido como forma de convencimento dentro das formações discursivas, como poderá ser visto nos recortes dos

discursos dos pacientes bariátricos que tratam sobre saúde. As análises serão organizadas por seções, nas quais serão apresentados os sentidos recorrentes em nosso *corpus*, e, dada a recorrência, tais sentidos foram eleitos porque indiciam um modo de funcionamento dominante nos intradiscursos construídos pelos sujeitos desta pesquisa.

4.1 Sentidos de saúde e cirurgia bariátrica

Dentro do discurso da medicina, conforme apontam a SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica), a ABESO (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) e o portal ABC da Saúde, o corpo obeso passa por uma medição médica, altura e peso, o chamado cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal), que é capaz de classificar o nível de obesidade do sujeito bem como seus riscos e formas de tratamentos. Portanto, considerando o discurso médico, o corpo obeso primeiro passa por uma classificação para que seja indicada a cirurgia bariátrica.

Sendo assim, pensando pelo viés da saúde, os recortes seguintes apresentam discursos de sujeitos que passaram pelo procedimento cirúrgico há mais de um ano, de modo que, como forma de ‘amarrar’ os sentidos produzidos pelos sujeitos entrevistados e evitar possíveis deslizos nossos, enquanto pesquisadoras, em cada recorte haverá três respostas referentes às perguntas 1¹², 7¹³ e 8¹⁴ para que possamos analisar o efeito de sentidos presentes nas respostas, bem como analisar, ainda, em qual, ou em quais, formações discursivas o sujeito se mantém.

Recorte (30) Sujeito B¹⁵:

(Resposta questão 1) Pressão alta, problemas com coração desgaste, rins pressão alta visão começo de diabete¹⁶.

(Resposta questão 7) Não ter problema de saúde.

(Resposta questão 8) Simplesmente multilado nunca mas será a mesma pessoa.

Recorte (31) Sujeito C:

(Resposta questão 1) A princípio saúde e na sequência as dores nas pernas.

(Resposta questão 7) Zerar o DM e principalmente não fazer mais hipoglicemia.

(Resposta questão 8) Normal, o abdome era proeminente, porém braços, pernas e nádegas eram normais.

¹² 1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

¹³ 7. Quais eram suas expectativas para o pós-cirúrgico?

¹⁴ 8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

¹⁵ O nome dos sujeitos entrevistados foi substituído pelas letras alfabéticas A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M e N de maneira aleatória para garantir o anonimato na pesquisa.

¹⁶ Nos recortes, as respostas dos sujeitos entrevistados foram mantidas conforme escritas originais presentes nos questionários.

Recorte (32) Sujeito I:

(Resposta questão 1) Acesso de peso, cirurgia nos dois joelhos.

(Resposta questão 7) Eu já fui determinado a fazer a cirurgia eu tinha certeza que eu ia correr tudo bem e o motivo p/ ter uma saúde melhor.

(Resposta questão 8) eu me sinto muito bem porque eu carregava um excesso peso sem precisão.

Recorte (33) Sujeito J:

(Resposta questão 1) Pelo motivo de hipertensão e pré diabétes.

(Resposta questão 7) Perda de peso e alta das medicações que eu tomava para hipertensão e pré diabétes.

(Resposta questão 8) Estou satisfeito, pois acho que fiquei melhor do que imaginava.

Recorte (34) Sujeito K:

(Resposta questão 1) Saúde, mas aos 40 anos já tinha feito a programação que aos 50 anos faria a cirurgia bariátrica.

(Resposta questão 7) O que eu já esperava, satisfatória.

(Resposta questão 8) Satisfeito, porém o que mais eu procurava era a saúde no entanto ainda não fiz abdominoplastia.

Recorte (35) Sujeito N:

(Resposta questão 1) Devido excesso de peso, pressão alta e dificuldade de locomoção.

(Resposta questão 7) Ter uma vida mais saudável e poder fazer coisas antes inimagináveis.

(Resposta questão 8) Uma imagem de um ser humano melhor mais saudável.

Nos recortes apresentados, retirados dos discursos materializados pelos sujeitos B, C, I, J, K e N, é possível analisar, com base nas respostas da questão 1, que todos esses sujeitos materializam sentidos sobre saúde. Desta forma, inscrevem-se nas formações discursivas sobre a saúde e o bem-estar, pois discursivizam sobre os problemas de saúde que os levaram a fazer a cirurgia bariátrica. A nosso ver, esses sujeitos se filiam à formação ideológica do discurso médico, o qual, conforme aponta a SBCBM, indica esse procedimento cirúrgico em casos de obesidade mórbida com comorbidade(s). Isto porque, como entende Orlandi (2001, p. 43) “os discursos sempre são determinados ideologicamente”, sendo assim, os discursos dos sujeitos que tratam sobre saúde representam a ideologia do discurso médico, por esse motivo se inscrevem na formação discursiva da saúde.

Sobre as respostas da questão 7, os sujeitos entrevistados (re)produzem quais eram suas expectativas com a cirurgia, o que nos leva a entender que, dentro do contexto contemporâneo, em que o discurso médico trata sobre uma melhor qualidade de vida para o sujeito-bariátrico, e levando em consideração as respostas da questão 1, os sujeitos entrevistados mantêm a materialidade dos sentidos na formação discursiva que se refere ao

campo da saúde. Aqui, retomamos o conceito de interdiscurso (o pré-construído, o já-dito) (Pêcheux, 1975/2009), pois é apoiado nele que os sujeitos entrevistados retomam os discursos da medicina para se referirem às suas expectativas quanto à cirurgia bariátrica: melhora da saúde e emagrecimento. Isso pode ser observado através da análise e interpretação de marcas discursivas, pois quando os sujeitos B, C e K falam sobre a expectativa da cirurgia com esperança de eliminar os problemas de saúde materializam, respectivamente, “não ter problema de saúde”, “não fazer mais hipoglicemia” e “perda de peso e altas medicações”, sentidos estes que não são inéditos, pois se filiam à formação discursiva do discurso médico, mas que são retomados pelos sujeitos através do acesso ao seu interdiscurso.

Além disso, o Sujeito K, no recorte 34, também discursiviza a sua expectativa com o procedimento cirúrgico, porém não a específica, apenas materializa a característica de sua expectativa: “o que eu já esperava, satisfatória”, entendemos que houve o que Orlandi (2001, p. 53) chama de deslize: “a deriva, o deslize é o efeito metafórico, a transferência, a palavra que fala com outras.”, pois o sujeito não deixou de responder, apenas se filiou a outra formação discursiva, também do discurso médico. Interpretamos que isso ocorreu devido à quantidade de problemas de saúde que o sujeito relatou ter, estes constam na resposta da questão 4, o que o fez apenas ‘resumir’ sua resposta. Vale ressaltar, ainda, que se trata de um sujeito que programou sua cirurgia dez anos antes de realizá-la, como mostra a resposta da questão 1, e que pesquisou sobre o assunto, resposta da questão 2, ou seja, ao se utilizar da expressão “o que eu já esperava” leva-nos a entender que a expectativa do Sujeito K estava relacionada a alcançar o que fora planejado nesses dez anos. Além disso, ao considerarmos que o Sujeito K programou a cirurgia no período de dez anos, podemos interpretar que a convicção do sujeito, quanto a este procedimento cirúrgico, marca mais uma vez sua filiação à formação discursiva da medicina, entretanto, ao pensarmos esse decênio, há um apagamento, pelo sujeito, dos outros recursos de emagrecimento, um apagamento que se confirma ao analisarmos a resposta “nenhum” dada pelo Sujeito K quando lhe é perguntado, na questão 3, qual outro método de emagrecimento fora utilizado.

Ainda sobre as respostas da questão 7, no recorte 32, o Sujeito I materializa que sua expectativa está relacionada a “ter uma saúde melhor”, contudo, antes, deixa marcada sua “certeza de que ia correr tudo bem” quanto ao procedimento cirúrgico, ou seja, como qualquer outra cirurgia, esta não está livre de riscos e o sujeito mostra ter conhecimento sobre isso. O que o sujeito também materializa é sobre se considerar determinado a fazer a cirurgia, deixando, conforme entende a teoria da Análise de Discurso, marcas de subjetividade, o que nos leva a interpretar que quem não possui essa característica de determinação não

consegue/deve passar pelo procedimento cirúrgico. Neste recorte, há, também, outra materialidade que reclama gestos de interpretação: quando o Sujeito I discursiviza sobre a imagem que tem de seu corpo no pós-operatório, questão 8, ele responde: “eu me sinto muito bem porque eu carregava um excesso peso sem precisão”, a partir da palavra ‘precisão’, interpretamos marcas de subjetividade do sujeito em relação ao seu corpo, visto que se trata de uma palavra polissêmica, que produz diferentes sentidos, ou seja, para o sujeito o seu corpo possuía um excesso de peso desnecessário, parte que não faz/faria falta e que fora retirado por meio do procedimento cirúrgico; a outra polissemia da palavra ‘precisão’ pode ser interpretada pela relação do Sujeito I com o excesso de peso de seu corpo que não é possível precisar, não é possível mensurar, isto é, um excesso que foge do seu controle, mas que, ao ser indicado à cirurgia bariátrica, passa a ser controlado pelo olhar médico.

No recorte 35, o Sujeito N, na resposta da questão 7, materializa que sua expectativa está relacionada a “ter uma vida mais saudável”, sendo assim, os sentidos se filiam à formação discursiva que trata sobre saúde; há, ainda, uma outra afirmação quanto à sua expectativa que nos chama a atenção: “poder fazer coisas antes inimagináveis”, assim, entendemos que o sujeito, enquanto sujeito-obeso, fica restrito a determinadas atividades, a ponto de considerá-las possíveis apenas no nível da imaginação, contribuindo para o apagamento do corpo obeso, apagamento de ações e atividades da vida do sujeito-obeso.

No *corpus* da pesquisa, como pode ser observado nesses recortes analisados, é possível identificar, por meio de marcas linguísticas, traços de subjetividade no discurso dos sujeitos entrevistados, por esse motivo, vale retomar o conceito de subjetividade apontado por Coracini (2007, p. 61):

O sujeito é, assim, fruto de múltiplas identificações – imaginárias e/ou simbólicas – com traços do outro que, como fios que se tecem e se entrecruzam para formar outros fios, vão se entrelaçando e construindo a rede complexa e híbrida do inconsciente e, portanto, da subjetividade.

Desta forma, essa identificação com o outro de maneira inconsciente permite que marcas de subjetividade possam ser interpretadas, como acontece com os sujeitos B, C, I, J, K e N ao responderem a questão 8, que trata sobre a imagem que esses sujeitos têm de seus corpos no pós-cirúrgico. O Sujeito B, no pós-cirúrgico, considera seu corpo “Simplesmente mutilado nunca mais será a mesma pessoa”, no decorrer do questionário, interpretamos que ele se filia à formação discursiva que trata sobre saúde, entretanto, com o procedimento cirúrgico, considera que houve uma perda de ‘seu’ corpo, pois podemos interpretar que era ele que o identificava. Outra marca de subjetividade é a de se considerar outra pessoa após a

cirurgia, é como se a cirurgia bariátrica não apenas atuasse na redução de peso, mas sim, na constituição de um outro corpo, que exclui o primeiro. Sobre essa perda de ‘seu’ corpo e a constituição de um outro corpo, interpretamos, a partir dos estudos de Clavreul (1978), que se trata de uma prática médica a qual espera do sujeito-doente apenas a sua docilidade, visto que para o autor (idem, p. 97)

O doente é convidado, assim, a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre. Está convidado a se olhar como um outro, a desconfiar do que sente, pois tudo que sente deve ser interpretado em função desta doença que não pode conhecer e que só o discurso médico pode interpretar.

Compreendemos, portanto, que o Sujeito B possui o que chama de ‘corpo mutilado’ ou ‘novo’ corpo devido ao saber da ordem médica, saber este que não passa por questionamentos (Clavreul, 1978), um saber que apaga o sujeito-doente e que lhe coloca em um ‘novo’ corpo conforme suas interpretações e imposições, isto porque em se tratando de doenças “só o discurso médico pode interpretar”.

No recorte 31, para responder à questão 8, o Sujeito C considera que a imagem do seu corpo é “normal, o abdômen era proeminente, porém braços, pernas e nádegas eram normais”, com esses sentidos materializados, a subjetividade pode ser analisada na forma como o sujeito se considera ‘normal’, pois, para ele, ter uma parte do corpo proeminente não é ter uma parte no nível da normalidade; portanto, como seu abdômen não é mais proeminente, devido à cirurgia, ele pode se considerar normal. Sobre essa questão da normalidade, podemos considerar que o Sujeito C é interpelado pela formação ideológica do discurso médico, visto que, conforme indica a ABESO, a circunferência abdominal é um fator relevante considerado pelos médicos ao indicar a cirurgia bariátrica, pois essa proeminência pode indicar níveis de risco ao paciente. Além disso, Marzano-Parisoli (2004, p. 74), ao tratar sobre o fato de realizar uma atividade normal, compreende que “o conceito de normalidade não remete mais a padrões biológicos, mas antes a padrões sociais”, sendo assim, pensando o corpo dentro de uma normalidade, entendemos que são os padrões sociais que ditam, primeiramente, quais corpos pertencem à normalidade, depois é que recebem a mesma classificação da normalidade quanto ao campo biológico.

Sobre o Sujeito I, no recorte 32, ele apresenta indícios de subjetividade na resposta da questão 8, o que chama a atenção é que ele materializa: “eu me sinto muito bem porque eu carregava um excesso de peso sem precisão”. Para este sujeito, também, aparece a ideia de corpo como parte, semelhante ao que ocorre com o Sujeito B, entretanto, a diferença é que para o Sujeito I, como vimos, esta parte que foi retirada, denominada como carregar “um

excesso de peso”, não lhe faz falta, ao contrário, considera uma parte do corpo desnecessária, “sem precisão”, ao contrário do que materializa o Sujeito B, em que a parte retirada agia como uma identificação de seu corpo, tanto que considera que “nunca mais será a mesma pessoa”. Com isso, analisamos que a relação do sujeito com o corpo se dá por meio da sua imagem corporal, esta é entendida por Schilder (2000, p. 11) como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente; ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”, isto é, no pós-cirúrgico, para o Sujeito B é a imagem de um corpo mutilado; já, para o Sujeito I trata-se de um corpo sem excesso de peso, deste modo, nestes recortes, é possível observar o funcionamento do discurso na língua, pois diferentes sujeitos fazem referência às partes de seus corpos, entretanto, estas partes produzem diferentes sentidos.

Em relação à resposta da questão 8, sobre a imagem de seu corpo, o Sujeito K materializa: “Satisfeito, porém o que mais eu procurava era a saúde no entanto ainda não fiz abdominoplastia”, assim, esse sujeito se satisfaz com a cirurgia no que diz respeito à sua saúde, porém deixa uma marca de subjetividade em forma de incômodo, pois ao se referir à abdominoplastia traz junto o termo “no entanto”, que semanticamente marca uma oposição entre as orações, logo, interpretamos que há indícios de outra formação discursiva circulando no discurso do sujeito, a formação discursiva da estética, de maneira que mesmo que a estética corporal não seja o objetivo do sujeito K para fazer a cirurgia, ao passar pelo procedimento cirúrgico, o excesso de pele, devido ao emagrecimento, passa a ser algo que desconforta aquele corpo.

Nos recortes 33 e 35, nas respostas da questão 8, é possível interpretar que os Sujeitos J e N deixam traços de subjetividade ao utilizarem a palavra ‘melhor’, isto porque quando os sujeitos materializam: (Sujeito K) “estou satisfeito, pois acho que fiquei melhor do que imaginava” e (Sujeito N) “Uma imagem de um ser humano melhor mais saudável”, podemos analisar que, quando estavam obesos, esses sujeitos não se permitiam imaginar ‘melhor’. No caso do Sujeito K, este poderia até se imaginar bom, mas não se imaginava melhor, assim como ocorre com o Sujeito N, pois para esse, enquanto sujeito-obeso, não é possível a caracterização de ‘ser humano melhor’, sendo assim, entendemos que a palavra ‘melhor’ restringe o sujeito qualificado, como se o obeso não pudesse ser assim adjetivado.

Mediante esses recortes, podemos observar que os discursos dos pacientes bariátricos que tratam sobre saúde (re)produzem, na formação discursiva, sentidos sedimentados pela medicina, assim, as formações ideológicas estão filiadas ao discurso médico, discurso este que é ‘apoiado’ na/pela ordem médica, contribuindo para a legitimidade do discurso médico tido

como oficial e inquestionável, o que nos permite confirmar que o discurso médico, na contemporaneidade, funciona como um aparelho ideológico de Estado.

Todavia, como nos adverte Pêcheux (1975/2009), tanto os sujeitos quanto as formações discursivas são heterogêneos. Além disso, a contradição é constitutiva dos discursos. Desse modo, mesmo fazendo circular o discurso da medicina, os sujeitos desta pesquisa, também, filiaram-se a outras formações discursivas, conforme veremos na seguinte seção.

4.2 Sentidos de estética e cirurgia bariátrica

Ao pensarmos os sentidos que circulam na sociedade contemporânea sobre corpo, retomamos Marzano-Parisoli (2004), pois essa autora entende que existe um discurso social que promove transformações na sociedade e estas podem ver vistas/percebidas através do corpo. Para a autora (idem, 2004, p. 34) “cada indivíduo pode tornar-se o que ele quer, mas, para consegui-lo, não basta aceitar regras ou modificar comportamentos. Para obter sucesso e poder é o corpo que é preciso corrigir e aprumar, mudar e aperfeiçoar”. Sobre a questão da estética, na contemporaneidade, a autora (ibidem, 2004, p. 31) complementa:

O ideal contemporâneo é o ideal de um corpo completamente enxuto, compacto, firme, jovem e musculoso: um corpo protegido dos sinais do tempo e no qual os processos internos são controlados pelos regimes alimentares, pelo exercício físico e pela cirurgia estética. O principal inimigo é a gordura, a flacidez, a falta de tônus muscular. Por isso a gordura deve ser sempre queimada, a barriga eliminada, o tônus muscular recuperado e a flacidez corrigida.

Nesse ínterim, percebemos que não há espaço para a obesidade no campo da estética, tanto que alguns sujeitos se submetem a cirurgias bariátricas com a finalidade de perderem peso e atingirem esse ideal contemporâneo, como mostram os recortes seguintes:

Recorte (36) Sujeito A:

(Resposta questão 1) A certeza (ilusão) de que ficaria magra para sempre, sem sentir fome.

(Resposta questão 7) Ficar magra o mais rápido possível.

(Resposta questão 8) Por algum tempo ainda achava que era gorda. Hoje tenho consciência do meu peso, mas não atingi o padrão de beleza esperado (ilusão). Estou bem.

Recorte (37) Sujeito D:

(Resposta questão 1) Estética

(Resposta questão 7) Era emagrecer.

(Resposta questão 8) Agora ficou bem melhor so a perna que eu queria fazer plastica.

Pelos recortes 36 e 37, interpretamos que os sujeitos materializam na formação discursiva sentidos dominantes sobre estética ao associarem emagrecimento com cirurgia bariátrica. Esses sentidos tornam-se dominantes, pois o discurso da contemporaneidade contribui para que haja um deslocamento de sentidos em relação à cirurgia bariátrica, como pode ser visto na figura 8, em que o Hospital São Lucas divulga em formato de propaganda a cirurgia bariátrica, isto porque quando o hospital, ou a clínica para Foucault (1980/2015), lugar este que legitima o discurso médico, coloca o corpo obeso em evidência, evidencia-se também o seu não lugar, a sua ‘falta’ de saúde, como se ser obeso fosse sinônimo de não saúde, ou seja, evidencia o corpo que está fora dos padrões: padrão de saúde, padrão de estética, padrão de magreza, como se o procedimento cirúrgico em questão objetivasse esse fim.

O que nos incomoda em relação à imagem 8 é que ela foi divulgada em um meio midiático de grande circulação na cidade de Ituverava, interior de São Paulo, temos, então, a cirurgia bariátrica circulando e produzindo sentidos ‘fora’ do hospital, conforme entende Nascimento (2015, p. 42) “A mídia, como dispositivo discursivo, opera na construção de subjetividades, dita técnicas disciplinares, padrões de comportamentos e gerencia a vida dos sujeitos, através das múltiplas formas de controle e de fabricação de verdades”, desta forma, mesmo que os sentidos produzidos na mídia sejam produzidos pelo hospital, a propaganda contribui para que a cirurgia bariátrica seja vista como um procedimento de emagrecimento, assim como já podem ser vistas as dietas, os exercícios e os remédios. Compreendemos, portanto, com base na figura 8, que a mídia, autorizada pelo discurso da medicina, vem contribuindo para colocar a cirurgia bariátrica em um outro lugar que não o da saúde, mas sim o do mercado.

Conforme indica a SBCBM, a cirurgia bariátrica só pode ser realizada com finalidades médicas: obesidade grau III associada a alguma comorbidade, sendo assim, em relação aos recortes 36 e 37, interpretamos que, mesmo não materializando as comorbidades que geralmente estão vinculadas ao procedimento cirúrgico, esses sujeitos silenciaram os seus possíveis problemas de saúde, alguma comorbidade ou a obesidade enquanto doença que contribui para o risco de vida do sujeito paciente, pois, em seus discursos, as suas relações com o corpo e com a estética são considerados (pre)dominantes para o seu convívio na sociedade líquida. Retomamos aqui a distinção que Orlandi (2007a, p. 102) faz entre silêncio e implícito: “O implícito é o não-dito que se define em relação ao dizer. O silêncio, ao contrário, não é o não-dito que sustenta o dizer mas é aquilo que é apagado, colocado de lado,

excluído”. Nesse sentido, os Sujeitos A e D silenciam os sentidos de saúde, pois excluem, apagam os possíveis motivos que os levaram à cirurgia além dos da estética, visto que os problemas de saúde são ‘obrigatórios’ e fazem parte do discurso médico para realizar a cirurgia bariátrica.

A relação entre corpo, cirurgia bariátrica e estética pode ser observada ao analisarmos os recortes desses sujeitos (A e D), sendo assim, no recorte 36, o Sujeito A materializa: “ficaria magra para sempre sem sentir fome” e “Ficar magra o mais rápido possível”, entendemos que esse sujeito almeja o corpo magro, porém não se trata apenas de um corpo magro, mas sim de um estado corporal eterno, ao materializar “magra para sempre”, o sujeito apaga a sua heterogeneidade (Pêcheux, 1975/2009), isto porque esse sujeito passa a ocupar o mesmo lugar, o mesmo corpo. Além disso, quando o Sujeito A (re)produz “não atingi o padrão de beleza esperado”, questionamo-nos: quem espera esse padrão? O sujeito A? A sociedade líquida? O discurso médico? Independente de quem espere esse padrão, compreendemos que se trata de um corpo não atingível, um corpo, utópico. Sobre a utopia, Foucault (2013, p. 08) questiona:

A que se deve o prestígio da utopia, a beleza, o deslumbramento da utopia? A utopia é lugar fora de todos os lugares, mas um lugar onde eu teria um corpo *sem corpo*, um corpo que seria belo, límpido, transparente, luminoso, veloz, colossal na sua potência, infinito na sua duração, solto, invisível, protegido, sempre transfigurado; pode ser que a utopia primeira, a mais inextirpável no coração dos homens, consista precisamente na utopia de um corpo incorporeal.

A noção de corpo utópico para o autor traz a ideia de um corpo ‘incorporeal’, isto é, um corpo que fica no campo da imaginação, da criação. Nessa perspectiva, com a teoria de corpo utópico de Foucault (2013), compreendemos que buscar esse lugar da utopia, lugar em que o corpo perfeito e imaginado se concretiza, não é garantido, pois o sujeito se submete à cirurgia de redução de estômago, que não condiz com a finalidade da estética, isto pode ser melhor compreendido quando o Sujeito A materializa que ao optar pela cirurgia bariátrica tinha “A certeza (ilusão) de que ficaria magra para sempre, sem sentir fome” e “Hoje tenho consciência do meu peso, mas não atingi o padrão de beleza esperado (ilusão)”, nas duas materialidades há a palavra ‘ilusão’ entre aspas, o que nos permite interpretar que as aspas se tratam de uma marca discursiva de subjetividade ao indicar a conscientização do sujeito sobre o padrão corporal no pós-operatório, isto porque ao fazer a cirurgia bariátrica o sujeito era perpassado pela ilusão da magreza e do padrão de beleza e hoje, há mais de um ano após a cirurgia, o sujeito (re)produz que a certeza e o esperado são ilusões, são utópicos.

Ao pensarmos sobre esse padrão de beleza, Schilder (2000, p. 190) compreende que “expandimos e contraímos o modelo postural do corpo, retiramos e adicionamos partes,

reconstruímo-lo; misturamos os detalhes; criamos novos detalhes; fazemos isto com nosso corpo e com sua própria expressão”, com isso, analisamos que o sujeito que busca a cirurgia bariátrica como recurso de estética, busca recriar seu corpo, um outro corpo, de modo que mesmo com a cirurgia para redução da gordura abdominal, o sujeito-bariatrizado, continua buscando essa reconstrução, depois da bariátrica, com a plástica, como indica o recorte 37 do Sujeito D.

No recorte 37, podemos perceber que o Sujeito D materializa sentidos sobre estética, tanto que é bem enfático nas respostas das questões 1 e 7: “Estética” e “Era emagrecer”, entretanto, na resposta da questão 8, assim como os Sujeitos J e N que partilham da formação discursiva sobre saúde, o Sujeito D, que partilha da formação discursiva sobre estética, também faz menção ao adjetivo ‘melhor’, em: “Agora ficou bem melhor só a perna que eu queria fazer plástica”, o que nos permite interpretar que para o sujeito-obeso, no campo da saúde e/ou da estética, só se é/está (bem) melhor se não estiver na condição de obeso. Além disso, o Sujeito D também materializa sua insatisfação com seu corpo quando se refere à cirurgia plástica que gostaria de fazer na perna devido ao excesso de pele ocasionado pelo emagrecimento depois da cirurgia bariátrica. Assim, o Sujeito D deixa marcas de subjetividade em seu discurso ao usar o adjetivo ‘melhor’, considerando que não se considerava bom enquanto sujeito-obeso, e ao marcar sua insatisfação corporal mesmo já tendo realizado a cirurgia bariátrica.

Sobre essa insatisfação corporal, compreendemos, com base no discurso do Sujeito D, que ficam evidenciados sentidos de cirurgia, contudo, não mais apenas a cirurgia bariátrica, mas, agora, após esse procedimento cirúrgico, há a necessidade e/ou vontade de outras cirurgias, no caso do Sujeito D, há o desejo de realizar a cirurgia nas pernas. Sobre as cirurgias plásticas, Courtine (2011, p. 338-339) explica:

Mas é principalmente a arte de eliminar as deformidades “leves” que está conhecendo uma expansão inédita. Já passou efetivamente o tempo em que a cirurgia plástica se contentava em ir corrigir as imperfeições corporais. Em certas formas de subculturas, particularmente difundidas no Sul da Califórnia, a intervenção cirúrgica ameaça torna-se um rito de passagem das jovens à idade adulta, que seja necessário ou não. Essas modalidades pós-modernas de preocupação consigo, promovidas pelas lógicas da indústria da renovação corporal, tendem a universalizar-se. E há mais ainda: a cirurgia estética e a sua clientela *inventam* um sem-número de imperfeições à espera do bisturi, reescrevem a norma corporal injetando nela sem cessar novas “deformidades”.

Desta forma, compreendemos que a cirurgia plástica passa a fazer parte do ‘pacote de cirurgias’ a que o sujeito-bariatrizado se submete, de modo que ‘deformidades’ passam a surgir conforme o olhar da sua ‘clientela’, da clientela bariatrizada, um olhar que dá

autonomia para o sujeito-bariatrizado decidir se precisa, ou não, de outra cirurgia, de um outro olhar, como indica Moulin (2008, p. 81-82) de gestão corporal:

Os progressos da medicina desencadearam uma aventura menos espetacular que as viagens interplanetárias, mas igualmente portadora de questões sobre um futuro que se deve proteger e antecipar. Idealmente, o conhecimento preciso pelo indivíduo de suas potencialidades genéticas poderia um dia permitir-lhe modificar o seu estilo de vida e reescrever o próprio destino. Por conseguinte, vai aumentar a responsabilidade do indivíduo em face do próprio corpo. Em uma derradeira etapa, completamente pós-moderna, o indivíduo, assumindo o conhecimento íntimo de seu corpo próprio, poderia assegurar totalmente a gestão desse corpo e realizar o projeto utópico formulado por Descartes: cada um vai ser o médico de si mesmo.

Assim, entendemos que não é possível gerir um corpo ou ter autonomia sobre ele sem haver a filiação a alguma formação discursiva, seja a da estética ou a do discurso médico, pois a escolha pela cirurgia bariátrica e/ou pelas cirurgias plásticas está atravessada de sentidos de emagrecimento e sentidos de incompletude, como veremos na seção a seguir.

4.3 Saúde e estética na cirurgia bariátrica: o invisível visível

No contexto da contemporaneidade, dentro do discurso médico, os sujeitos se submetem a mudanças corporais com o imaginário de que são livres para suas escolhas, porém Marzano-Parisoli (2004, p. 59) indica que essa submissão leva o sujeito da autonomia à docilidade:

O fato de o corpo ser sujeito à lógica do paradigma *controle/consumo* leva portanto a uma práxis que exalta o sujeito individual como sujeito autônomo e livre que pode decidir sobre sua vida como quer e que, ao mesmo tempo, institui as regras da economia e da sociedade em regras de conduta privilegiadas, transformando os indivíduos em corpos dóceis e impotentes.

Entendemos, então, que o sujeito contemporâneo parte da noção de autonomia ao se submeter a regimes ou intervenções cirúrgicas, para estética ou para saúde, mas na verdade, ele está se submetendo a um corpo dócil (Foucault, 1975/2012), ou seja, o corpo que se submete à regra do outro, seja esse outro a sociedade, o discurso (pre)dominante e/ou o discurso médico. Podemos entender que esse corpo dócil pode ser atravessado por dois discursos da modernidade líquida, o da estética e o da saúde, mesmo que um justifique ou silencie o outro, o que possibilita a presença de diferentes formações discursivas nos discursos de sujeitos-bariatrizados, como indicam os recortes a seguir:

Recorte (38) Sujeito E:

(Resposta da questão 1) Saúde, dores nas pernas, esporão nos pés dores nas costas, diabetes, gastrite, depressão, e muito desânimo.

(Resposta da questão 7) Eu não via a hora de fazer meu serviço de casa e colocar calça jeans, roupas justas.

(Resposta da questão 8) Hoje eu vejo que sou magra.

Recorte (39) Sujeito F:

(Resposta da questão 1) Estética e saúde.

(Resposta da questão 7) Eram as melhores possíveis, pois eu estava muito feliz, apesar das limitações, era o que eu queria para mudar de vida.

(Resposta da questão 8) Eu me vejo muito bonita e realizada.

Recorte (40) Sujeito G:

(Resposta da questão 1) Joelhos e sofria muito buli.

(Resposta da questão 7) Principal motivo foi para locomoção, rapidez no trabalho do dia-a-dia.

(Resposta da questão 8) Em vista do 56kg eliminado está perfeito, só o que a me desagrada foi o 2º corte da cirurgia de urgência.

Recorte (41) Sujeito H:

(Resposta da questão 1) Principalmente saúde.

(Resposta da questão 7) acho que ia ser mais fácil a reabilitação.

(Resposta da questão 8) Estou satisfeita com a cirurgia so os seis que não.

Recorte (42) Sujeito L:

(Resposta da questão 1) Problemas de saúde: complexo de obsessão.

(Resposta da questão 7) Era para emagrecimento me sentir melhor.

(Resposta da questão 8) Ótima auto estima.

Recorte (43) Sujeito M:

(Resposta da questão 1) Não conseguia encontrar uma roupa que me servisse, não conseguia andar um quarteirão sem sentir falta de ar e não estava feliz com meu corpo.

(Resposta da questão 7) Consegui sair dos 111kg e chegar nos 66kg.

(Resposta da questão 8) Vejo um corpo bonito cheio de curvas mais, com uma barriga (avental) que me incomoda. (Vou fazer abdomem na próxima semana).

Hoje compro as rou que gosto, sempre encontro e se não me cabe (fica um pouco apertada), trago e dou um jeito de fazê-la entrar.

Pelos recortes 38, 39, 40, 41, 42 e 43, é possível observar que os Sujeitos E, F, G, H, L e M materializam sentidos sobre saúde ao responderem a questão 1, o que os faz partilharem da formação ideológica do discurso médico, entretanto, os mesmos sujeitos deslizam para outra formação discursiva ao tratarem sobre estética quando respondem às questões 7 e 8, sendo assim, podemos interpretar que esses sujeitos se filiam a duas formações ideológicas, devido ao fato de serem afetados pelos discursos dominantes de ambas. Ou seja, para a Análise de Discurso, o sujeito não partilha de uma única formação ideológica, no seu discurso pode haver o imbricamento de outras, pois, como aponta Orlandi (2001, p. 43) “Tudo o que dizemos tem, pois, um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos”.

No recorte 38, podemos perceber que o Sujeito E silencia seu dizer de acordo com a posição sujeito em que está inserido, de modo que, enquanto sujeito-obeso, materializa sentidos sobre saúde como causa para realizar a cirurgia bariátrica, como indica a resposta da questão 1, em que há listada uma série de problemas encontrados em seu corpo, no entanto, o mesmo sujeito muda o seu discurso para a formação discursiva da estética quando lhe é perguntado sobre como ele vê a imagem do seu corpo, a resposta dada é “Hoje eu vejo que sou magra”, se pensássemos a distinção obesidade e magreza, antes e após a cirurgia, esse sujeito se manteria na formação discursiva da saúde, pois, em um sentido literal, estaria comparando ‘seus corpos’, porém, se levarmos em consideração a resposta da questão 7, dada por esse mesmo sujeito, “Eu não via a hora de fazer meu serviço de casa e colocar calça jeans, roupas justas”, interpretamos que se a expectativa desse sujeito era usar calça jeans e roupas justas, seu discurso partilha de sentidos da estética, pois os termos ‘calça’, ‘jeans’, ‘roupas’ e ‘justas’ são predominantes nos discursos sobre moda, desfiles, tendências, e não nos discursos que tratam sobre saúde. Além disso, sobre a maneira como o sujeito vê seu corpo após a cirurgia, o Sujeito E materializa que “Hoje vejo que sou magra”, neste discurso, podemos interpretar que existem escapes discursivos, isto porque os sentidos derivam: o Sujeito E não era magro ou não se via magro? Nesse ínterim, o corpo do Sujeito E torna-se força útil, pois, como indica Foucault (1975/2012, p. 29) “o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso”, de maneira que o Sujeito E submete-se aos padrões da estética para sentir-se produtivo, a produção está materializada quando afirma que “não via a hora de fazer meu serviço de casa”.

Além disso, também observamos que os Sujeitos F, H e M materializam diferentes formações discursivas quando se referem, nas respostas da questão 1, sobre estética e saúde, de maneira que os motivos que os levaram a realizar a cirurgia bariátrica perpassam pelas duas formações ideológicas, ou seja, esses sujeitos se submetem à ordem médica, a que classifica o corpo conforme a tabela de IMC, e à ordem social, a que considera o corpo magro como padrão de beleza. Contudo, quando os Sujeitos F, H e M vão responder sobre suas expectativas e sobre a imagem do corpo no pós-operatório, os sentidos de saúde são silenciados, apenas materializam os sentidos sobre estética, como “satisfeita”, “realizada”, “cheia de curvas”. Por outro lado, os Sujeitos H e M também indicam marcas de insatisfação, mas ainda com relação à estética corporal, quando se referem à flacidez dos seios e barriga devido ao rápido emagrecimento: (Sujeitos H) “Estou satisfeita com a cirurgia só com os seios que não” e “Vejo um corpo bonito cheio de curvas, mas com uma barriga (avental) que me incomoda”, o que nos permite retomar o conceito de sujeito-pele de (Milanez, 2015), pois

essa insatisfação ocorre dentro desse espaço (da pele), ou seja, para o autor, é a pele que materializa e representa o sujeito.

Sobre essa relação do sujeito com sua pele, entendemos que a pele emoldura o excesso de gordura, ou seja, emoldura e denuncia a obesidade, entretanto, quando essa gordura deixa de existir através da redução de estômago a pele continua a incomodar, tem-se um excesso de pele que marca, deixa vestígios de um corpo obeso, rememora a obesidade. Azevedo (2017 p. 1819) também trata sobre o vestígio no corpo, mas pensando pelo viés da cicatriz, para a autora a “Cicatriz como marca de um acontecimento que abandona o lugar da indiferença, recusa um domínio de insignificância ao fazer ecoar uma prática de violência de gênero inscrita em uma memória discursiva”. Nesse sentido, entendemos que assim como a cicatriz ecoa, o excesso de pele após a cirurgia bariátrica também faz ecoar o corpo obeso, por esse motivo que a satisfação dos Sujeitos H e M somente ocorrerá quando essa pele não mais os inscrever ou reviver pela memória discursiva a posição sujeito-obeso.

Nos recortes 38, 39, 41 e 43, entendemos que os Sujeitos E, F, H e M se filiam ao discurso da estética, pois o Sujeito E marca sua ansiedade pelo uso de roupas justas e calça jeans, o Sujeito F marca sobre o fato de estar bonita, como se na obesidade não fosse possível a beleza, o Sujeito H materializa sua insatisfação com os seios e o Sujeito M remete a curvas, roupas e sobre a sua ansiedade pela abdominoplastia. Todos esses discursos materializam sentidos do discurso erótico, da sensualidade, deixando marcas de subjetividade dos sujeitos em relação aos seus corpos, uma relação de insatisfação que só é ‘corrigida’ mediante outro(s) procedimento(s) cirúrgico(s): a cirurgia plástica.

Há ainda, outra marca discursiva materializada pelo Sujeito M em relação ao seu corpo em: “Hoje compro as rou que gosto, sempre encontro e se não me cabe (fica um pouco apertada), trago e dou um jeito de fazê-la entrar”, a partir deste discurso interpretamos que há uma relação de identificação deste corpo ‘novo’ com as roupas que o sujeito compra, isto porque, o corpo bariátrico é um corpo cortado, que possui um estômago apertado, esses sentidos podem ser interpretados quando o Sujeito M usa a palavra ‘rou’, a palavra roupa que está cortada e que para ser usada também fica apertada neste corpo, todavia, é a roupa que o Sujeito M gosta, é a roupa que ele faz entrar, assim como é esse corpo cirurgiado que ele gosta, pois antes da cirurgia esse sujeito usava um corpo e roupas que não gostava.

Nos recortes 40 e 42, os Sujeitos G e L materializam que optaram pela cirurgia por motivos de saúde, mas ao tratarem sobre bullying e complexo de obesidade, interpretamos que se trata do discurso da estética, pois entendemos que são práticas sociais que classificam o outro quanto a um padrão específico. O que nos chama a atenção é que nas questões 1, 7 e 8

os sujeitos apenas dão indícios desse incômodo, entretanto, ao fazermos uma comparação das respostas de todos os sujeitos entrevistados, pudemos interpretar que na questão 2¹⁷ esse desconforto mais uma vez é materializado, pois foi perguntado quais discursos ou pessoas contribuíram para a escolha pela cirurgia, os Sujeitos A, B, C, D, E, F, H, I, J, K, M e N responderam que “médicos”, “amigos”, “familiares”, “artigos científicos”, “relatos de internet”, dentre outros, diferente do que os Sujeitos G e L materializaram, ambos responderam que fizeram a cirurgia por “vontade própria”. Conforme indica Moulin (2008, p. 53): “A solidão é o mal do século, solidão dos doentes, solidão dos operados, dos moribundos, daqueles a quem de ora em diante compete decidir sobre a sorte de um corpo que não se assemelha a nenhum outro”, desta forma, interpretamos que a solidão contribui para que o sujeito decida pela modificação corporal, sendo assim, nesse viés, a solidão do obeso devido à exclusão, sua ou do outro, pelo complexo de obesidade ou pelo bullying, contribui para a decisão, contribuem para a ‘vontade própria’ de realizar a cirurgia bariátrica.

Pensando a materialidade desses discursos, podemos compreender o quanto o discurso médico, na modernidade líquida, atravessa, afeta e contribui para que o sujeito opte pela cirurgia bariátrica, de maneira que os sujeitos são interpelados pelos discursos dominantes sobre saúde, mas quando pensam sobre a expectativa de seus corpos é a formação ideológica da estética que é partilhada, desta forma, entendemos que os sentidos de corpo são construídos conforme perpassam pelos sentidos de estética e saúde.

4.4 O olhar de si e do outro

Como vimos, existe uma influência dominante nos discursos da medicina e da estética que contribuem para a exclusão do sujeito-obeso, então, optamos por analisar se socialmente esses discursos sobre preconceito são materializados, de maneira que, ao perguntarmos sobre os motivos que os levaram ao procedimento cirúrgico para emagrecimento, eles relataram diversas intenções, que organizamos em três entradas discursivas: a) motivos relacionados à saúde: excesso de peso, pressão alta, dificuldades de locomoção, falta de ar, hipertensão, (pré)diabetes, dores nos joelhos e pernas, esporão nos pés, dores nas costas, gastrite, desânimo, problemas com coração; b) motivos relacionados à estética: ‘entrar’ nas roupas, infelicidade com o corpo, complexo de obesidade, bullying, certeza de ficar magra; c) outros motivos: autoestima e depressão.

¹⁷ 2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Com esses discursos, percebemos que o emagrecimento está ligado a sentidos que circulam sobre a saúde e sobre a estética, mas o que chama a atenção são termos como bullying, que confirmam os sentidos de preconceito na sociedade; ao discursivizar sobre autoestima e depressão, os sujeitos colocam em curso as feridas que a obesidade pode provocar na vida psicológica de quem é ou se considera obeso.

Assim, ao pensarmos sobre como o corpo obeso pode atravessar diferentes sentidos e também apresentar/sofrer relações de poder, nessa relação com o simbólico e com o político, o corpo ganha interpretações por meio do olhar, como explica Hashiguti (2008, p. 02):

O corpo sempre está presente na identificação como marca do sujeito, como o próprio sujeito. Por ele, se é monstro, humano, deficiente ou normal, na história. O que o desloca de uma posição para outra são os discursos e os olhares que eles possibilitam as políticas sociais que se constituem como seus efeitos e que o organizam no espaço.

Na perspectiva do olhar sobre o outro, podemos compreender as relações de poder, de modo que o bullying pode ser considerado uma forma de olhar que julga e incentiva o preconceito social. Haroche (2008, p. 153) entende que “hoje as massas se desenvolvem por intermédio de um fator comum apoiado na visão”, assim, compreendemos que o desenvolvimento social ocorre mediante olhares (pré)estabelecidos, muitas vezes, para agradar aquele que lhe vê: a sociedade, o praticante de bullying, o discurso médico. A autora ainda menciona que

o olhar supõe e permite o exercício tanto de um olhar para si mesmo quanto de um olhar para os outros, um olhar a um só tempo interior e exterior que depende e participa de um olhar social, elemento e condição da auto-estima, da dignidade de todo indivíduo. Trata-se de características que fazem dele uma das condições e dos objetivos da democracia. (idem, 2008, p. 148)

Seguindo esse percurso, compreendemos que o sujeito-obeso se relaciona com seu corpo através da relação que este tem com os sentidos que circulam sobre obesidade (sentidos que circulam na sociedade líquida e no discurso médico) e, também, com o olhar que se atribui ou lhe é atribuído. Desta forma, podemos interpretar quais sentidos de olhar estão presentes nos discursos dos sujeitos entrevistados ao responderem sobre como veem seu corpo após a cirurgia bariátrica:

Sujeitos E, D: Magro,

Sujeitos A, C, I, J, K, L, N: Saudável.

Sujeito F, G, H, M: Muito bonita, perfeito, cheio de curvas.

Sujeito B: mutilado.

Mediante a materialidade discursiva dos sujeitos entrevistados, compreendemos que o sentido dominante se refere à saúde, tendo em vista que sete pacientes fizeram menção a esse olhar sobre corpo saudável. Há ainda outros discursos que podemos também considerar como dominantes que são os que se referem à estética, pois tratam sobre magreza, estar bonito, com curvas, tendo em vista que foram seis pacientes que mencionaram essa relação com seus corpos.

Outro sentido discursivizado é o olhar dado sobre o corpo mutilado, compreendemos esse olhar com referência ao procedimento cirúrgico, pois este pode ocorrer por meio do corte, desvio ou cingir do estômago. Conforme dados da SBCBM, independentemente do procedimento, ambos restringem a alimentação do cirurgiado; portanto, entendemos que a mutilação também está relacionada às restrições alimentares que o paciente passa a se submeter. Podemos interpretar, ainda, que esse sentido de mutilação pode referir-se à ‘perda’ de parte de seu corpo, corpo este que identificava o sujeito e, hoje, por meio dessa mutilação, provoca outra (des)identificação, insere o sujeito em outra posição discursiva, sujeito a outros olhares. Sobre essa desidentificação, Pêcheux (1975/2009, p. 201-202) compreende que ela “constitui um *trabalho* (transformação-deslocamento) da *forma-sujeito* e não sua pura e simples *anulação*”¹⁸, ou seja, ao passar pelo procedimento cirúrgico, o sujeito não anula a posição-sujeito obeso para assumir a posição sujeito-mutilado ou sujeito-magro. O que acontece é um deslocamento, uma nova identificação, é a filiação a uma outra formação discursiva que a qualquer momento pode retomar a anterior, basta haver a identificação do sujeito com uma dada posição discursiva.

Além de apontar o olhar de si ou do outro após a cirurgia, nas entrevistas, os sujeitos também indicam olhares de preconceito já vivenciados. Sobre essa questão Haroche (2008, p.15-16) explicita que

a individualidade *desengajada* se constitui como a contrapartida do incremento da *desigualdade*, da *injustiça* e da *indiferença* [...] a categoria ética de *respeito* perde importância com a naturalização da *humilhação* e a constituição de sujeitos marcados pela *insignificância*¹⁹.

Sendo assim, muitas vezes, para o sujeito-obeso, viver em sociedade significa fazer com que ele se sinta, conforme indica Haroche, insignificante, tendo em vista as situações em que o olhar sobre si e do outro partilham de sentidos dominantes que remetem ao preconceito. Ao perguntar sobre o preconceito na sociedade, os seguintes sentidos foram produzidos:

¹⁸ Grifos do autor.

¹⁹ Grifos da autora.

Recorte (44) Sujeito B:

Existe muito preconceito a pessoa gorda e ponto de referência e um dia fui a uma loja e a vendedora disse não temos roupa pra seu tamanho.

Recorte (45) Sujeito C:

Proporciona, pois existe muito preconceito também contra o obeso e o fato de emagrecer ajuda a pessoa a se relacionar melhor no trabalho e na vida social. As pessoas opinam muito sobre o que devemos comer e continuam cobrando atitudes de regime eterno.

Recorte (46) Sujeito D:

Eu tinha vergonha de sair e de ficar com as outras pessoas.

Recorte (47) Sujeito H:

Eu tinha muito preconceito no trabalho e com a família meu cunhado.

Recorte (48) Sujeito M:

Antes eu não sentava nas cadeiras dos bancos pois eu não cabia, também não aceitava entrar em lojas de tamanhos grandes pois sempre achei uma discriminação ter lojas para gordos e lojas para magros é como se precisasse ter loja para negros e brancos separados.

Recorte (49) Sujeito N:

O obeso é visto como um monstro para muitas pessoas pois a discriminação.

Mediante essas materializações, interpretamos que o preconceito contra o sujeito-obeso ocorre dentro da família, no mercado de trabalho, no simples fato de ele comprar uma roupa ou ainda ir ao banco. O que chama a atenção nos discursos é o olhar que o sujeito-obeso se atribui ao considerar-se ponto de referência, como se o seu excesso de peso provocasse, sempre, um excesso de olhares, o que lhe causa vergonha de estar com outras pessoas.

Outro discurso que consideramos pertinente foi o do Sujeito M ao comparar a existência de lojas distintas para pessoas magras e obesas, para marcar a sua posição contrária a isso, que ele considera discriminação. Ao tratar dessa questão, o sujeito faz alusão a outra forma de preconceito, o racial, e pelo uso do modo subjuntivo do verbo precisar

(“precisasse”) para criticar a hipótese de uma sociedade que naturalize as (re)partições de grupos sociais, no caso, ele critica a suposta existência de lojas para brancos e negros. Assim, analisamos que a sensação de mal estar devido ao ato preconceituoso sofrido ocorre e é silenciada, pois o sujeito-obeso não tem voz para se defender, assim como ocorre com tantos outros diferentes preconceitos sociais. Esta analogia entre preconceitos também está presente no texto *Hold the slurs – fat is not a four- letter Word* (1990, citado por Courtine, 2011, p. 336)

Com a diminuição das formas explícitas de racismo, a segregação por causa do peso [*sizism*], os preconceitos contra os obesos escondem a hedionda cabeça para e tornarem a forma mais aceitável e a mais comercializável de discriminação no mundo ocidental. A segregação por causa do peso se assemelha às ideologias e aos métodos de discriminação racial utilizadas nos Estados Unidos em um passado recente [...] Os obesos são quase sempre tão machucados por serem tratados como gordos quanto os negros o eram quando tratados de negros.

O olhar da discriminação também está presente no recorte 49, o Sujeito N materializou sentidos sobre discriminação, como se não bastasse isso, afirma ainda que a discriminação ocorre, pois a figura do obeso é comparada/considerada como um monstro na sociedade. Sobre essa relação de monstro e a sociedade, Courtine (2013, p. 87) explica que “Os tratados de monstros, prodígios e maravilhas da natureza, que registram formas longínquas de curiosidade, trazem assim, à memória, a existência, desde a época mais remota, um espetáculo e um comércio episódico da monstruosidade”. Desta forma, compreendemos que o conceito de monstro traz à tona a espetacularização antes ocorrida com pessoas consideradas ‘curiosidades’, hoje ocorrendo com os sujeitos obesos. O autor ainda salienta que

o que define o monstro é, antes de tudo, ele ser “contranatural” e “fora da lei”. Disso resulta uma história particular do olhar que foi pousado sobre a deformidade, feita inteiramente de exames minuciosos, de observação densa, de discernimento metódico no espaço da ciência: mas também de categorizações, de vigilância e de controle da lei e dos dispositivos que a materializam: a história de um olhar fixo, denso de seriedade, destinado à utilidade, preocupado em restabelecer a ordem na grande desordem da natureza e do direito encarnado pelo monstro. (Courtine, 2013, p. 113)

Isto posto, compreendemos que a sensação de ser ‘monstro’, colocada pelo paciente N, aponta para a evidenciação da obesidade, tendo em vista que o olhar social, como indicou Courtine (2013) é fixado na deformidade, no caso do sujeito-obeso, nas suas medidas, peso e aparência. Além disso, esse olhar ocorre também para servir como vigilância e controle desses considerados monstros a fim de se estabelecerem condutas que eles podem ou não ter, como tentativa de controle social. Esses conceitos de vigilância e controle também foram materializados no *corpus*:

Recorte (50) Sujeito C:

As pessoas opinam muito sobre o que devemos comer e continuam cobrando atitudes de regime eterno.

Recorte (51) Sujeito J:

Para mim a sociedade tem preconceito com o obeso e com o cirurgiado, pois cobrão quando vc é obso e pensam que vc não pode se alimentar bem e de coisas boas acham que devemos comer uma vez ao dia.

Mediante esses discursos, interpretamos que a vigilância e o controle ocorrem com o sujeito-obeso e, também, com o sujeito que emagreceu, mas o controle com este ainda ocorre devido ao emagrecimento ter ocorrido através da cirurgia bariátrica. Assim, entendemos que a vigilância e o controle estão diretamente ligados à alimentação e ao regime desses sujeitos, trata-se de um “jogo ininterrupto dos olhares calculados” (Foucault, 1975/2012, p. 170), isto porque muitos sentidos sobre obesidade e bariátrica são considerados dominantes, principalmente, no que se refere à quantidade de alimentações diárias, desta forma, ininterruptamente o sujeito-obeso passa por vigilância, porém, agora, por ser bariatrizado.

No contexto da contemporaneidade, os discursos médicos, os sentidos dominantes e os olhares de controle contribuem para a estagnação dos sentidos de emagrecimento para beleza e saúde. Para Marzano-Parisoli (2004, p. 35) existe um determinado tipo de corpo para o campo da estética:

A imagem contemporânea da beleza ideal oscila entre o modelo minimalista dos manequins e o modelo atlético dos *bodybuilders*²⁰. Dois ideais que poderíamos julgar diferentes, mas que, na realidade, estão unidos no combate contra um único inimigo: a obesidade, a moleza e o relaxamento.

A autora (idem, 2004, p. 66) também descreve o corpo sob a concepção da medicina:

O objeto “corpo” do discurso médico, o corpo são e/ou doente, é construído a partir de uma concepção anatomofisiológica que faz do ser corporal da pessoa uma simples estrutura modelizável: um corpo cujos processos podem ser compreendidos a partir de análises médico-científicas muito sofisticadas, cujos padrões psicofísicos são frequentemente estabelecidos a partir de uma definição ideológica da normalidade e cujas diferenças em relação dos modelos propostos são quase sempre interpretadas como imperfeições a corrigir e desvios a desaprovar.

Com base nessas duas concepções da autora, podemos entender que o corpo contemporâneo, dentro do discurso da estética ou médico, é colocado dentro de padrões, seja no padrão do manequim, no padrão do atlético ou no padrão da anatomia, o corpo é sempre

²⁰ Grifos da autora.

objeto de classificação, consideramos, portanto, que é essa classificação que favorece que sentidos sobre saúde e beleza ganhem cada vez mais estagnação dentro dos aparelhos ideológicos de Estado.

É considerando esses discursos de saúde e beleza, interpelados pelas formações ideológicas do discurso médico, que o sujeito assume diferentes posições de sujeito. Nos recortes, podiam ser vistos: “sujeito-obeso”, “sujeito-bonito”, “sujeito-magro”, “sujeito-melhor”, “sujeito-bem melhor”, “sujeito-doente”, entendemos que todas essas posições só eram assumidas após o sujeito estabelecer uma relação com o seu corpo, portanto, consideramos que primeiro há a construção de sentidos sobre seu corpo pelo sujeito, após essa relação, dentro das condições sócio-históricas, nesse caso a modernidade líquida, o sujeito partilha de formações ideológicas, de sentidos que circulam, para que possa se assumir enquanto sujeito de seu dizer: “obeso”, “magro”, “melhor”, “normal”.

Para uma melhor análise sobre essa questão corporal, consideraremos os aspectos da tridimensionalidade trazidos por Schilder e explicados por Scatolin (2012, p. 120):

Assim, a partir da obra de Schilder, é necessário ressaltar que uma discussão da imagem corporal como entidade isolada é necessariamente incompleta. Um corpo é sempre a expressão de uma personalidade, e está inserido em um mundo. Mesmo uma resposta preliminar ao problema do corpo não pode ser dada, a menos que tentemos uma resposta preliminar sobre a personalidade e o mundo. Ou seja, para um estudo da imagem corporal, qualquer pesquisador deverá relevar os aspectos psicológicos, fisiológicos e sociológicos da imagem corporal; ou seja, a sua tridimensionalidade.

Neste trabalho, a tridimensionalidade foi abordada junto à teoria da Análise do Discurso, com isso, entendemos que os aspectos que constituem a tridimensionalidade são analisados discursivamente, de modo que o que nos interessa é como o sujeito coloca em discurso aquilo que o afeta; a imagem que constrói de seu corpo e de um corpo discursivizado como perfeito e como ele é afetado sócio-historicamente por esse contexto. Então, o psicológico pode ser analisado por meio das marcas linguísticas que indiciam os processos de subjetivação do sujeito, por exemplo, quando os sujeitos se diziam “determinado”, “melhor”, “normal”, “bonita”, essas marcas de subjetividade são consideradas marcas da relação de si com a expectativa do outro (Coracini, 2007).

O fisiológico pode ser visto pela maneira como o corpo é materializado nos discursos dos sujeitos entrevistados: “dores”, “pressão alta”, “diabetes”, entendemos que são discursivizados sentidos sobre o mau funcionamento do organismo enquanto sujeito-obeso, sentidos estes que marcam a relação do sujeito com seu corpo. Já o terceiro aspecto da tridimensionalidade, o sociológico, pode ser observado de acordo com os discursos dominantes da contemporaneidade sobre cirurgia bariátrica que permeiam os discursos dos

sujeitos entrevistados. Nesse ínterim, entendemos que pensar os aspectos da tridimensionalidade contribui para compreender o corpo líquido, pois esse corpo é construído através da imagem que o sujeito faz dele (de si) e do corpo ideal, de modo que o corpo líquido é atravessado pelos sentidos dominantes (aspecto sociológico), representado quanto ao seu funcionamento, permitindo que seja classificado dentro ou fora de um padrão (fisiológico, biológico, estético) e ainda deixa indícios de seu processo de subjetivação (psicológico).

Portanto, os sujeitos entrevistados fazem menção a este corpo líquido, pois são afetados pelos discursos da estética e da medicina, submetem-se a um procedimento cirúrgico para serem colocados dentro de padrões (do IMC ou da beleza) e deixam marcas da relação de si com seu corpo, tendo o olhar de si e do outro como referência em relação ao sucesso ou fracasso da cirurgia, como pode ser visto quando foram materializadas a sensação de inclusão social e a sensação de corpo mutilado.

Observamos nos recortes que os sujeitos entrevistados se filiam à formação ideológica da medicina e, também, eles se filiam à formação ideológica da estética, mesmo quando colocam em discurso sentidos de uma saúde melhor. Isso ocorre quando os sujeitos materializam, nas respostas da questão 3²¹, os métodos de emagrecimento já utilizados, sendo:

Recorte (52) Sujeito A:

Todas as dietas possíveis. Passei pelo efeito sanfona desde de criança. Tomei todo o tipo de medicação existente.

Recorte (53) Sujeito C:

Ginástica, reeducação alimentar e regimes miraculosos.

Recorte (54) Sujeito D:

Regime e Remedio.

Recorte (55) Sujeito E:

Tomei bastante remédio para emagrecer, só que tinha efeito sanfona.

Recorte (56) Sujeito F:

Vários, já tomei vários remédios e dietas milagrosas.

Recorte (57) Sujeito G:

Muitos remédios p/ emagrecer.

Recorte (58) Sujeito H:

²¹ 3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

todos até remédios targa preta.

Recorte (59) Sujeito J:

Medicação, regimes (todos tipos), caminhada, etc.

Recorte (60) Sujeito L:

Varios regimes. Remedios para emagrecer.

Recorte (61) Sujeito M:

Dieta, remédios, ginásticas, shakes.

Recorte (62) Sujeito N:

Todos os possiveis e imaginaveis.

Podemos interpretar que todos esses discursos partilham da formação ideológica da estética, pois fazem menção à “dieta”, “medicação”, “regimes”, “exercícios”, além disso, consideramos que as escolhas pelo modo de emagrecimento podem ser consideradas polissêmicas. Sobre essa polissemia, Orlandi (2002, p. 25-26) explica que “o mesmo objeto é afetado por dois (e pode haver mais) movimentos de sentido. Isto é a polissemia: é a simultaneidade de movimentos distintos de sentido no mesmo objeto simbólico”. O que a autora chama de objeto simbólico entendemos como o corpo do sujeito nessa pesquisa, ou seja, o sujeito submete seu corpo a escolhas e sentidos polissêmicos de emagrecimento para atingir um determinado padrão, o da beleza ou da saúde (IMC), independentemente, do processo polissêmico a finalidade desse processo se dá na paráfrase, tendo em vista que tentam chegar ao mesmo fim, ao emagrecimento.

Como visto nos recortes, o corpo obeso muitas vezes é atravessado pelos sentidos de exclusão social e de si, do anormal e do olhar disciplinador, esses colaboram para que os corpos diferentes sejam cada vez mais olhados e o corpo homogêneo mais almejado, essas contradição de corpo heterogêneo e homogêneo é compreendida a partir da ideia de diferença e uniformidade de Courtine (2011, p. 337):

A multiplicação das diferenças pode eclipsar a diferença. Nossas sociedades, dado o seu caráter democrático, pedem igualdade; sendo, no entanto, sociedades de massa, buscam a uniformidade. Essa é a tensão que hoje perpassa as percepções, as representações, a experiência vivida no corpo anormal.

Desta maneira, interpretamos que a cirurgia bariátrica contribui para essa concepção de diferença e uniformidade dos corpos, pois, a partir do discurso médico, aquele que possui o saber que autoriza esse procedimento, o corpo obeso passa pelo olhar médico que caracteriza e indica o sujeito à cirurgia mediante um olhar calculador, o da tabela do IMC, tabela esta que

não dá conta da subjetividade do sujeito e tenta construir o corpo homogêneo. Além disso, para a existência dessa uniformidade dos corpos surge uma contradição: o peso *versus* a pele, de modo que o peso precisa do corte para torna-se peso padrão, consequentemente, após o corte da cirurgia bariátrica, surge a o excesso de pele devido ao rápido emagrecimento, é essa pele que indicia, mostra e denuncia que o corte bariátrico não deu conta de uniformizar o corpo, deste modo, é preciso outra cirurgia. Sobre esse corte corporal, Žizek (2003, p. 24) explica:

O ato de se cortar pode ser comparado, em si, às inscrições tatuadas no corpo, que simbolizam a inclusão daquela pessoa numa ordem simbólica (virtual) – o problema das pessoas que se cortam é exatamente o oposto, ou seja, a afirmação da própria realidade. Longe de ser uma atitude suicida, longe de indicar um desejo de auto aniquilação, o corte é uma tentativa radical de (re)dominar a realidade ou, o que é outro aspecto do mesmo fenômeno, basear firmemente o ego na realidade do corpo contra a angústia insuportável de sentir-se inexistente. Essas pessoas geralmente afirmam que, ao ver o sangue quente e vermelho correr do ferimento auto imposto, sentem-se novamente vivas, firmemente enraizadas na realidade. Dessa forma, apesar de ser evidentemente um fenômeno patológico, o corte é, ainda assim, uma tentativa patológica de recuperar algum tipo de normalidade, de evitar o total colapso psicótico.

Entendemos, portanto, que para não se sentir anormal, monstro ou inexistente dentro da sociedade líquida, os sujeitos-obesos, muitas vezes, submetem-se aos procedimentos cirúrgicos, como, por exemplo, a cirurgia bariátrica, pois o corte lhes simboliza a inclusão, no caso desta pesquisa, a inclusão é realizada com atestado, receita e indicação médica, sendo assim, uma inclusão de ordem médica, visto que esse é um discurso que não passa por questionamentos (Clavreul, 1978). Sobre essa relação do corpo com o corte, Moulin (2008, p. 57) é mais radical, para a autora, “A retirada dos membros de um cadáver evoca o despedaçamento”, ou seja, dentro do contexto da cirurgia bariátrica, ao retirar um pedaço, ou fazer o corte no estômago ou intestino, estamos tratando de sentidos do despedaçamento do corpo do sujeito-obeso que se submete a esses procedimentos como forma de satisfação e completude prometidos pelo discurso médico. Porém, o que acontece é que, como visto nos recortes da pesquisa, no pós-operatório, o discurso do sujeito bariatrizado materializa, denuncia, deixa marcas de um furo em relação à completude prometida pelo discurso médico, isto porque passam a ser necessárias para a satisfação do sujeito bariatrizado outras cirurgias, para se chegar a essa ilusória completude, deste modo, mais um despedaçamento, agora em outras partes do corpo: nas pernas, no abdômen, nos braços, nos seios, na pele.

UMA CONCLUSÃO QUE, OBVIAMENTE, NÃO DIZ TUDO...

Passeando (Fernando Botero, 2003)

meu corpo é um campo de batalha.
fiz do coração minha morada;
de minha pele, uma muralha.
nas mãos, revolução.
(Marcelo Caetano, 2013)

Baseando-nos na teoria da Análise do Discurso, que fundamenta esta pesquisa, sabemos que os sentidos não se fecham, não são completos, portanto, teceremos algumas considerações que observamos ao longo desta pesquisa.

A primeira consideração que fazemos é sobre os dois conceitos propostos pela pesquisa, sujeito (Pêcheux, 1975/2009) e subjetividade (Coracini, 2007). Após observação das análises, compreendemos que a subjetivação tanto do sujeito-bariátrico quanto do sujeito-bariatrizado está diretamente ligada à posição sujeito assumida pelo paciente antes e depois do procedimento cirúrgico: sujeito-obeso, sujeito-magro, sujeito-normal, sujeito-melhor, sujeito-mutilado, isto porque, de acordo com as condições sócio-históricas, e, com as formações ideológicas partilhadas pelo sujeito, este deixa sinais de como se sente em relação ao olhar de si e ao olhar do outro sobre o seu corpo.

Com base nos dados analisados, podemos interpretar que as marcas de subjetividade, ‘melhor’, ‘saudável’, ‘normal’, ‘excesso de peso’, (re)produzidas e partilhadas pelos sujeitos-bariatrizados estão filiadas às formações ideológicas do discurso da medicina. Entendemos, aqui, que, no contexto da modernidade líquida, o discurso da medicina exerce poder de interpelação nos sujeitos, contribuindo para o seu assujeitamento e para a (re)produção de sentidos pre(dominantes). Deste modo, ao considerarmos que para Althusser (1970) os Aparelhos Ideológicos de Estado são entendidos como um sistema de instituições que determinam e materializam a ideologia dominante, podemos considerar o discurso médico como um Aparelho Ideológico de Estado, visto que, conforme os estudos de Clavreul (1978), a ordem médica e o saber médico não passam por questionamentos, ou seja, determinam o que pode ser dito, institucionalizam a ideologia médica.

Além disso, podemos considerar ainda que, antes de o sujeito (re)produzir sentidos sobre saúde ou estética, ele se relaciona com seu corpo, por isso os sentidos produzidos acerca do corpo, da obesidade, do padrão de beleza do corpo afetam o sujeito candidato à cirurgia bariátrica. Sendo assim, o sujeito-obeso vê seu corpo sempre comparado a dois padrões: um padrão, o da medicina, que mede, pesa, calcula o IMC para considerá-lo apto à cirurgia ou não; o outro padrão, o da estética, que considera relevante as curvas, a magreza, os músculos. Sobre esses padrões corporais, entendemos que ambos são determinados pelo olhar que é dado ao sujeito, um olhar que é capaz de incluir ou excluir o sujeito, capaz de classificá-lo quanto aos padrões de normalidade vigentes na sociedade fluida. Nessa perspectiva, Courtine (2011, p. 332) aponta que “o anormal é questão de percepção, o estigma reside no olho de quem observa”, ou seja, enquanto os sentidos dominantes forem atravessados pela formação

ideológica da medicina e partilhar da formação discursiva do olhar médico (Foucault, 1980/2015), o corpo obeso continuará recebendo o estigma de anormal.

Nesta pesquisa, pudemos analisar os aspectos corporais: psicológico, fisiológico e sociológico no discurso dos sujeitos-bariatrizados, de modo que interpretamos que esta tridimensionalidade configura o corpo fluido, o corpo da modernidade líquida, pois o psicológico está relacionado às marcas de subjetividade que podem ser interpretadas nos discursos dos sujeitos, de maneira que estes estão vinculados à satisfação do sujeito quanto ao seu corpo e isso fica materializado ao tratarmos sobre o fisiológico, em que o sujeito também dá indícios do mau funcionamento do seu organismo, como quando materializa “dores”, “hipoglicemia”, “diabetes”. Por último, o sociológico pode ser observado nos discursos dos sujeitos onde há marcas de sentidos (pre)dominantes dos aparelhos ideológicos de Estado da medicina.

Sobre a relação do corpo com a saúde, entendemos que, na maioria das vezes, a (não)saúde é o motivo para realizar a cirurgia, que deve ocorrer por ordem médica; por outro lado, quando os sujeitos são questionados sobre a expectativa quanto ao procedimento cirúrgico, materializam sentidos sobre estética. Desta forma, entendemos que os sujeitos se filiam às duas formações discursivas, a da estética e a da saúde, e realizam a cirurgia, após o olhar médico, para atingir o padrão da medicina, que é determinado de acordo com a tabela do IMC, e o padrão da beleza que valoriza as curvas e o corpo magro.

Constatamos, ainda, que nos discursos dos sujeitos entrevistados, sujeitos que, em sua maioria, já não são mais considerados obesos, porém não se consideram dentro dos padrões esperados por si e pelos discursos dominantes da estética, podem ser observados sentidos produzidos, discursivamente, que tratam a cirurgia bariátrica como um caminho facilitador para se adquirir um corpo adequado, para a saúde e para a estética, isto porque os sujeitos entrevistados materializaram já terem tentado outras opções de emagrecimento, mas não foram bem sucedidas, de modo que, com o procedimento cirúrgico puderam emagrecer. Então, interpretamos que seja para atingir objetivos estéticos ou médicos, a cirurgia bariátrica é vista por esses sujeitos como um caminho que possibilitou o emagrecimento; entretanto, a partir de nossas análises, entendemos que esse procedimento não é suficiente para atingir o chamado padrão de beleza.

Nesse viés, retomamos a ideia de máscaras explicitadas por Clavreul (1978) no que se refere ao fato de a cirurgia bariátrica não ser suficiente para atingir um padrão corporal, pois a cada máscara retirada, outras surgirão. Além disso, ao considerarmos a modernidade líquida como o momento sócio-histórico em que esses discursos são produzidos, observamos que os

corpos e os padrões são fluidos, liquefazem-se, assim como as máscaras. Nesse cenário, a cirurgia bariátrica nos indicia um lugar de incompletude do corpo, já que outros corpos, padrões e máscaras emergem.

Sobre essa relação de completude e cirurgia bariátrica, entendemos que se trata de um discurso (pre)dominante que se filia à formação ideológica do discurso médico, assim como pôde ser observado nos discursos dos sujeitos entrevistados, quando materializam a expectativa com a cirurgia bariátrica de se tornarem magros e magros “para sempre”. Essa relação também pode ser observada na figura 8 em que há a divulgação da cirurgia bariátrica pelo meio midiático, entretanto, isso ocorre pela voz do discurso médico, contribuindo para a estabilização de sentidos que tratam esse procedimento cirúrgico como uma forma de se atingir um padrão corporal. Entendemos que é a partir do olhar médico, da classificação da tabela de IMC e dos discursos dominantes sobre emagrecimento, que o discurso médico opera como um Aparelho Ideológico de Estado contribuindo para que a cirurgia de redução de estômago faça parte do comércio de cirurgias para se atingir a sensação de completude corporal.

Todavia, o que fica evidenciado nos discursos dos sujeitos-bariatrizados é que essa sensação de completude corporal ‘fura’, ou seja, rompe, falha, isto porque os sujeitos entrevistados discursivizam a necessidade de outras cirurgias para se sentirem satisfeitos, ou mesmo, completos com seus corpos. Interpretamos, então, que o que falha também é o discurso médico, pois este submete o sujeito-obeso à padronização da tabela de IMC, porém, para chegar-se a este padrão os sujeitos-bariátrico e bariatrizado passam por conflitos interiores, como indica Benedetti (2003), devido à sua mudança corporal, entre eles, está o conflito com a pele, uma pele que evidencia a obesidade e a cirurgia bariátrica, a pele que, conforme indica Milanez (2015), materializa o sujeito.

Desta forma, ao pensarmos sobre essa relação entre sujeito e pele e sobre a fluidez dos corpos na modernidade líquida, perguntamos: quais sentidos podem ser produzidos, ou silenciados, por trás dessa pele? Dentre tantas possibilidades de respostas, deixamos aqui a nossa interpretação com base nos discursos analisados: entendemos que a pele produz sentidos mediante a posição do sujeito, isto porque antes da cirurgia bariátrica, enquanto sujeito-obeso, a pele evidencia o peso do sujeito, sendo assim, produz sentidos de um corpo que está fora do padrão corporal que para se adequar a ele precisa de um corte. Além disso, após um ano ou mais da realização da cirurgia bariátrica, a pele do sujeito-bariatrizado evidencia que a cirurgia bariátrica não atinge a completude do corpo padrão, pois passa a existir um excesso de pele que contribui para a evidência de um corpo que ainda não está

dentro dos moldes da padronização corporal, seja pelos sentidos de saúde ou pelos sentidos da estética. Trata-se, então, de um corpo líquido que é materializado pela pele e representado pelo excesso, pois, ao ser revestido pelo excesso de gordura ou revestido pelo excesso de pele, esta evidencia para os olhares da medicina ou da modernidade líquida se o corpo obedece, ou não, ao padrão corporal.

Sobre essa relação do corpo com a padronização corporal, nos discursos analisados, foram materializados sentidos sobre a sensação de exclusão, com os termos ‘normal’, ‘melhor’ e ‘monstro’, o que nos permite interpretar que existe uma visibilidade à obesidade, uma visibilidade pelo viés do preconceito, visto que esses sujeitos estão incomodados com o olhar que é dado ao sujeito-obeso. Desta forma, entendemos que não querer ser monstro é aceitar fazer parte do que os padrões de beleza determinam como estética, é aceitar moldar-se a um padrão já estabelecido para não ganhar olhares de preconceito e exclusão social. Conforme indica Courtine (2011, p. 289) a monstrosidade passa a ser uma ordem regular, em que “cada monstro da espécie é concebido como a manifestação de um tipo monstruoso, reconhecível por sua estrutura”. Nessa perspectiva, compreendemos que, assim como o monstro que, devido a suas características, passa a ser classificado como uma estrutura, ou seja, passa a fazer parte da ordem da monstrosidade; na modernidade líquida, o obeso também passa a ser reconhecido e identificado pela sua estrutura, ou por estar fora da estrutura padrão da estética, contribuindo para que, ao invés de ganhar olhares da normalidade, passe a fazer parte da estrutura regular da obesidade, ou seja, a ordem da obesidade, desta forma, continua a receber o olhar do preconceito, permanece na classificação de monstro, na classificação de obeso, agora regularizada.

Com esta pesquisa, passamos a compreender a posição do sujeito-obeso na modernidade líquida, posição esta que é atravessada por olhares, pelo olhar da medicina, pelo olhar de si e pelo olhar social. Neste sentido, retomamos a formulação de Canguilhem (1965, p. 228, citado por Courtine, 2011, p. 260) que relaciona o monstro e a norma: “No século XIX, o louco está no asilo, onde serve para ensinar a razão; e o monstro está na redoma do embriologista onde serve para ensinar a norma”, interpretamos, então, que no século XXI, o monstro, o sujeito-obeso continua na redoma, continua a evidenciar a sua forma, forma esta que foge à norma, interpretamos, ainda, a partir dos discursos dos sujeitos entrevistados, que o sujeito-obeso fica em casa, tem vergonha, é silenciado, sendo assim, são sujeitos docilizados que, para deixarem a redoma são submetidos e/ou submetem-se a procedimentos cirúrgicos para não serem mais discursivizados como monstros.

A partir desta reflexão e mediante as análises realizadas ao longo deste trabalho, compreendemos que dentre tantos métodos cirúrgicos, a cirurgia bariátrica passa a fazer parte dos métodos que levam ao emagrecimento rápido por, na maioria das vezes, motivos estéticos. Além disso, podemos relacionar ainda a cirurgia de redução de peso aos discursos da normalidade, visto que o discurso médico não aponta para o corpo mais ‘cheinho’ com possibilidade de saúde; logo, a cirurgia bariátrica tenta colocar o sujeito-obeso dentro de um padrão, o padrão da tabela do IMC e o padrão corporal da estética, de modo que para este o corpo saudável é o corpo magro.

Por fim, compreendemos que a cirurgia bariátrica não corresponde ao que o discurso médico ‘vende’ como ideal de corpo saudável ou corpo padrão, visto que para se chegar a esse ideal são necessárias outras cirurgias para que, assim, o sujeito bariatrizado deixe de ganhar olhares de preconceito e de controle. Nesse ínterim, interpretamos que o corpo não atinge a completude, mas, ilusoriamente, persiste nesta busca atravessado pelos sentidos dominantes da medicina e da estética. Podemos dizer, enfim, com base nas análises, que a cirurgia bariátrica funciona como um dos antídotos do monstro, entretanto, esse antídoto não é suficiente, não leva o corpo para a completude. Assim como ocorreu com o doutor Jekyll e o senhor Hyde, em *O médico e o monstro*, o discurso sobre a cirurgia bariátrica cria a ilusão de que ela pode controlar os corpos, silenciando que, na modernidade líquida, outros padrões e máscaras surgem, conseqüentemente, outros e novos corpos também, contribuindo para que os sujeitos permaneçam na busca pelo corpo ideal, na busca pelo corpo utópico.

REFERÊNCIAS²²

Mulher sentada (Fernando Botero, 2006)

meu corpo é um campo de batalha.
minha carne, insistência.
de minha pele fiz cicatriz.
de minha alma, resistência.
(Marcelo Caetano, 2013)

²² De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

ABC DA SAÚDE. Recuperado de www.abcdasaude.com.br.

ALVARENGA, M. A. F. P. (2003). *Apontamentos de metodologia para a ciência e técnicas de redação científica*. 3a ed rev. e ampl. 181p. Porto Alegre, RS: Sergio Antonio Fabris Ed.

ALTHUSSER, L. (1970). *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado*. Tradução de Joaquim José de Moura Ramos. Lisboa, Portugal: Editorial Presença / Martins Fontes.

ANDRADE, C. D de. (1984). *Corpo*. Rio de Janeiro, RJ: Record.

_____. (1996). *Poesia Completa*. São Paulo, SP: Nova Aguilar.

Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Recuperado de www.abeso.org.br.

AZEVEDO, A.F. de, (2013). *Cartografias do corpo: metáforas contemporâneas da sutura e da cicatriz* (Tese de Doutorado) Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n.].

BALIBAR, E. (1966). Marxisme et Linguistique. *Cahiers marxistes-leninistes*. nº 12/3, pp. 21-2.

BARBOSA, M. R., MATOS, P. M., & COSTA, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a04v23n1.pdf>

BARDIN, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

BAUMAN, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Tradução Plínio Dent-zien. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

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

BENVENISTE, E. (2005). *Problema de linguística geral I*. Tradução de Maria da Glória Novak e Maria Luisa Neri: revisão do professor Isaac Nicolau Salum. 5a ed. Campinas, SP: Pontes Editores.

BERG, R. (2008). *Uma análise freudiana da obesidade* (Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 136 p.

_____. (2011). Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. *Ágora (Rio J.)* [online]. vol.14, n.2, pp. 183-196. ISSN 1516-1498.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Ed. Porto.

BORGES, F. C. V. (2015). *Processos de identificação nos formulários: memória oficial do Brasil* (Tese de Doutorado). Campinas, SP: [s.n.], 2015. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000952414&fd=y>

BRAGA, C. (2015). *Teatro e sociedade no século XIX: representação da mulher no melodrama*. *Revista Ártemis*, ISSN: 1807-8214, n3. Recuperado de <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/2204/1943>.

BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade/cadernos de atenção básica*, Saúde da Família n. 12. Brasília, DF.

CAMARGO, M. A. G. F. de. (2013). *Coping e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo*. (Tese de Doutorado em Psicologia Social) Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.

CANGUILHEM, G. (1965). *La connaissance de la vie*. Paris, France: Vrin.

CARMO Jr., W.do. (2005). *Dimensões filosóficas da educação física*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara/ Koogan.

CASSIMIRO, E., GALDINO, F. F. S., & SÁ, G.M.de. (2012) As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da Grécia antiga à contemporaneidade. *Revista Eletrônica Print*, São João del-Rei/MG, n.14. Recuperado de www.ufsj.edu.br/revistalable.

CARVALHO, L. E. M. R. de. (2011) *De obeso a magro: as vivências das pessoas submetidas a cirurgia bariátrica: uma abordagem fenomenológica* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

CLAVREUL, J. (1978). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, SP: Brasiliense.

COCCO, L.L., OLIVEIRA, M.M. de, MARANGON, T.C., & OLIVEIRA, P.P.(2015). *A beleza como detonador da violência no Brasil*. INTERCOM. XVII Congresso de Ciências da Comunicação na região Centro-Oeste. Recuperado de www.portalintercom.org.br/anais/centrooeste2015/resumos/R46-0018-1.pdf.

Centro Integrado de Atenção à Saúde (Viver Bem) Recuperado de www.unimedbebedouro.coop.br/depCias.aspx.

CORACINI, M.J. (2007). *A celebração do outro: arquivo memória e identidade: línguas (materna e estrangeira), plurilinguismo e tradução*. Campinas, SP: Mercado de Letras.

_____. (2008). *Escrit(ur)a do corpo no corpo da escrita: da palavra à vida-morte*. In: TFOUNI, L. V. *Múltiplas faces da autoria*. p. 179-197. Ijuí, RS: Unijuí.

COSTA, J. F. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

COURTINE, J. (2011). O corpo anormal: história e antropologia culturais da deformidade. In: CORBIN, A., COURTINE, J. J., & VIGARELLO, G. (Orgs.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. v. 4, p.253-340. Petrópolis, RJ: Vozes.

_____. (2013). *Decifrar o corpo: pensar com Foucault*. (Tradução de Francisco Morás) Petrópolis, RJ: Vozes.

COZBY, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo, SP: Atlas.

FERNANDES, M. H. (2005). *Corpo*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Fernando Botero (2012). Recuperado de www.almeidaedale.com.br/botero/?p=59.

FOLKMAN, S. & LAZURUS, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, n. 1, p. 150-70.

FOUCAULT, M. (1979). *Microfísica do poder*. MACHADO, R. (Org.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.

_____. (2012). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 40a ed2. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1975)

_____. (2013). *O corpo utópico, as heterotopias*: Posfácio de Daniel Defert. [Tradução Salma Tannus Muchail]. São Paulo, SP: n-1 Edições.

_____. (2015). *O nascimento da clínica*. 7a ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1980)

GINZBURG, C. (1989). Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo, SP: Cia. das Letras.

GRANJEIRO, C.R.P. (2011). Foucault, Pêcheux e a formação discursiva. In: BARONAS, R.L. (Org.) *Análise de discurso: apontamentos para uma história da noção-conceito de formação discursiva*. São Carlos, SP: Pedro & João Editores.

GREGOLIN, M. R. (2003). O acontecimento discursivo na mídia: metáfora de uma breve história do tempo. In: GREGOLIN, M. R. *Discurso e mídia: a cultura do espetáculo*. São Carlos, SP: Claraluz.

HALPERN, A. (1999). *A epidemia de obesidade*. Arq Bras Endocrinol Metab [online]. vol.43, n.3, pp. 175-176. ISSN 0004-2730.

HAROCHE, C. (2008). *A condição sensível: formas e maneiras de sentir no Ocidente*. (Tradução de Jacy Seixas e Vera Avellar Ribeiro). Rio de Janeiro, RJ: Contracapa.

HASHIGUTI, S.T. (2008). *Corpo de memória* (Tese de doutorado). UNICAMP-IEL. Campinas, São Paulo.

_____. (2009). O corpo como materialidade do/no discurso. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L.; MITTMANN, S. (Orgs.). *O Discurso na Contemporaneidade: Materialidades e Fronteiras*. p. 161-168. São Carlos, SP: Claraluz.

Hold the slurs – fat is not a four-letter Word. Los Angeles Times, 04/03/1990.

HOLROYD, K; & LAZARUS, R. (1986). Stress, coping and somatic adaptation. In: GOLDBERGER, L. & BREZNITZ, S. (Ed.) *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Pp. 21-35. London, England: Collier Macmillan.

INDURSKY, F. (2011). Da interpelação à falha no ritual: a trajetória teórica da noção de formação discursiva. In: BARONAS, R.L. (Org.) *Análise de discurso: apontamentos para uma história da noção-conceito de formação discursiva*. São Carlos, SP: Pedro & João Editores.

KECK, F., & RABINOW, P. (2011). Invenção e representação do corpo genético. In: CORBIN, A., COURTINE, J. J., & VIGARELLO, G. (Orgs.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. v. 4, p.83-105. Petrópolis, RJ: Vozes.

LEOCÁCIO, M. (2015). *Mito de Vênus e a Mulher Contemporânea*. Anais do Simpósio da ABHR. Recuperado de www.abhr.org.br/plura/ojs/index.php/anais/article/view/1327.

MALDIDIER, D. (2003). *A inquietação do discurso – (Re)ler Michel Pêcheux Hoje*. Tradução de Eni P. Orlandi. 111p. Campinas, SP: Pontes..

MARZANO-PARISOLI, M. M. (2004). *Pensar o corpo*. [Tradução de Lúcia M. Endlich Orth] Petrópolis, RJ: Vozes.

MERLEAU-PONTY, M. (1960). *Signes*. Paris, France: Gallimard.

MILANEZ, N. (2006). O corpo é um arquipélago: memória, intericonicidade e identidade. In: NAVARRO, P. (Org.). *Estudos do texto e do discurso: mapeando conceitos e métodos*. pp. 153-179. São Carlos, SP: Claraluz.

_____. (2015). Modos de enunciar a pele do corpo: quais os lugares de onde vêm A pele que habito de Almodóvar? In: TASSO, I.; CAMPOS, J. (org.) *Imagem e(em) discurso: A formação das modalidades enunciativas*. vol 8. Campinas, SP: Pontes Editores.

MINAYO, M.C.S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: HUCITEC.

MOULIN, A. M. (2011). O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A., COURTINE, J. J., & VIGARELLO, G. (Orgs.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. v. 4, p.15-82. Petrópolis, RJ: Vozes.

NASCIMENTO, M. E. F. do. (2015). O corpo em revista: modos de subjetivação do sujeito mulher com deficiência. In: *REDISCO - Revista Eletrônica de Estudos do Discurso e do corpo*. v. 8, n. 2, p. 38-48. Vitória da Conquista, BA. Recuperado de <http://periodicos.uesb.br/index.php/redisco/article/viewFile/5325/5103>

OLIVEIRA, D. M. de. (2013). *O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva*. (Tese de Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 125.p.

ORLANDI E.P. (1994). *O que é Lingüística*. 7a ed. São Paulo, SP: Brasiliense.

_____. (1996). *Discurso e Leitura*. 3a ed. São Paulo, SP: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas.

_____. (2001). *Análise De Discurso: Princípios e Procedimentos*. 3a ed. Campinas, SP: Pontes.

_____. (2002). *Língua e conhecimento linguístico: para uma história das idéias no Brasil*. São Paulo, SP: Cortez.

_____. (2004). *Cidade dos Sentidos*. Campinas, SP: Pontes.

_____. (2006). Introdução. In: RODRIGUES, S. L.; ORLANDI, E. P. (org.) *Introdução às Ciências da Linguagem - Discurso e Textualidade*. 214p. Campinas, SP: Pontes Editores.

_____. (2007a). *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 6a ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP.

_____. (2007b). *Interpretação; autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. 5a ed. Campinas, SP: Pontes Editores.

ORY, P. (2011). O corpo ordinário. In: CORBIN, A., COURTINE, J. J., & VIGARELLO, G. (Orgs.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. v. 4, pp.155-195. Petrópolis, RJ: Vozes.

PAYER, M. O. (2015). Linguagem e sociedade contemporânea - sujeito, mídia, mercado. *RUA*, v. 11, n. 1, pp. 9-25. Campinas, SP. ISSN 2179-9911. Recuperado de <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/864077>.

PÊCHEUX, G.; GADET, F. (2011). A língua inatingível. In: ORLANDI, E.P. *Análise de Discurso: Michel Pêcheux*. Campinas-SP: Pontes. (Trabalho original publicado em 1981)

PÊCHEUX, M. (2009). *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Tradução de Eni P. Orlandi. 4a ed, 287p. Campinas, SP: Editora da UNICAMP. (Trabalho original publicado em 1975)

_____. (2010). Ler o arquivo hoje. In: ORLANDI, E. P. (org.) [et al.] *Gestos de leitura: da história no discurso*. 3a ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

_____. (2011) Remontemos de Foucault a Spinoza. In: BARONAS, R.L. (Org.) *Análise de discurso: apontamentos para uma historia da noção-conceito de formação discursiva*. São Carlos, SP: Pedro & João Editores. (Trabalho original publicado em 1977)

PELEGRINI, T. (2006). Imagens do corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. [versão online]. *Revista Urutágua*, 08. Recuperado de www.urutagua.uem.br/008/08edu_pelegrini.htm

PEREIRA, R. C. (2009). Subjetividade e política de língua no discurso publicitário para o ensino de português no Brasil. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L.; MITTMANN, S. (Orgs.). *O Discurso na Contemporaneidade: Materialidades e Fronteiras*. pp. 169-182. São Carlos, SP: Claraluz.

PETRI, V. (2002). Por um acesso fecundo ao arquivo. In: *Revista Letras: Corpus: Análise de Dados e Cultura Acadêmica*, nº 21, jul./dez., p. 121-125. ISSN: 2176-1485

PUGLIA, C. R. (2004). *Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida*. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. vol.50, n.2, pp. 118-118. ISSN 1806-9282.

REZENDE, F. F. (2011). *Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica* (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, M. M. C. (2010). As marcas corporais: o corpo como depositário das fantasias inconscientes. In: *Reverso*, 32(60), 61-65. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300009&lng=pt&tlng=pt.

ROCHA, D., & DEUSDARÁ, B. (2005). Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. In: *Alea: Estudos Neolatinos*, v. 7, n. 2, pp. 305-322. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-106X2005000200010>

SANCHES, R.D. (2015). *Emagreço, logo existo: o universo virtual da boa forma e o poder do corpo-projeto*. V Congresso Internacional de Comunicação e Cultura – São Paulo. Recuperado de <http://www.cisc.org.br/portal/index.php/pt/biblioteca/finish/30-comcult/186-rodrigo-daniel-sanches.html>.

SAVÓIA, M. G., SANTANA, P. R., & MEIJAS, N.P.(1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, São Paulo, volume7, n.1/2, p.183-201. Recuperado de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009.

SCATOLIN, H. G. (2012). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Psicologia Revista*, São Paulo, volume 21, n.1, 115-120. Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/13586/10093>.

SCHLDER, P. (2000). *A imagem do corpo*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

SEGAL, A; FANDIÑO, J. (2002) Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 3, São Paulo, p.68-72.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Recuperado de www.sbcbr.org.br.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Recuperado de www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade.

TURATO, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6a ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

ZIZEK, S. (2003) *Bem-vindo ao deserto do Real!:* cinco ensaios sobre o 11 de Setembro e datas relacionadas. São Paulo, SP: Boitempo Editorial.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Sujeito e subjetividade: discursos de pacientes bariátricos sobre o corpo” realizada por Thaís Silva Marinheiro de Paula, mestranda em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Esta pesquisa se justifica por objetivar verificar quais os principais motivos acerca da escolha pela cirurgia bariátrica: se em relação ao corpo perfeito ou se em busca pela saúde, para, com isso, também conhecer e compreender a escolha pela cirurgia bariátrica; logo, este trabalho pretende investigar estes efeitos de sentido a partir da análise do discurso do paciente bariátrico no pós-operatório.

Os principais objetivos da pesquisa são analisar se e como as opiniões sobre o corpo, a obesidade e o padrão de beleza social afetam o paciente candidato à cirurgia bariátrica e verificar como os aspectos corporais: psicológico, fisiológico e sociológico, na opinião do paciente bariátrico, estão relacionados à escolha pela cirurgia bariátrica. O psicológico pode ser entendido em relação às emoções do paciente; o fisiológico na maneira como o corpo é visto pelo paciente e o sociológico em se tratando das opiniões ouvidas na sociedade que afetaram, ou não, a escolha dos pacientes pelo procedimento cirúrgico.

Para o desenvolvimento da pesquisa, será importante trabalhar com o método de análise das opiniões de pacientes que já passaram pelo procedimento cirúrgico, no caso deste trabalho, a cirurgia bariátrica. Para tanto, optou-se pelo roteiro semiestruturado com o paciente através de um questionário com, aproximadamente, dez questões discursivas, que serão respondidas e escritas pelo próprio paciente. As questões tratarão sobre a opinião do participante em relação à cirurgia, bem como os motivos que o levaram a realizar o procedimento.

Assim, para esta pesquisa, alguns riscos e/ou incômodos são previsíveis, isto porque se tratam de questões relacionadas à imagem corporal e à satisfação do paciente com seu próprio corpo e com a cirurgia realizada há pelo menos um ano. Sendo assim, caso seja percebido algum desconforto no participante da pesquisa, a pesquisadora se compromete com a prevenção, cuidados e assistência ao participante durante ou após a pesquisa. Além disso, o paciente também poderá, livremente, interromper o preenchimento do questionário ou recusar-se a responder a qualquer pergunta.

Os benefícios que podem ser mencionados são a possibilidade do paciente apresentar sua opinião sobre suas expectativas, necessidades e ansiedades, recuperação, resultados, decepções ou ganhos após a realização do procedimento cirúrgico. Com isso, será possível o levantamento das informações necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa em relação às opiniões dos pacientes sobre se as concepções de corpo belo e perfeito, que circulam na sociedade e interferem na escolha pela cirurgia bariátrica.

Outros métodos podem ser selecionados, como a análise de quantidades de pessoas que optaram pela cirurgia, mas não chegaria ao objetivo desejado que é conhecer e entender a opinião do paciente sobre o procedimento junto de suas emoções e expectativas.

A própria pesquisadora, Thaís Silva Marinheiro de Paula, será a responsável pela coleta de dados, entrega e recolhimento do TCLE, bem como a aplicação dos questionários. A escolha dos participantes será realizada através das informações de prontuários contidos no banco de dados do Hospital Unimed Bebedouro Cooperativa de Trabalho Médico, tais como: tempo de cirurgia, faixa etária, sexo, nome do paciente, contato e endereço. Para que, por meio de contato prévio por telefone e aceitação do participante, a pesquisadora vá até à residência do paciente para que ele possa, de próprio punho, responder às questões elaboradas para esta pesquisa. Para responder ao questionário, estima-se que serão necessários aproximadamente quarenta minutos.

Após a coleta, a pesquisadora manterá contato com os pacientes participantes para apresentar os resultados obtidos e ainda fará o acompanhamento deles para verificação de possíveis danos ou desconfortos resultantes da pesquisa para que possam ser reparados e encaminhados para tratamento especializado.

O paciente participante da pesquisa poderá receber esclarecimentos a qualquer momento, antes, durante ou após a realização da pesquisa. Além disso, o participante também poderá se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer penalidade ou prejuízo ao seu tratamento, nem represálias de qualquer natureza.

A pesquisadora garante o sigilo de dados pessoais e informações particulares, como as respostas escritas pelo paciente no questionário apresentado que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos ao participante. Assim, será preservado o anonimato do material recolhido ou obtido do paciente, tanto que, na pesquisa, os nomes dos participantes serão substituídos por letras escolhidas aleatoriamente.

O paciente também não terá gastos com despesas eventuais decorrentes da participação na pesquisa, pois, caso haja necessidade, serão ressarcidas integralmente, como quando houver necessidade de uso de transporte e/ou alimentação para se reunir com a pesquisadora, quando esta estiver impossibilitada de ir até à residência do participante.

O participante receberá o TCLE para tomar conhecimento sobre a pesquisa e assinar se for favorável à sua participação, também receberá, após assinatura, uma via para análise posteriormente.

O participante poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável através do endereço Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto – SP; pelo telefone (16) 98159-5523; ou pelo e-mail thaismarinheiro@usp.br.

Além disso, o participante também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP para eventuais dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil; pelos telefones (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660 ou e-mail: coetp@ffclrp.usp.br.

Assinatura do participante

Participante:

Assinatura da pesquisadora responsável

Thaís Silva Marinheiro de Paula

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS

Sujeito:

Sexo:

Idade:

Peso:

Altura:

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?
2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?
3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?
4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?
5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?
6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?
7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?
8. Qual a imagem que você tem do seu corpo, no pós-cirúrgico?
9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?
10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS PELOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Sujeito A

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

A certeza (ilusão) de que ficava magra para sempre, sem sentir fome

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Todas as pessoas que tive contato, pessoalmente, virtualmente ou pela mídia, me incentivaram a tomar a decisão

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Todas as dietas possíveis. Passei pelo efeito sanfona desde de criança. Souvi todo o tipo de manipulação existente.

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Sim, mas é o que acontece

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Sim considerava

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

Padrão de Beleza

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Ficar magra o mais rápido possível

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Por algum tempo ainda achava que era gorda

Hoje tenho consciência do meu peso, mas não atinge o padrão de beleza esperado (ilusão). Estou bem

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Corpo ideal não. Qualidade de vida sim

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Sim. Ainda prevalece o preconceito em nossa sociedade.

Sujeito B

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

pressão alta, problemas com coração
disgoste, rins pressão alta visão
começo de diabete

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

O medico

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Tive problemas relacionados a
saúde e tive que fazer uso de
hormônios

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente,
de benefícios à saúde?

No meu caso foi saúde

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

com certeza.

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

saúde

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

não ter problema de saúde

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

*simplesmente mutilado nunca
mas será a mesma pessoa*

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

*foi ótima eu era de pressão
de 220/180 hoje 80/60*

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

*existe muito preconceito a pessoa gorda
é ponto de referência e um dia
foi a uma loja e a Vendedora disse
não temos roupa pra seu tamanho*

Sujeito C

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

A preocupação saúde e na redução as
diets nas semanas.

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

O meu trabalho com grupo preparatório
p/ cirurgia.

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Quase toda, redução da alimentação e
apenas exercícios.

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Com certeza, dificilmente é pra estética,
para melhorar a saúde, pra prevenir,
dificuldade com a ingestão de líquidos
e gases de dentro, fúrias e choro nas refeições.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Na, é um meio de você melhorar a sua vida em termos de qualidade, pois o obeso, tem muitas estímulos, varizes etc.

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

A saúde

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Fazer o DM e nunca mais na vida fazer mais hipoglicemia.

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Normal, o abdome era proeminente, grossos braços, pernas e nádegas eram enormes.

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Nem um nem outro, na verdade na me liguei da hipoglicemia que era o meu maior problema.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Proporciona, pois ~~se~~ existe muito preconceito também contra o obeso e o fato de emagrecer ajuda a pessoa a se relacionar melhor no trabalho e na vida social.

As pessoas opinam muito sobre o que devemos comer e continuam cobrando atitudes de regime eterno.

Sujeito D

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Estética

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Médica

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Regime e Remédios anfepramona

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Saúde, estética, auto-estima

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Sim estetica

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

Saude e a auto Estima

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Era Emagrecer

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Agora ficou bem melhor do a perna que eu queria fazer plastica

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Gostaria de ter tido emagrecido mais não consegui pelo a tireoide

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Eu Tenho vergonha de sair e de ficar com as outras pessoas

Sujeito E

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Saúde, dores nas pernas, espão nos pés,
dores nas costas, diabetes, gastrite, depressão,
e muito desânimo.

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

médica, preconceito, família, roupas, alimentação
péssima.

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Tomiei bastante remédio para emagrecer,
só que tinha efeito sanfona.

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

É a saúde principalmente.

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Também, mais o importante é a saúde.

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

Questão da saúde, e por ser magra.

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Eu não via a hora de fazer meu serviço de casa e colocar calça jeans, roupas justas.

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Hoje eu vejo que sou magra.

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Um corpo magro, que as pessoas vejam e pela saúde.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Faz se sentir bem em na sociedade.

Sujeito F

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Estética e saúde

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

O maior incentivo foi da minha médica, e minha família não me apoiou por receio

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Vários, já tomei vários remédios e dietas milagrosas.

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Sim, a obesidade é um mal que as pessoas demoram a perceber e precisam de cuidados.

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Sim eu considero que as pessoas procuram emagrecer fácil.

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

Eu acredito que foi pela estética, por eu não me aceitar como eu era.

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Eram as melhores possíveis, pois eu estava muito feliz apesar das limitações, era o que eu queria para mudar de vida.

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Eu me vejo muito bonita e realizada.

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Muito longe de outra pessoa, muito mais agil e alegre, faço tudo com mais disposição.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Acho que sim, a pessoa fica muito mais confiante, com mais disposição para a vida.

Sujeito G

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

falta e sofre muito Buli

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Teus de mim mesmo

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Muito Venisio p/ emagrecer

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Sim

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

*Sim, porque se a pessoa não atingir o padrão de
estético não é aceita na sociedade*

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

As duas

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

*Principal motivo foi para começar, depois, no trabalho
do dia-a-dia*

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

*Em vista do 56kg eliminado está perfeito, só o que o me
desagradou foi o 2º corte do cirurgião de ingesta*

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Sim

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

*Na minha opinião na sociedade tem espaço p/ isso e
muito, mas a capacidade psicológica da pessoa não
só aceita em qualquer lugar e pensa que
tem que se aceitar psicológicamente*

Sujeito H

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Principalmente Saúde

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

filha camila

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

todos até remédios targa porta

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

principalmente a saúde

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

também

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

pela questão 4 para ~~me~~ sentir bem pela saúde

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

acho que ia ser mais fácil a mobilização

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

*Estou satisfeita com a cirurgia
e os seis que não*

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

a qualidade de vida esperada

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

*Eu tinha muito preconceito no trabalho
e com a família meu ~~caso~~ cunhado*

Sujeito I

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Alcance de 100%, cirurgia dos seus
sentidos

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Pessoas que incentivaram a fazer a cirurgia
p/ causas de saúde, não bariátrica. Ainda
p/ causas estéticas de peso

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Muito exercício físico p/ Amagrecer

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

a cirurgia bariátrica p/ perder peso
de saúde.

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Na soma eu acho não é 17 soma
de 10 -

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

chirurgia bariatrica?

Pelo soude 4

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Eu fiz fui elogiado e fazer o
canto eu tinha certeza que eu
tinha tudo bem e o melhor (fizer um
canto melhor)

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

8. Qual a imagem que voce tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

eu me sinto muito Bem Porque eu consigo
um corpo bom um paciente

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Espera!
 É a época que em Portugal com saúde
 todo vez melhor

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

ilusão?

— uma imagem de grande muito do Psicólogo
devido Oriente, mas meu caso não foi
nem aí do facto que eu estava, antes e
depois da queda do este de grande.

Sujeito J

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Pelo motivo de hipertensão e Pré diabético

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Amigo de trabalho, Carlos Pavenin que foi operado pelo procedimento

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

medicação, regime (Todos Tipos), caminhada etc...

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Sim, no meu ponto foi pela saúde, mais quando fiz o grupo de educação mudei de consultório de ver pessoas muito obesas que se sentia bem mais ia passar pelo procedimento, pela insistência médica, devido o grande peso.

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

não, pois a recuperação e mudanças de hábitos são muito difíceis, não sei se uma pessoa que precisa de beleza tem a coragem.

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

Saúde e Bem estar

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Perda de peso e alta das medicações que eu tomava para hipertensão e pré diabetes

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Estou satisfeito, pois acho que fiquei melhor do que imaginava.

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Sim, com o dia a dia estou animado com qualidade e alta estima.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Bem, para mim a sociedade tem preconceito com o Obeso e com o Cirurgião, pois cobram quando vc é Obeso e pensam que vc não pode se alimentar bem e de coisas boas acham que devemos comer uma vez ao dia.

Sujeito K

3

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Saúde, mas aos 40 anos já tinha feito a programação que aos 50 anos faria a cirurgia bariátrica.

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Não houve pessoas, mas sim pesquisa e artigos científicos relatando os benefícios e os não benefícios.

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Nenhum.

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Sim, de saúde física e emocional. Estava mais preocupado com a saúde (diabetes, hipertensão, apnéia do sono, roncos, dor nas costas, problemas na coluna, esteatose hepática, não conseguia atingir o sono profundo, colesterol, artrite e artrose e outros mais).

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Vai de pessoa para pessoa, no meu caso não. A única coisa que mais incomodava, é na hora de encontrar vestimentos que servia minha medida "niquelada".

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

A questão 4.

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Il que eu já esperava, satis fatória

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Satisfeito, porém o que mais eu procurava era a saúde, no entanto ainda não fiz abdominoplastia.

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

No meu caso, é a qualidade de vida esperada, porém é uma soma, onde auto-estima aumenta consequentemente.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Para eu dizer se que a inserção social não reflete na sociedade, estou sendo hipotético, mas colocando o outro lado pessoal que mais perdurem foram a beleza e a emédia que não faz mais uso e a cada 06 meses que faço exame e portatório os resultados laboratoriais.

Sujeito L

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?	problemas de saúde e complexo de Obsessão.
2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?	Vontade própria
3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?	Vários Regimes. Remédios para Emagrecer.
4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?	Sim

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

acho, que não ajuda mais principal-
mente saúde.

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

pelo foco de saúde Auto
estima.

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

era para Emagrecer e me senti melhor.

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

ótima Auto estima.

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

Qualidade de vida esperada.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Sujeito maior inserção social

Sujeito M

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

Não conseguia encontrar uma roupa que me servisse, não conseguia andar um quatuorcil sem sentir falta de ar e não estava feliz com meu corpo

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

Apenas minha mãe, meu marido e meu pai me incentivaram, fora isso li alguns relatos na internet de pessoas que fizeram e estavam satisfeitas

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

Dieta, remédios, ginásticas, shakes.

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Também, mas não é o principal pois o meu motivo pelo qual eu optei pela cirurgia foi aceitação

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

Sim em partes, pois a cirurgia te leva até a metade do caminho, o resto é por sua própria força de vontade

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

5 - estética

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

Conseguir sair dos 111 Kg e chegar nos 66 Kg

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

Vijo um corpo bonito cheio de curvas mas, com uma barriga (avental) que me incomoda. (Vou fazer abdomen na próxima semana) Hoje comprei as rou

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

A imagem do corpo ideal.

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

Proporciona sim, pois antes eu não sentava nas cadeiras dos bancos pois eu não cabia, Também não conseguia entrar em lojas de tamanhos grandes pois sempre achei uma discriminação de lojas para gordos e lojas para magros e como se pudesse ter loja para negros e brancos separados

que gesto, sempre encontro e se não me cabe (fica um pouco apertada), trago e dou um jeito de fazê-la entrar.

Sujeito N

1. Quais os motivos que o (a) levaram a optar pelo procedimento cirúrgico?

DEVIDO EXCESSO PESO, PRESSÃO ALTA E DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO

2. Quais pessoas, discursos e mídias interferiram/incentivaram sua escolha pela cirurgia?

MEU AMIGO E ENCARREGADO QUE FEZ CIRURGIA ANTES DE MIM ME INCENTIVOU E MINHA ESPOSA QUE NA ÉPOCA ERA MINHA NOIVA

3. Antes dessa decisão, qual outro método de emagrecimento você utilizou?

TODOS OS POSSÍVEIS E IMAGINÁVEIS

4. No seu ponto de vista, o sujeito que opta pela cirurgia bariátrica necessita, principalmente, de benefícios à saúde?

Sim PRINCIPALMENTE POIS A SAÚDE É A BASE DE TUDO

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
FFCLRP
USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2

5. Você considera que a cirurgia bariátrica é um meio para se atingir os padrões de beleza?

NÃO VÊJO COMO QUESTÃO DE BELEZA E SIM
SAÚDE

6. Em relação às questões 4 e 5, qual das duas ideias foi primordial para a sua escolha pela cirurgia bariátrica?

FOI PRIMORDIAL A QUESTÃO DE SAÚDE

7. Quais eram as suas expectativas para o pós-cirúrgico?

TER UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL E PODER FAZER
COISAS ANTES INIMAGINÁVEIS

8. Qual a imagem que você tem do seu corpo no pós-cirúrgico?

UMA IMAGEM DE UM SER HUMANO MELHOR E
MAIS SAUDÁVEL

9. No seu caso, o pós-cirúrgico corresponde à imagem do corpo ideal, ou à qualidade de vida esperada?

SIM UMA QUALIDADE DE VIDA MELHOR E
ÓTIMA

10. Para você, a cirurgia bariátrica proporciona ao sujeito maior inserção social ou é uma ilusão?

SIM PROPORCIONA SIM, POIS O OBESO É VISTO
COMO UM MONSTRO PARA MUITAS PESSOAS
POIS A DISCRIMINAÇÃO.