

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva

**A construção narrativa dos sentidos de bioidentidade:
obesidade e cirurgias bariátricas**

Ana Karina Moutinho Lima

Recife, 2010

Ana Karina Moutinho Lima

**A construção narrativa dos sentidos de bioidentidade:
obesidade e cirurgias bariátricas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal
de Pernambuco como parte dos requisitos necessários
a obtenção do título de doutor

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva
Orientador: Prof. Dr. **Luciano Rogério de Lemos Meira**
Co-orientadora: Profa. Dra. **Luciane De Conti**

Recife, 2010

Lima, Ana Karina Moutinho

A construção narrativa dos sentidos de bioidentidade : obesidade e cirurgias bariátricas / Ana Karina Moutinho Lima. -- Recife: O Autor, 2010.

249 folhas : il., fig., quadros, tab.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2010.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Psicologia cognitiva. 2. Construção de sentidos. 3. Bioidentidade - Narrativas. 4. Obesidade. 5. Cirurgia bariátrica. I. Título.

**159.9
150**

**CDU (2.
ed.)
CDD (22. ed.)**

**UFPE
BCFCH2010/44**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Karina Moutinho Lima

A Construção Narrativa dos Sentidos de Bioidentidade: obesidade e cirurgias bariátricas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva

Aprovado em: 31 de maio de 2010

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luciano Rogério de Lemos Meira
Instituição: UFPE

Assinatura: Luciano Meira

Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco
Instituição: UNICAP

Assinatura: Ana Lucia Francisco

Profa. Dra. Kátia Cristina Lima de Petribú
Instituição: UPE

Assinatura: Kátia Petribú

Profa. Dra. Gloria Maria Monteiro de Carvalho
Instituição: UFPE

Assinatura: Gloria Carvalho

Profa. Dra. M^a da Conceição Diniz Pereira de Lyra
Instituição: UFPE

Assinatura: M^a da Conceição Diniz Pereira de Lyra

*A Teresinha Moutinho.
A maior das mulheres.
Que seria de mim sem você?*

*A Rômulo e Julinha.
Meus grandes amores,
minha inspiração e meu descanso.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao Dr. **Marconi Meira**, pelo entusiasmo com que conduz seu trabalho, pela dedicação à difícil batalha que é lutar pela saúde no Brasil. Agradeço ainda ao diretor do HSE, **Dr. Eniedson Barros**, que acreditou no benefício proporcionado por este estudo, assim como a equipe de cirurgia, em especial **Dr. Gilberto Pagnossin**, tão continuamente elogiado por seus pacientes. Ressalto ainda a imensa colaboração das psicólogas **Cristiane Pereira** e **Socorro Branco**, que sempre apoiaram este trabalho, as assistentes sociais **Vera** e **Rosana**, além de **Hildete**, fundamentais em meus encontros com os cirurgiados.

Obrigada imensamente aos pacientes, aqui representados por **Ísis e Afrodite**, que me receberam e me contaram tão dedicadamente suas histórias. Obrigada por tratarem de momentos tão delicados de suas vidas, com tamanha doação e interesse que tudo dê certo.

A **Luciano Meira**, meu orientador, que me colocou diante do desafio de estudar a bioidentidade. Sua escuta crítica, sua genialidade sempre escapável a primeira escuta, me desorganizaram o suficiente para que eu conseguisse me reencontrar.

A minha co-orientadora **Luciane De Conti**, pela delicadeza com que me apresentou às narrativas e me permitiu seguir uma estrada no campo da interpretação. Obrigada pelas respostas, pela paciência com que tantas vezes me ouviu e pela confiança.

Aos meus queridos do **Laiv**, Airma, Flora, Felipe, Silvia, Henrique, Ana Cleide e Ernani, e ao **Grupo de Narrativas**, Julia, Ana Maria, Pedro e Fabiana. Audiência crítica e solidária, fundamental em todo processo de construção desta tese.

A **Rômulo e Julia**, minhas raízes, meu amanhã, meu sorriso e minha força. Vocês são simplesmente tudo de bom!!

A minha mãe **Teresinha** e as minhas irmãs **Mirele** e **Jamile**. Tenho tanto amor e alegria com vocês!! Leli, minha amada matemática, traz a ordem e a força. Lili, minha querida gastróloga, me ensina criatividade e superação. Ao meu novo e pequenino amor, **Thales**. Você é só alegria em nossas vidas.

Ao meu pai **Marcos**, porque sabe acreditar e recomeçar. Obrigada por não desistir, quando tudo parece perdido.

Aos meus queridos **Tony e Thiago**, que trazem paz a minha família. Precisamos muito de vocês. A **Dona Cema, Ana e Sérgio Abranches**, pelo conforto e apoio. A **Dona Gilva**, pela fé e esperança.

A **família Pinto**, especialmente Regina, Rivaldo, Aninha, Laizio Jr, Rose, Ju, Sophia, Chico e Laízio Pai, pelas tantas vezes que cuidaram com amor de minha preciosa menina e de meu amado.

As maravilhosas amigas **Pompéia Villacha-Lyra, Eliana Almeida, Isabelle Diniz, Flavia Peres e Angélica Martins**. Quero tão bem a vocês!! Nem tenho palavras para agradecer seu apoio, seus ensinamentos, sua solidariedade.

A **Micheline Silva, Andrea Garvey, Ana Flavia Pinho e Edilaine Gouveia**. Queridas amigas, parceiras, comadres. Meu passado, meu presente e meu futuro.

A **Maninha**, pelo o que o LabCom representou em minha vida, pela solidariedade com que me cedeu seus livros, bens tão preciosos. Obrigada por me conduzir na pesquisa e ensinar um caminho de valor à mudança. Obrigada a querida **Emmanuelle**, tão imensamente solidária. A **Anália**, pela inspiração que nem sabe que me deu.

Renata Fischer, Marize Cisneiros e Claudinalle Souza. Como é bom contar e aprender com vocês a cada dia. Vocês foram minhas melhores descobertas.

A minha querida **família Moutinho**, em especial à matriarca Marina Moutinho, eterna referência de força e fé, e a meus queridos tios e tias Ivonete, Agostinho, Marilita, Marleide e Osmar, Lúcia, Múcio, Mario, Inês, Cadinho e Nagé. Quanto apoio me deram nos momentos em que eu e minha família mais precisávamos. Sou-lhes muito grata.

A **Menelau, Joaquim, Leônidas, Jomar e Ednaldo**, pelo imenso carinho hoje e sempre. Ao “velho” querido, por sua maestria em conduzir com amor o que é da academia e ser sempre uma referência.

As minhas queridas companheiras, que tanto me apoiaram em meus desafios profissionais. **Lilian Freire, Amaro Xavier Jr., Fabiana Wanderley, Joelma Correia, Michele Diniz, Ricardo Marques e Carlos Malafaia** como representantes de um momento especial em minha vida.

Cecília e Juliana, por sua dedicação ao cuidar com carinho de quem tanto amo. Muito obrigada!!

Aos professores da Pós-Graduação **Selma, Glória, Jorge, Lucia Brown, Alina, Roazzi**, pela certeza que me ajudaram a construir de que meu caminho incluiria definitivamente a pesquisa.

Aos estimados professores da graduação, que muito me fizeram desejar a carreira acadêmica, quando tudo era tão distante. Especialmente agradeço a **Fátima, Bel, Lucinda, Alba, Zeferino, Eniel e Silke**.

Vera Amélia, Elaine e Verinha. Vocês me acompanham há tanto tempo. Obrigada pelo apoio pessoal e profissional que sempre deram.

Capes e CNPq, imprescindíveis a minha formação como pesquisadora. Que cada vez mais ampliem o investimento feito em ciência, para que este país cresça sustentado também pela construção de saber.

MOUTINHO, K. **A construção narrativa dos sentidos de bioidentidade: obesidade e cirurgias bariátricas**. 2010. 249 fs. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.

Resumo

A bioidentidade constitui uma forma particular de definição do humano, comum às ciências humanas, na qual o cuidado de si é voltado para o corpo e à manutenção de padrões médicos e estéticos. Nesta definição, que caracteriza uma narrativa social ocidental nos dias atuais, as pessoas agem com reflexividade (taxação contínua de nós mesmos), autonomia (responsabilidade por garantir nossa saúde) e vontade (impulso para cumprir as orientações médicas e manutenção dos ideais de saúde e beleza). Sabendo disto, este estudo tem como objetivo investigar como pessoas que realizaram cirurgia bariátrica constroem sentidos de bioidentidade em narrativas. Para integração entre perspectivas narrativistas e psicologia discursiva, recorreremos à noção de “posicionamento agentivo” como forma de construção de sentidos do narrador e na narrativa. Utilizamos a “análise de posicionamento” para definir as posições das participantes em relação a elas mesmas, a outros personagens da história e à narrativa social da bioidentidade. Foram realizadas duas entrevistas narrativas, registradas em áudio, e nas quais as participantes Ísis e Afrodite contaram sua trajetória de vida. No processo analítico, interpretamos a construção de sentidos nas diferentes posições assumidas antes, durante e depois da cirurgia bariátrica. Para Ísis admitimos as posições de descontrole, ambigüidade e controle, enquanto para Afrodite, as posições de rejeição, superação, desconforto e aceitação. Na transformação destas posições admitimos também mudarem as posições em relação aos demais personagens de suas histórias, assim como suas posições em relação à reflexividade, autonomia e vontade. Ambas também trazem, em suas narrativas, um elemento novo em relação à narrativa social da bioidentidade, a emocionalidade. Destaque às categorias: pequenas histórias, espaço-tempo, personagem, enredo, qualificadores, ação, objeto e recursos explicativos, que nos ajudaram a especificar a “análise de posicionamento”, melhor precisar como se dá o posicionamento das narradoras, e, por conseguinte, a construção de sentidos de si mesmas que fazem nas narrativas.

Palavras-chave: bioidentidade, narrativas, posição, construção de sentidos, cirurgia bariátrica.

MOUTINHO, K. **The narrative construction of bioidentity sense: obesity and bariatric surgery.** 2010. 249 fs. Thesis (Ph.D.) – Postgraduate Program in Cognitive Psychology, Federal University of Pernambuco.

Abstract

The bioidentity is a peculiar way of definition of the human being, particular to the human sciences, in which the self care is focused on the body and to maintain medical and sthetical references. This definition, which characterizes a social occidental narrative of current days, the people act with reflectivity (continous valuation of ourselves), autonomy (responsability to guaranty our health) and Will (impulse to fulfill to the medical orientations and maintenance of the ideals of health and beauty). Knowing of this, this study it has as objective to investigate as people who had carried through bariatric surgery construct meanings of bioidentity in narratives. For integration between narrativists perspectives and discursive psychology, we appeal to the notion of “agentive positioning” as form of construction of senses of the narrator and in the narrative. We use the “analysis of positioning” to define the positions of the participants in relation to themselves, to other personages of history and the social narrative of the bioidentity. Two narrative interviews had been carried through, registered in audio, and in which the participants Ísis and Afrodite had telled their trajectory of life. In the analytical process, we interpret the construction of meanings in the different positions assumed before, during and afterwards the bariatric surgery. For Ísis we admit the positions of uncontrol, ambiguity and control, while for Afrodite, the positions of rejection, overcoming, discomfort and acceptance. In the transformation of these positions we also admit to change of positions in relation to the other characters of their histories, as well as its position in relation to the reflectivity, autonomy and will. Both also bring, in its narratives, a new element in relation to the social narrative of the bioidentity, the emotion. It has detached to the categories: the small stories, reflectivity, space-time, characters, storyline, qualifiers, action, object and explanatory resources, which were very helpful to specify the “analysis of positioning”, better precision of how is given the positioning of the narrators, and, therefore, the construction of the meanings they give to themselves.

Key-words: bioidentity, narratives, position, meaning construction, bariatric surgery

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Balão intragástrico inserido no estômago (à esquerda) e imagem exclusiva do balão (à direita). Adaptado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009)	36
Figura 2. Gastroplastia Vertical Bandada. Adaptado de: Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009)	36
Figura 3. À esquerda, banda ajustável, inserida no estômago, com o tubo de silicone afixado ao abdome. Ao lado direito, foco na imagem exclusiva da prótese de silicone. Adaptado de: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009).	37
Figura 4. Estômago após cirurgia de Fobi-Capella. Adaptado de: Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009).	39
Figura 5. Estômago e intestinos após a cirurgia Duodenal-Swicth. Adaptado de: Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009).	39
Figura 6. Fluxograma do processo analítico para estudos de caso 1 e 2.	115
Figura 7. “A Deusa Ísis”. Pintura em mural, autor egípcio.	117
Figura 8. “O nascimento de Vênus” (<i>La Naissance de Vénus</i>), 1879, do pintor francês William-Adolphe Bouguereau.	161

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Exemplo do processo analítico para definição de personagens nas pequenas histórias dos estudos de caso 1 e 2.	94
Quadro 2. Exemplo do processo analítico para definição dos qualificadores dos personagens na Pequena História 6, do estudos de caso 1.	98
Quadro 3. Exemplo de processo analítico para definição do espaço-tempo no qual se deu a caracterização das pequenas histórias.	103
Quadro 4. Exemplo de processo analítico para identificação na narrativa pessoal da noção de reflexividade.	109
Quadro 5. Exemplo de processo analítico para identificação na narrativa pessoal da noção de autonomia.	110
Quadro 6. Resumo das categorias analíticas, sua definição e recursos discursivos utilizados à identificação nas narrativas.	114
Quadro 7. Qualificadores e tipos de qualificadores por personagem, a partir da análise de fragmento da pequena história 1, do estudo de caso 1 Ísis-Karina.	124
Quadro 8. Posições de Ísis por fragmentos de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo anterior à cirurgia bariátrica.	128
Quadro 9. Posições de Ísis por fragmentos de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo durante a cirurgia bariátrica.	131
Quadro 10. Qualificadores e tipos de qualificadores atribuídos a Ísis por ela mesma, a partir da análise de fragmentos de pequenas histórias do espaço-tempo depois da cirurgia	132
Quadro 11. Posições de Ísis por fragmentos de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo depois da cirurgia bariátrica.	134
Quadro 12. Qualificadores e tipos de qualificadores atribuídos a Ísis por ela mesma, a partir da análise de fragmentos de pequenas histórias do espaço-tempo depois da cirurgia.	139
Quadro 13. Processo analítico para a reflexividade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 1 Ísis-Karina, antes da cirurgia.	142
Quadro 14. Reflexividade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina	145
Quadro 15. Autonomia nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.	148
Quadro 16. Processo analítico para a vontade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 1 Ísis-Karina, antes da cirurgia.	152
Quadro 17. Vontade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.	153
Quadro 18. Processo analítico para a emocionalidade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 1 Ísis-Karina, antes da cirurgia.	155
Quadro 19. Emocionalidade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.	158
Quadro 20. Síntese analítica para as posições de Ísis, em relação à narrativa pessoal e à narrativa social da bioidentidade.	160
Quadro 21. Qualificadores e tipos de qualificadores de Afrodite, a partir da análise de	167

fragmentos das pequenas histórias, do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, antes da cirurgia.	
Quadro 22. Posição de Afrodite por fragmento de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo anterior à cirurgia bariátrica.	168
Quadro 23. Posição de Afrodite por fragmento de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo durante a cirurgia bariátrica.	170
Quadro 24. Qualificadores e tipos de qualificadores de Afrodite, a partir da análise de fragmentos das pequenas histórias, do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, depois da cirurgia.	172
Quadro 25. Posição de Afrodite por fragmento de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo durante a cirurgia bariátrica.	173
Quadro 26. Qualificadores e tipos de qualificadores de Afrodite, a partir da análise de fragmentos das pequenas histórias, do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, durante a cirurgia.	176
Quadro 27. Processo analítico para a reflexividade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, antes da cirurgia.	179
Quadro 28. Processo analítico para a reflexividade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, durante a cirurgia.	181
Quadro 29. Reflexividade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.	184
Quadro 30. Processo analítico para a autonomia em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, durante a cirurgia.	189
Quadro 31. Autonomia nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.	190
Quadro 32. Processo analítico para a vontade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, depois da cirurgia.	194
Quadro 33. Vontade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.	195
Quadro 34. Emocionalidade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.	199
Quadro 35. Síntese analítica das posições de Afrodite ao longo da narrativa pessoal, em termos dos enredos de reflexividade, autonomia, vontade e emocionalidade.	201

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação da obesidade em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) e ao risco de doença, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.	31
---	-----------

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Capítulo 1. Bioidentidade, Obesidade e Cirurgia Bariátrica	19
1.1. A vida como bem supremo	19
1.2. Bases histórico-culturais das bioidentidades	21
1.3. A constituição de bioidentidades e as práticas bioascéticas	24
1.4. Reflexividade, autonomia e vontade	27
1.5. A obesidade	30
1.6. As cirurgias bariátricas	34
1.6.1. Técnicas restritivas	35
1.6.2. Técnicas disabsortivas	37
1.6.3. Técnicas mistas	38
1.7. Pós-cirúrgico: as transformações biopsicossociais	40
Capítulo 2. Fundamentação Teórico-Metodológica	44
2.1. A ciência moderna e o “turno interpretativo”	44
2.2. As narrativas, por Vladimir Propp e Tzvetan Todorov	47
2.3. As perspectivas narrativistas	50
2.4. O fenômeno da identidade e narrativas: diferentes abordagens	59
2.5. Contribuições da Psicologia Discursiva: as noções de posição e de narrativas sociais	63
2.6. A construção de sentido de identidade, por Michael Bamberg	69
2.7. Bioidentidade como narrativa social	76
Capítulo 3. O Presente Estudo	77
3.1. Objetivo e unidade de análise	77
3.2. O hospital e as participantes	78
3.3. Material	79
3.4. O Programa da Obesidade e o contato com os cirurgiados	79

3.5. A rotina hospitalar nos espaços-tempos durante e depois da cirurgia bariátrica	81
3.6. As entrevistas narrativas	82
3.7. Análise de Posicionamento como Análise Narrativa	86
3.7.1. A separação em pequenas histórias	89
3.7.2. Análise das posições: identificação dos personagens	91
3.7.3. Análise das posições: os qualificadores, o enredo e o lugar moral	95
3.7.4. O espaço-tempo nas pequenas histórias	98
3.7.5. A narrativa social da bioidentidade: reflexividade, autonomia e vontade	104
Capítulo 4. Estudos de Caso	118
4.1. Estudo de Caso 1: Ísis-Karina	118
4.1.1. Análise de Posicionamento 1: Ísis em relação a ela mesma	120
4.1.2. Análise de Posicionamento 2: Ísis e os demais personagens	135
4.1.3. Análise de Posicionamento 3: Ísis e a narrativa social da bioidentidade	139
4.1.4. Síntese analítica do estudo de caso 1	158
4.2. Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina	162
4.2.1. Análise de Posicionamento 1: Afrodite em relação a ela mesma	163
4.2.2. Análise de Posicionamento 2: Afrodite e os demais personagens	173
4.2.3. Análise de Posicionamento 3: Afrodite e a narrativa social da bioidentidade	178
4.2.4. Síntese analítica do estudo de caso 2	199
CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
REFERÊNCIAS	218
APÊNDICES	228
APÊNDICE A – Convenções das transcrições	229
APÊNDICE B – Glossário	230
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	231
APÊNDICE D – Questionário	232
APÊNDICE E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	233
ANEXOS	234
ANEXO A – Estudo de Caso 1: Ísis-Karina	235
ANEXO B – Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina	243

INTRODUÇÃO

Dentre os problemas que interessam a filosofia e as ciências humanas, temos aqueles que se referem à construção da identidade, da subjetividade, e do *self*, noções que, em linhas gerais, tratam sobre quem somos e como somos. Este é também o tema que nos move neste estudo, que tem como objetivo investigar a construção dos sentidos de bioidentidade em narrativas, por pessoas que tenham realizado uma cirurgia bariátrica.

Uma interpretação que vem tendo receptividade na atualidade e é compartilhada por filósofos, antropólogos, psicanalistas e sociólogos reconhece que, nos dias de hoje, podemos falar na construção de bioidentidades. A valorização da vida como bem supremo tem sido apontada por diversos estudos como uma característica comum das sociedades ocidentais contemporâneas (Castro, 2007; Costa, 2005; Kehl, 2004; Le Breton, 2007; Ortega, 2005b; Sant’anna, 2001, 2005; Sibilia, 2004). As origens desta supremacia remontam à progressiva tomada do corpo, especialmente a partir do século XVII, como objeto e alvo de poder, constituindo o chamado biopoder proposto por Foucault (1999b). Neste cenário, desdobra-se uma particular definição do humano, que Francisco Ortega (2003, 2005b) propõe como bioidentidade, ou identidade somática, onde o cuidado de si é especialmente voltado para o corpo, para a manutenção de padrões médicos, estéticos, higiênicos: “o corpo torna-se o lugar da moral, é seu fundamento último e matriz da identidade pessoal” (Ortega 2005b, pág. 165).

Nesta interpretação, que tomamos como uma narrativa social, a constituição das bioidentidades está intrinsecamente relacionada às chamadas ascetes ou, no caso específico da atualidade, às bioascetes. Esta noção é discutida por Ortega (2003, 2005b) à luz dos trabalhos de Valantasis (1995) e Foucault (2006), nos quais as ascetes são tomadas como práticas, atividades ou exercícios que colocam o indivíduo na transição de uma subjetividade à outra, realizadas em um sistema moral, religioso e filosófico, com finalidade de atingir um objetivo específico. Ortega propõe que, nos dias de hoje, as chamadas bioascetes são voltadas à manutenção da saúde e do corpo

perfeito, face ao fortalecimento progressivo dos discursos da medicina e da ciência, sugeridas por Foucault (1999a) como estratégias biopolíticas. Nesta narrativa social, são práticas bioascéticas as dietas, os exercícios físicos, a submissão às cirurgias plásticas, as transformações corporais através de tatuagens, de *piercings*, etc. Diferentemente das atividades ascéticas cristãs, que proporcionavam liberdade, estes exercícios são voltados ao assujeitamento e ao controle.

Neste cuidado com o corpo, as pessoas, segundo Ortega (2004, 2005b) são reflexivas, autônomas e têm vontade. Como reflexivas, monitoramos a nós mesmos, nossas taxas, condicionamento físico, num movimento que Ortega nomeia por autoperitagem. Para o autor, dieta e *fitness* não exemplos desta reflexividade. Mas de acordo com esta narrativa, somos também responsáveis pela garantia de nossa saúde e respeito às orientações médicas, afastando-nos dos considerados comportamentos de risco, como o sedentarismo e a ingestão de alimentos calóricos; o que, por sua vez, exige-nos forte vontade.

Com o objetivo então de saber, agora no plano das narrativas pessoais, como as pessoas constroem sentidos de bioidentidade, recorreremos às perspectivas narrativistas e à psicologia discursiva. Ambas estão ancoradas no chamado “turno interpretativo” e, como tal, defendem a linguagem como constitutiva da experiência e a construção de sentido como uma privilegiada pela qual, no uso da linguagem, interpretamos o mundo, numa herança aos pensamentos de Heidegger, Nietzsche, Dilthey, Gadamer e Wittgenstein (Lightfoot, 1997). Sobre os estudos do fenômeno da identidade realizados em ambas as áreas, da primeira ressalta-se a importância das narrativas como organização da experiência na qual se dá, em uma agentividade narrativa, a construção do mundo e de nós mesmos (Bruner 1997a, 1997b; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986). Da segunda, ressalta-se o desenvolvimento da noção de posição, como uma alternativa dinâmica e situacional à noção de papel comum à psicologia social (Davies & Harré, 1999; Harré & van Langenhove, 1999b; van Langenhove & Harré, 1999). Da convergência crítica entre estas perspectivas, escolhemos por considerar os estudos de Bamberg, Georgakopoulou e Korobov (Bamberg, 1997a, 1997b, 2005,

2005, 2006, 2008a, 2008b, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2006), que em uma proposição de posicionamento agentivo e de análise de posicionamento em pequenas histórias, nos oferecem a possibilidade de se abordar o fenômeno da identidade, numa perspectiva relacional, ao mesmo tempo definida pela singularidade com que usamos recursos discursivos em situações de troca simbólica e em relação às narrativas sociais. Em nosso caso, a narrativa social em questão é exatamente o discurso da bioidentidade.

Nesta direção, nosso estudo foi realizado com um público especialmente escolhido pela particularidade de lidar cotidianamente com transformações biopsicossociais face à decisão que fizeram pela intervenção cirúrgica para redução de peso através da chamada cirurgia bariátrica, também conhecida como gastroplastia e cirurgia da obesidade. Nota-se cada vez mais um interesse da sociedade a respeito desta temática, pelo aumento progressivo com que se faz estas cirurgias bariátricas em todo o mundo e porque a obesidade é questão de saúde pública, como doença sem fronteiras, que atinge crianças, jovens e adultos. No Brasil, o número de cirurgias bariátricas realizadas em unidades do SUS tem ultrapassado os 500%, desde 2001 e até 2008.

Para então tratarmos da construção narrativa de sentidos de bioidentidade por pessoas que fizeram cirurgia bariátrica, desenvolvemos este estudo aqui apresentado em cinco capítulos. No primeiro deles, fazemos uma apresentação sobre a narrativa social da bioidentidade, tratando de suas bases históricas e do que se espera hoje das pessoas para que possam cuidar de si mesmas: reflexividade, autonomia e vontade. Abordamos ainda, neste capítulo, a obesidade e a cirurgia bariátrica, explorando como são conceituadas nas instituições de referência nacional e mundial, a legislação que trata da cirurgia, os tipos comuns de operações. No capítulo 2, ingressaremos na fundamentação teórico-metodológica deste estudo, apresentando desde as bases epistemológicas que o norteiam, até o referencial teórico metodológico que são tomados como referência para proposição da construção de sentidos de identidade. Neste último caso, nossa centralidade se fará sobre as noções de posicionamento e de posição. No capítulo 3 especificamos o presente estudo: objeto,

unidade de análise, método de investigação e proposta de análise, na qual apresentamos e definimos as categorias que serão usadas para a “análise de posicionamento”. Em seguida, no capítulo 4, faremos os estudos de caso referentes às narrativas pessoais de Ísis e Afrodite, construídas em conversação com a pesquisadora. Finalizando nosso estudo apresentaremos as considerações finais, quando trataremos de suas contribuições, limites e possibilidades desta investigação para trabalhos futuros.

Capítulo 1

Bioidentidade, Obesidade e Cirurgia Bariátrica

1.1. A vida como bem supremo

Dentre as discussões atuais sobre personalidade, *self* ou identidade do Homem do último século, uma linha de interpretação que tem ecoado em diversas áreas das ciências humanas e da filosofia, admite que podemos pensar neste Homem como construindo bioidentidade, e na sociedade ocidental atual como de valorização da vida, um bem supremo. O termo bioidentidade é especialmente discutido no Brasil pelo filósofo Francisco Ortega (2003, 2005b, 2008), dando continuidade e ampliando as reflexões desenvolvidas por Michel Foucault (2003, 2005b).

(...) a ênfase dada aos diversos procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos leva à formação de identidades somáticas, as bioidentidades, as quais têm deslocado para a exterioridade o modelo internalista e intimista de construção de si. O pano de fundo contra o qual esses processos se dão é constituído pelas mudanças que atingem o paradigma da clínica moderna e suas concepções de saúde e doença, normal e patológico, e os efeitos dos discursos e práticas médicas (associadas ao impacto das biotecnologias) na constituição de uma nova subjetividade e na construção de uma nova definição filosófica do humano (Ortega 2003, p. 60).

Esta importância atribuída à vida tem fomentado variadas discussões na filosofia, medicina, ciências humanas e sociais, contemplando as mais diferentes temáticas, como a noção de sujeito cerebral (Ortega & Vidal, 2007; Serpa Jr., 2004), as biotecnologias (Bernades & Guaresch, 2007; Ortega, 2005a, 2007; Rabinow, 1997); a biossociabilidade (Rabinow, 2002); a biopsiquiatria (Martins, 2005), as psicopatologias contemporâneas (Santos, 2007) e biopolítica (Ortega, 2004). Nestes estudos, destaca-se a importância que a vida assume nos discursos da atualidade e os impactos decorrentes desta centralidade. Estes impactos geralmente tratam sobre as alterações que vivemos em nossa identidade, ou, como admitimos neste estudos, as construções de sentido de identidade, mesmo que este não seja o objetivo último das reflexões destes estudos.

No caso das biossociabilidades, por exemplo, estudos tratam como o estabelecimento e a manutenção de laços sociais, grupos, organizações não-governamentais, associações, têm sido definidos por aspectos relativos à vida (Ortega, 2005b). Note-se, por exemplo, os agrupamentos voltados a etapas da vida humana, como no caso da Associação de Idosos do Brasil – AIB, sediada em Goiás, e a Associação Salvamar de Assistência à Criança e ao Adolescente, no Espírito Santo; há também os grupos formados em relação a afecções, como nos casos da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, em São Paulo, e da Associação Reviver Down, no Paraná. E os grupos formados para apoiar práticas consideradas saudáveis, como no caso da Associação Amigos da Amamentação – AMAMEN, no Belém do Pará e do Projeto Obesidade Zero% - OZ%, versão virtual do Projeto Obesidade Mórbida Nunca Mais. Nestas associações temos mais que agrupamentos, mas projetos de vida definidos em função de interesses comuns e pelos quais se acha imprescindível lutar.

Já no caso das biotecnologias, discussões se reportam às intervenções técnicas estabelecidas sobre nossos corpos – na perspectiva anatomofisiológica¹ – cujas transformações e construções marcam demasiadamente os sentidos que construímos sobre nós mesmos, sobre nossa identidade. Bernardes e Guareschi (2007) ressaltam o investimento de pesquisas na biologia molecular capazes de gerar alterações genéticas no corpo humano. Características anteriormente tomadas como comuns e constitutivas de nossa humanidade são progressivamente entendidas como “problemas” que supostamente fragilizam nosso desempenho e nos distanciam de ideais de beleza e saúde. Em prol de uma “perfeição”, serão banidas simples acnes, complexas cardiopatias, concentrações de tecido adiposo. Como discute Ortega (2007), as mais variadas cirurgias plásticas, próteses orgânicas e inorgânicas - como marca-passos, olhos eletrônicos – além dos transplantes e tecnologias de digitalização do corpo – como ressonâncias magnéticas – nos permitem pensar num corpo maleável, biônico e fragmentado, construído na e pela ciência. Vivemos, para o autor, uma abstração da experiência subjetiva do corpo, como se a sua integração, sua unidade orgânica, não fosse mais

¹ Na literatura há diferentes concepções sobre corpo, como, por exemplo, aquelas fomentadas por Merleau-Ponty (2003). Para a narrativa social de bioidentidade que tratamos neste estudo, satisfaz-nos considerar corpo como unidade anatomofisiológica.

importante. Para Bernardes e Guareschi (2007), as máquinas não mais estão a serviço da vida, mas são a própria vida. Continuam as autoras:

As biotecnologias encontram-se na atualidade como condições de existência do humano; um humano que conforma sua existência em rituais de *upgrade*, em que o organismo não é mais um limite existencial, impondo-se a necessidade de transcender a própria condição humana (pág. 154).

O que estes estudos reportam, seja sobre as noções de sujeito cerebral, seja sobre biossociabilidade e biotecnologias, é que as transformações sociais mais amplas irão sobremaneira construir e serem construídas por cada um de nós, em nossa forma de lidar com o mundo, nossos hábitos, costumes, desejos, conflitos cotidianos, estabelecendo, assim, uma inequívoca relação com nossa subjetividade, como dizem Castro (2007), Costa (2005), Sant'anna (2001), com os sentidos que construímos de identidade, como aqui admitimos. Nos estudos de Francisco Ortega (por exemplo, 2003, 2004, 2005a, 2005b), a noção de bioidentidade surge como uma proposição para esta subjetividade, comum nas sociedades contemporâneas e ocidentais. Ela tem uma história particular que justifica sua elaboração e também algumas ferramentas de constituição, que são as chamadas práticas bioascéticas. Como veremos detidamente mais adiante, são práticas voltadas ao cuidado de si, presentes ao longo da história da humanidade. Nos dias atuais são exemplos destas práticas o controle alimentar, as atividades físicas, espirituais, a leitura de revistas destinadas à manutenção da boa forma, de livros de auto-ajuda, a formação e/ou participação em grupos de interesse, etc.

Para aprofundarmos nossas discussões sobre as bioidentidades, recuperemos brevemente o contexto histórico-cultural que justifica a proposição desta noção, para, em seguida, tratarmos das práticas bioascéticas, discutidas como construtoras das bioidentidades.

1.2. Bases histórico-culturais da bioidentidade

Voltemo-nos agora à modernidade, época em que foi se solidificando a importância do poder médico e então surgindo essa nova forma de organização dos sentidos de identidade. Reportando-se

a Hannah Arendt, Michel Foucault, Norbert Elias e Philippe Ariès, Ortega (2003) ressalta a modernidade como uma era de progressiva busca da intimidade e enfraquecimento dos valores públicos, da vida solidária e coletiva. Para Ariès e Duby (citado por Ortega, 2003), em *A História da Vida Privada*, o período entre o fim da Idade Média e o século XIX pode ser discutido como aquele no qual se faz uma transição entre uma sociedade marcada pelas redes sociais de solidariedade (feudos e comunidades), para um mundo sem distinção entre o público e o privado, monopolizado pela família no ambiente particular. Seria então o desaparecimento da qualidade pública, para o aparecimento de uma sociedade intimista, de privatização.

Nesta sociedade intimista, onde ocorre o esvaziamento da esfera pública, dá-se o progressivo fortalecimento da vida, que passa a ser tomada como um “bem supremo”. É a substituição do mundo, da esfera pública, pela vida. A este processo, Foucault (1999a) chama de biopoder e teve seu início nas sociedades ocidentais no século XVIII. Para Ortega (2003), tanto Foucault como Arendt ressaltaram as conseqüências deste processo de valorização da vida, destacando que o totalitarismo, o intimismo e a normalização da sociedade seriam suas manifestações fundamentais.

Duas formas de biopoder são discutidas por Foucault em suas reflexões sobre vida e corpo, como foco de interesse da sociedade capitalista (Martins, 2005). Uma primeira forma de biopoder seria exercida na chamada sociedade disciplinar, comum aos séculos XVII a XVIII, e teria como característica a vigilância, o treinamento e a eventual punição dos indivíduos, voltando-se assim para o homem-corpo. Esta sociedade disciplinar, constituída por instituições para confinamento tais como família, escola, hospital, fábrica, caserna e prisões tinha como objetivo garantir uma normatização que produzisse “corpos dóceis”, eficazes e submissos.

Houve, durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada ao corpo – ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam. [...] O “Homem-máquina” de La Mettrie é ao mesmo tempo uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro dos quais reina a noção de “docilidade” que une o corpo analisável ao corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (Foucault, 1999b, pp. 117-118).

Na segunda metade do século XVIII, reconhecendo a mudança de um contexto sócio-cultural nas sociedades ocidentais, Foucault aborda uma nova forma de biopoder, ainda mais abrangente, e que não se restringia unicamente à manipulação do corpo para torná-lo “dócil”, mas à manipulação de grandes massas, populações. Não mais se focaliza o homem-corpo, mas o homem-espécie, ser vivo.

A proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (Foucault, 1999a, p. 131).

A ascensão da vida e do corpo nas sociedades ocidentais oitocentistas é discutida por Foucault à luz também do fortalecimento da medicina, que passa a refletir sobre o estatuto filosófico do homem especialmente a partir de sua finitude e presta-se como eficiente instrumento para regulação da população quanto à mortalidade, saúde, etc. Assim diz Foucault (1999a, p. 80):

Minha hipótese é que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

Este biopoder tem sua continuidade com as mudanças econômicas e sócio-culturais progressivamente ocorridas e que constituirão o que muitos autores caracterizam como pós-modernidade ou contemporaneidade. São as características desta época que permitirão à medicina a continuidade e ampliação de tamanho poderio e responsabilidade. Na atualidade, entra em crise um conjunto de valores políticos, religiosos, filosóficos. Na década de 1980, essa crise convive com o aumento do individualismo e o enfraquecimento da moralidade de cooperação.

O sujeito pós-moderno não encontra amparo no Estado, enfraquecido e pouco interveniente nas estratégias para garantia da saúde pública, como um dever próprio para assegurar o direito dos cidadãos. O sujeito dos dias de hoje passa então a se responsabilizar por sua própria saúde, no intuito

de diminuir os riscos e possibilidades de adoecimento. Continua então o fortalecimento do discurso da ciência, em especial a medicina, como a principal referência para os indivíduos na construção de sentidos de identidade: ela fala em nome da “Verdade” e fornece regras morais a serem executadas por todos (Oliveira, 2007; Costa, 2005; Ortega, 2004, 2005a, 2007).

Para Maria Rita Kehl (2005), é nos dias de hoje que o discurso biomédico ocupa um vazio deixado pelos discursos religiosos, morais e filosóficos. Ele orienta uma indústria do corpo, que, em nome da felicidade e da vida, defende o cuidado de si voltado para a saúde e a beleza. Temos assim uma nova identidade absolutamente atrelada à produção de corpos típica desta atualidade: “o corpo-obra do sujeito contemporâneo revela um deslocamento significativo do eixo da subjetividade na sociedade atual” (Kehl, 2005, p. 176). Esta subjetividade, nomeada neste discurso como bioidentidade, tem um instrumental de fundamental importância a sua constituição: as asceses ou, como no caso da atualidade, as bioasceses. Voltemo-nos agora às explicações que autores diversos atribuem à constituição de sentido de identidade nas sociedades ocidentais e atuais.

1.3. A construção de bioidentidades e as práticas bioascéticas

O cuidado de si, antes voltado para o desenvolvimento da alma, dos sentimentos e das qualidades morais, dirige-se agora para a longevidade, a saúde, a beleza e a boa forma. Inventou-se um novo modelo de identidade, a *bioidentidade*, e uma nova forma de preocupação consigo, a bioascese, nos quais o fitness é a suprema virtude. Ser jovem, saudável, longo e atento à forma física tornou-se a regra científica que aprova ou condena outras aspirações à felicidade (Costa, 2005, p. 190).

Neste discurso da bioidentidade, o olhar para o homem em busca de melhor compreender a construção de sua identidade encontra nas asceses uma ferramenta importante. Elas ajudam a compreender estas subjetividades e seus modos de constituição. Tentar definir as asceses, segundo Ortega (2005b), não é uma tarefa fácil. Comumente são elas são definidas em termos de suas práticas, de como são exercidas, o que impede encontrar seus elementos mais comuns, universais. Noutros casos, elas são explicitadas como comportamentos de auto-renúncia, como exercícios

negativos. No intuito de entender as asceses de forma que contemple tanto os seus aspectos universais, quanto as formas pelas quais o fenômeno emerge, ou seja, em uma prática, com objetivos e contexto específicos, o autor toma como referência as definições de Valantasis (1995) e Foucault (2006). Para ambos, as asceses são performances, exercícios, práticas que estão associadas a uma subjetividade e são características de um meio social específico. Em “A Hermenêutica do Sujeito”, Foucault (2006) tratou das asceses (*áskesis*) e da história de suas diferentes manifestações culturais, nomeando-as por “práticas de si” e entendendo-as como um fenômeno presente em todas as culturas. Ascética² é um “conjunto ordenado de exercícios disponíveis, recomendados e até obrigatórios, utilizáveis pelos indivíduos num sistema moral, filosófico e religioso para atingir um objetivo espiritual específico” (Foucault, 2006, p. 505).

Tomando este referencial, Ortega (2005b, 2008) propõe que as condutas ascéticas possuem como características: 1) são um processo de subjetivação, uma vez que é através de exercícios ascéticos que um tipo de subjetividade será abandonada em prol de outra a ser alcançada; 2) geram rearranjos nas relações sociais, onde novos vínculos sociais são estabelecidos e delimitados; 3) são um fenômeno social e político, assumindo os ascetas, em muitos casos, o papel de mediadores, intercessores, especialmente em momentos nos quais as estruturas governamentais não satisfazem os interesses gerais de uma comunidade; e 4) envolvem diretamente a vontade, uma vez que dependem, para que sejam efetivadas, de forte participação da volição.

Desta maneira, veremos ao longo da história da humanidade que estas práticas ascéticas são construídas por e construtoras de sentidos de identidade específicos e contextos sócio-culturais também particulares. Por vezes há atividades, práticas semelhantes, mas com significados e objetivos completamente diferentes. O cuidado com a alimentação, a reflexão sobre si, a busca pelo equilíbrio faziam parte das práticas ascéticas Greco-latinas, como fazem parte hoje de nossas vidas. Entretanto,

² Na tradução portuguesa, Foucault (2006) prefere o termo *ascética* a (1) ascetismo, por este estar vinculado à atitude de renúncia, de mortificação, e à (2) ascese, por esta estar relacionada à realização de exercícios por um indivíduo que espera, a partir destes, obter purificação ou qualquer outra experiência espiritual. Ortega (2005b) por sua vez utiliza marcadamente o termo *ascese* e *bioascese* e aqui nos reportaremos a esta terminologia face ao uso nesta tese do conceito de bioidentidade apresentado por este autor.

no passado, o homem buscava libertar-se de seus desejos, e se sobrepor ao seu corpo (Ortega, 2005b). Difere assim da prática do regime tão comum nos dias de hoje, onde o controle alimentar surge como culto ao corpo, pela busca de uma suposta saúde. A dieta era um modo de viver, e a dietética uma arte da existência, componente de uma política onde o homem se preocupava com o justo, com aquilo que é suficiente ao seu corpo. Não se tratava de realizar atividades para construção do corpo, evitar ou curar doenças, preocupações típicas do homem ocidental dos dias de hoje.

Na época helenística e romana o cuidado de si aparece agora atrelado a outra preocupação: a reciprocidade. Quando as sociedades tinham na pólis um objeto de interesse comum, o cuidado com o outro aparece como fundamento das práticas ascéticas (Kehl, 2004). Platão, na “República”, já condenava o cuidado excessivo com o corpo como sendo um exercício de homens ociosos, porque não estava voltado ao bem comum.

Resumindo, tanto nas asceses clássicas greco-romanas quanto nas cristãs, o corpo era submetido a uma dietética (sexual, alimentaria, etc), visando sua superação e transcendência – a ascese corporal aparece vinculada a uma ascese espiritual – como prova de capacitação pública, de contato com a divindade ou da superação da condição humana individual e da adoção da perspectiva da natureza universal. Nessas práticas do *self*, o corpo possui sempre um valor simbólico, na base da constituição de um *self* dono de si, que mediante as práticas de ascese corporal, legitimava-se para se ocupar dos assuntos públicos, atingir um conhecimento de si ou se auto-anular na procura do acesso a Deus (Ortega, 2005b, p. 151).

Se nas práticas ascéticas da antiguidade temos a marca da liberdade do homem sobre seu corpo e a preocupação com o bem comum, na contemporaneidade estas práticas são discutidas como apolíticas, sendo ainda de assujeitamento e controle: são as práticas bioascéticas, constitutivas da bioidentidade.

Nos dias de hoje, não mais se torna importante a ação que possa ser feita pelo conjunto da sociedade, em busca de um bem comum. Importa sim a adequação a um modelo de corpo definido pela ciência e pela medicina, o que requer o exercício de práticas higiênicas e o domínio de um vocabulário médico-fisicalista (taxa de glicose, de colesterol, capacidade aeróbica, tônus muscular, etc). O culto ao corpo, muitas vezes exibido através de comportamentos voltados à beleza e/ou saúde, torna-se uma referência para a moralidade contemporânea: é ele que garante méritos e gera

reconhecimento social (Castro, 2007). Para Sant'anna (2005), as asceses, hoje, estão cada vez mais comprometidas com o mercado da saúde, em contraposição às práticas voltadas à salvação da alma outrora observadas. Kehl (2004) diz que este cuidado de si é comprometido com a produção de um corpo-imagem, de uma aparência, valor primordial da “sociedade do espetáculo” defendida por Guy Debord (1997). A aparência diz do sucesso de quem a possui.

O homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou a fragilidade, manter sua ‘saúde potencial’. O corpo é hoje um motivo de apresentação de si. [...] ‘É por seu corpo que você é julgado e classificado’, diz, em suma, o discurso de nossas sociedades contemporâneas (Le Breton, 2007; pp. 30-31).

1.4. Reflexividade, autonomia e vontade

O discurso da bioidentidade além de tratar das práticas bioascéticas nas quais se faz a mudança de subjetividade, inclui três noções importantes para que estas práticas se efetivem. São elas (1) reflexividade; (2) autonomia; (3) e vontade. Estas noções estão intimamente relacionadas e nos interessam porque serão, neste estudo, tomadas como eixo organizadores do discurso da bioidentidade e por esta razão tomadas como parâmetro para nossa análise. Conheçamos mais detidamente do que tratam, como constituem o discurso da bioidentidade.

Como vimos, é reconhecida na literatura a preocupação que o homem tem, nos dias de hoje, por controlar seu corpo, construindo-o, modificando-o, disciplinando-o. A reflexividade é discutida por Ortega (2005b) como um importante recurso para que este controle se faça. Através dela o homem se vigia, se governa: “a reflexividade é um processo de taxação contínua de informação e peritagem sobre nós mesmos” (p. 155). Esta autoperitagem é bastante comum ao indivíduo contemporâneo, que assim acompanha os cuidados higiênicos, médicos e estéticos fundamentais à construção de sua bioidentidade. Para Ortega (2005b), na dieta e no *fitness* se tem ótimos exemplos do processo de reflexividade corporal. Cotidianamente o homem reflete sobre seu corpo e hábitos

saudáveis. Constitui sua bioidentidade avaliando alimentos que deverá comer em termos de suas calorias, taxas de glicose, colesterol, realizando uma seleção de alimentos adequados que supostamente garantirão a perfeição de seu corpo. A cada refeição ele controla sua alimentação, analisa a quantidade de glicose, de colesterol, de carboidratos que irá ingerir. Ao *fitness*, expressão comumente utilizada para indicar o estado de se ter o corpo bem condicionado, o “estar em forma” parece caber como a indicação para combater todos os males da sociedade na atualidade, como drogas, depressões, distúrbios diversos. Práticas bioascéticas como regimes rigorosos ou simples controle alimentar, exercícios contínuos ou raras caminhadas, têm como suporte a autoperitagem, e dependem da reflexividade que as pessoas façam sobre si mesmos.

Intrinsecamente relacionada à reflexividade está a autonomia, dimensão que trata da responsabilidade de cada um por tentar garantir sua própria saúde. As escolhas feitas pelas pessoas devem estar comprometidas com o afastamento de riscos e com a busca por construir hábitos saudáveis. Assim as pessoas tentam garantir uma excelência em suas performances, tornando-se preparadas para um mundo competitivo e mostrando a propriedade com que cuidam de si. Àquele que negligencia o discurso científico, as orientações médicas, passando a exercer comportamentos de “risco”, uma vez que o aproximam da doença e da morbidade, sobra a repugnância e a marginalidade, além de sua própria culpa (Castro, 2007). Para obesos e idosos, por exemplo, surgem discursos estigmatizantes e excludentes, e eles passam a ser tratados com “desviantes”: “O tabu que se colocava sobre a sexualidade coloca-se agora para o açúcar e as gorduras. O glutão sente-se, com frequência mais culpado que o adúltero” (Ortega, 2005b, p. 165).

O discurso da autonomia individual contribui ainda para o desmonte do Estado como único responsável pela garantia da saúde para a população. Envolvidas com a promoção de hábitos saudáveis, engajadas em sua própria vigilância e disciplina, as pessoas passam a condenar os “desviantes”, tornam-se avessas à dependência, inclusive se ela é gerada pela falta de saúde. Este

valor à autonomia marca as práticas ascéticas e as bioidentidades, diferente das sociedades politizadas, onde a reciprocidade e a mútua dependência estão na base das relações sociais.

Em relação agora à vontade, ela é discutida como um elemento essencial para a efetivação de práticas bioascéticas. O sucesso ou o fracasso no culto ao corpo e a busca pelo ideal de saúde são inequivocamente atrelados ao exercício da vontade. Uma mulher na pós-menopausa, que se autogoverna, toma as medicações adequadas, realiza atividades físicas, e não depende de seus pares para garantir a manutenção de uma saúde perfeita, é considerada uma mulher “boa” tenaz, com “força de vontade”. Já aqueles fracassados na manutenção da saúde, irresponsáveis quanto à autoperitagem e inábeis para o uso de sua autonomia, são tidos como de vontade fraca. “Só é feito quem quer e só envelhece quem não se cuida” (Goldenberg & Ramos, 2007, p. 9). Ou ainda, como diz Costa (2005): O indivíduo deve creditar o sucesso de seus esforços à sua vontade. Mas, em caso de fracasso, *deve se sentir fisicamente doente* e, por isso mesmo, não contestar o valor e o sentido dos ideais corporais dominantes (p. 196, grifos do autor).

Médicos europeus parecem cientes da importância desta volição para o exercício de comportamentos saudáveis. Segundo noticiado em outubro de 2006 pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, SBCBM, eles apoiavam o “imposto gordura” sobre os alimentos insalubres. De acordo com pesquisa realizada pela Medical Futures, o apoio foi anunciado por 58% dos médicos de família na Europa, no intuito de conter a obesidade.

Os manuais de auto-ajuda, a mídia e os conselhos dos experts em saúde levam os indivíduos a acreditarem que as imperfeições e defeitos corporais são resultado da negligência e ausência de cuidado de si. Com disciplina e boa vontade, qualquer um poderia alcançar uma aparência mais próxima do padrão de beleza vigente. Àqueles que não o alcançam é reservada a estigmatização, o desprezo e a falta de oportunidades (Castro, 2007, p. 76).

Em resumo, a reflexividade, a autonomia e a vontade são propostos, neste discurso da bioidentidade, como recursos fundamentais à manutenção e garantia dos ideais médicos, estéticos e de saúde em nossa sociedade ocidental da atualidade. Com eles o homem executa práticas bioascéticas, construindo, assim, sua bioidentidade. É importante ressaltar que esta bioidentidade se

constrói tanto quando nos aproximamos, como quando nos afastamos destes ideais de saúde e de corpo. É a “matriz somática” que fundamenta a bioidentidade, ou seja, a construção de si voltada para o corpo. Neste estudo, particularmente nos interessa a construção da bioidentidade para aqueles que vivenciaram o extremo oposto do corpo ideal. Interessa-nos aqueles que viveram a obesidade em seu mais elevado grau de risco de morte e que, exemplos do discurso do “risco” e da antítese do “belo”, fizeram uma intervenção cirúrgica. Interessa-nos aqueles que hoje vivem a experiência, por vezes inédita, de não serem obesos, de serem saudáveis, aqueles que hoje são “como todo mundo”, tal como nos disse Ísis, ou mesmo “normal”, como nos disse Afrodite, participantes deste estudo.

1.5. A obesidade

Outro dia eu li uma carta que veio com a foto da leitora. Era uma menina que quase falava em suicídio, pois ela não saía de casa, não ia à praia, que ela era horrorosa, era a pessoa mais horrível do mundo, que tinha um corpo terrível. Passei, então, a olhar a foto até com um certo receio da “feiúra” pintada na carta. Quando olhei a foto, ela estava de biquíni, uma menina de 19 anos, o corpo dela era ótimo, era pura “nóia” da cabeça dela. Eu acho que isso é que move esse mercado da forma física, as pessoas desesperadas atrás de sua auto-estima. (Visoni, citado em Castro, 2007, p.52-53)³

Desde a década de 20 e até os anos 80, as indústrias da moda, cosméticos, publicitária e cinematográfica se fortaleceram e ajudaram a eleição de um referencial estético muito específico, enaltecido pelo cinema através de suas deusas de cinturas afinadas e contornos delineados: falamos da beleza através do corpo esbelto (Castro, 2007). As práticas bioascéticas passaram então a objetivar uma aproximação a um corpo magro e a gordura foi cada vez mais marginalizada. Progressivamente, o discurso científico, fortalecido ao longo do tempo como uma estratégia biopolítica, alerta a população quanto aos riscos para a saúde que a concentração excessiva de tecido adiposo promove. Inicia-se uma forma particular de lidar com o corpo e esta inclui uma forte rejeição à gordura. Para Paula Sibilia (2004), a preocupação com a manutenção de um corpo esbelto constitui o que a autora chama por *lipofobia*, “um horror cada vez mais visceral aos tecidos adiposos

³ Cláudia Visoni era diretora de redação da Revista Boa Forma na ocasião deste depoimento e fez parte do corpus da investigação originalmente realizada por Ana Lúcia Castro, como Tese de Doutorado, em 2001.

que *naturalmente* conformam o corpo humano” (p. 68). Trata-se do que chama por “temível fantasma da gordura”, vigorosamente rejeitada em nossas sociedades ocidentais nos dias de hoje.

Conhecer o corpo gordo, defini-lo, estudá-lo, passa a ser tão importante quanto combatê-lo. E neste processo, uma forma de “organização corporal” é particularmente construída pela ciência. Temos o nascimento da obesidade, que, segundo a World Health Organization, WHO (2009), é uma acumulação de gordura anormal ou excessiva no organismo e que apresenta riscos à saúde; sua definição respeita um preciso critério internacional relativo ao índice de massa corporal (IMC), mensurado a partir do peso da pessoa em quilogramas, dividido pelo quadrado de sua estatura, em metros. É representada por: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 (\text{m}^2)$. Os índices auxiliam a estabelecer uma orientação para a ciência, a população e ao Estado, sinalizando para os riscos que a concentração de gordura oferece. Estes perigos são definidos pela OMS em termos do grau da obesidade (Coutinho & Benchimol, 2006; Ferraz, Arruda, Bacelar, Ferraz, Albuquerque & Leão, 2003; Lima Filho, 2008). Tem-se a obesidade grau I (ou sobrepeso) quando o indivíduo possui o IMC igual ou superior a 30 e menor ou igual a 34,9 kg/m². Já obesidade grau II é definida para o IMC que varie entre 35 e 39,9 kg/m² e grau III, para o IMC igual ou superior a 40 kg/m². Para cada grau de obesidade o risco de doença é diferenciado, tal como ilustrado na Tabela 1, adaptada de Mancini (2006):

Tabela 1. Classificação da obesidade em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) e ao risco de doença, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

IMC (kg/m ²)	Classificação	Grau de Obesidade	Risco de doença
IMC < 18,5	Magreza	0	Elevado
18,5 a 24,9	Normal	0	Normal
25 a 29,9	Pré-obesidade	0	Moderado
30 a 34,9	Obesidade	I	Elevado
35 a 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
IMC ≥ 40	Obesidade	III	Muitíssimo elevado

IMC ≥ 25 kg/m² também caracteriza o chamado “excesso de peso”.

Peso saudável equivale ao peso normal.

A obesidade é definida como pertencente ao grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) e, como tal, possui múltiplos fatores de risco, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte. Mais ainda, é considerada também um fator de risco para outras doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares e diabetes. Estudos têm apontado que obesos morrem mais de doenças do aparelho circulatório principalmente de acidente vascular-cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado (Brasil, 2006).

As chamadas comorbidades, ou seja, doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando esta é tratada, tornam a obesidade ainda mais preocupante (ver apêndice B para glossário de terminologia médica). Para Coutinho e Benchimol (2006), é provável que duzentas mil pessoas morram anualmente como decorrência das comorbidades relacionadas à obesidade, tais como: hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2, dislipidemia, doença coronariana, apnéia do sono e câncer.

A ciência destes riscos aumenta a preocupação das autoridades, o que ainda se acentua quando analisados os percentuais de crescimento da população obesa. A obesidade tem velozmente se espalhado em países de todo o mundo, atingindo tanto aqueles desenvolvidos, como os que estão em desenvolvimento (Brasil, 2006). De acordo a terceira edição do estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2008 o número de adultos obesos que participou da pesquisa no Brasil foi de 13%, sendo 13,6% o número de mulheres e 12,4% o de homens obesos (Brasil, 2009). Dentre as 27 cidades brasileiras que compuseram o estudo, Porto Alegre é a que apresenta maior frequência de excesso de peso em adultos (IMC maior ou igual a 25 kg/m²): quase metade da população adulta (49%) está acima do peso; já São Luís do Maranhão possui a menor população de adultos obesos do Brasil (9,5%). Em Recife, o percentual de adultos com excesso de peso, segundo o estudo, é de 46% da população, sendo 51,5% do sexo masculino e 41,7% do sexo feminino. Em 1975, em contrapartida, o Estudo Nacional de Despesa

Familiar (ENDEF) realizado no Brasil indicou que 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres eram obesos (Brasil, 2009).

Em meio a este cenário, manter o corpo magro passou a ser uma preocupação constante. E a obesidade, combatida através das práticas bioascéticas de regimes alimentares, cirurgias plásticas e exercícios, acaba por se destacar frente mesmo ao problema da fome, que ainda aumenta em locais esquecidos do planeta (Sibilia, 2004). No Brasil, como apresenta Castro (2007), uma vasta gama de publicações dedica-se exclusivamente a orientar o público leigo e especializado ao culto do corpo para torná-lo esbelto, definindo-o também como corpo saudável. Paralelamente, a indústria de alimentos se desenvolveu e os produtos *diet* ganharam progressiva aceitação e aumento no consumo. A autora ressalta que, segundo a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos Dietéticos e para Fins Especiais – ABIAD, os alimentos dietéticos em 1991 eram consumidos por 55% da população brasileira, sendo as mulheres responsáveis por 60% deste consumo, e, dentre elas, 69% tinham entre 18 e 34 anos. Entre 1991 e 2000, o faturamento de fabricantes de produtos *light* e *diet* aumentou dez vezes. Em nome da saúde e da beleza, condenam-se os hábitos alimentares que nos afastam do corpo esbelto. Para Castro (2007):

Cada vez mais a cultura alimentar das sociedades ocidentais vem desprezando os pães e as batatas e recomendando carnes, grelhados, laticínios, legumes e frutas frescas, apregoando que o corpo perfeito exige uma alimentação ideal (que muitas vezes exclui delícias, implicando em uma dose de sofrimento) (pp. 27-28).

É assim que, na atualidade, vimos também um aumento progressivo no número de academias de ginástica e de clínicas de cirurgia plástica, as quais, continua Castro (2007), são as instituições de maior destaque neste mercado dedicado à produção da beleza: o Brasil, até o ano de 2001, era o maior mercado de cirurgia estética do mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. Em relação às práticas cirúrgicas, os brasileiros cada vez mais têm se submetido a estas intervenções, especialmente as que proporcionam redução de peso, particularmente importantes aos obesos em maior risco de morte.

1.6. As cirurgias bariátricas

(...) a obesidade é uma inimiga enorme, bem mais forte que você. Apesar da dificuldade, ela pode ser vencida. E a gastroplastia é como uma arma, uma metralhadora, que quando empunhada, torna a briga mais justa. Ajuda muito na derrota da obesidade. Ajuda, não garante nada. A metralhadora sozinha não atira. Quem tem de lutar é você. (Tardivo, 2006, p. 229)⁴.

A obesidade mórbida, ou obesidade grau III, é uma das doenças que mais mata no mundo e a taxa de mortalidade nestes casos é 12 vezes maior para homens com idade entre 25 e 40 anos, se comparados a indivíduos de peso normal (Coutinho & Benchimol, 2006). A abordagem clínica geralmente é ineficaz nestes casos e a cirurgia bariátrica é indicada como opção bem sucedida de tratamento. Cabral (2006) salienta que o tratamento clínico é particularmente difícil em função de o emagrecimento e a manutenção da perda de peso não serem possíveis para a maioria dos grandes obesos.

Desde a década de 1950, o tratamento cirúrgico da obesidade surgiu como alternativa à redução de peso e, a partir de então, foram elaboradas diretrizes em todo o mundo para que a intervenção cirúrgica fosse apropriadamente realizada, como os consensos internacionais (Nasser & Elias, 2006). No Brasil, o Primeiro Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade foi formado em 2004 e é reconhecido como Consenso Bariátrico. Para este consenso, cirurgias bariátricas são:

Conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses⁵, destinadas à promoção de redução ponderal⁶ e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade (SBCBM, 2009).

Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (2009), o número hospitais vinculados ao SUS (Sistema Único de Saúde), que fazem a cirurgia neste país desde 2001,

⁴Fernando Tardivo foi obeso e fez cirurgia bariátrica.

⁵ Aparelho, dispositivo de uso externo, exoesquelético.

⁶ Relativo a peso.

aumentou em 542%. E esse aumento repercutiu diretamente sobre o número de cirurgias bariátricas realizadas: aproximadamente 550 intervenções cirúrgicas por semana em todo o território nacional.

A resolução No. 1766/05 do Conselho Federal de Medicina – CFM, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.) em 11 de julho de 2005, Seção I, p. 114, normatiza o tratamento cirúrgico da obesidade no Brasil. Segundo esta resolução, a cirurgia bariátrica é indicada a pessoas cujo índice de massa corporal é maior que 40 kg/m^2 ou que tenham IMC maior ou igual a 35 kg/m^2 e apresente comorbidades que ameacem a vida. A submissão à cirurgia é indicada a maiores de 18 anos. Idosos e jovens com idade entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado. As cirurgias bariátricas são indicadas a pessoas que tenham apresentado obesidade estável por pelo menos 5 anos e que tenham dedicado ao menos dois anos a tratamentos realizados de forma séria, sem que estes tenham sido bem sucedidos. Deve-se ainda considerar que o candidato à cirurgia não deve consumir drogas ilícitas ou possuir alcoolismo, e apresentar quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados. A resolução diz ainda que os candidatos à cirurgia e seus familiares devem compreender os riscos e mudanças de hábitos subjacentes ao procedimento cirúrgico, e devem ser acompanhados, antes e depois da cirurgia, por uma equipe multidisciplinar, composta por: cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesilogista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes. A resolução normatiza ainda os procedimentos para tratamento da obesidade, os quais são definidos como: a) técnicas restritivas, b) cirurgias disabsortivas e c) cirurgias mistas.

1.6.1. Técnicas restritivas

As técnicas restritivas são destinadas a limitar o volume de alimento sólido que as pessoas ingerem nas refeições. São aceitas pelo CFM as seguintes técnicas restritivas:

- **Balão Intragástrico.** Caracteriza-se pela colocação de um balão, preenchido por uma solução líquida, no interior do estômago, que aí deve permanecer por 4 a 6 meses (ver figura 1). Indicada para os casos de superobesidade (IMC acima de 50kg/m^2), quando se precisa perder peso antes da submissão à cirurgia;



Figura 1. Balão intragástrico inserido no estômago (à esquerda) e imagem exclusiva do balão (à direita). Adaptado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009)

- **Gastroplastia Vertical Bandada ou Cirurgia de Mason:** foi descrita pelo cirurgião norte-americano Edward E. Mason, e consiste em "grampear" o estômago de maneira a criar um pequeno tubo que recebe o alimento, gerando a sensação de satisfação (ver figura 2). Promove cerca de 20% de perda de peso e é indicada a pessoas que não tenham o hábito de ingerir doces em abundância e não se desviam da orientação nutricional;

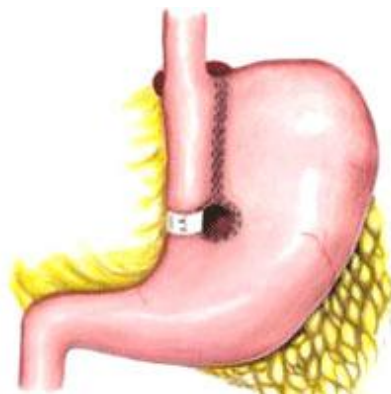


Figura 2. Gastroplastia Vertical Bandada. Adaptado de: Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009)

- **Banda Gástrica Ajustável:** Consiste em uma prótese de silicone que tem, por dentro, um balão insuflável. Quando colocada em volta da parte alta do estômago forma um anel que o aperta, passando a ter a forma de uma ampulheta (ver figura 3). O balão é ligado a um botão de metal e plástico, que fica embaixo da pele, ligado à prótese por intermédio de um tubo de silicone. Este botão, que fica sob a pele, fixo no músculo do abdome, pode ser alcançado com uma fina agulha de injeção e assim injetada água destilada, para apertar mais o estômago ou esvaziar o receptáculo, permitindo a passagem de alimento.

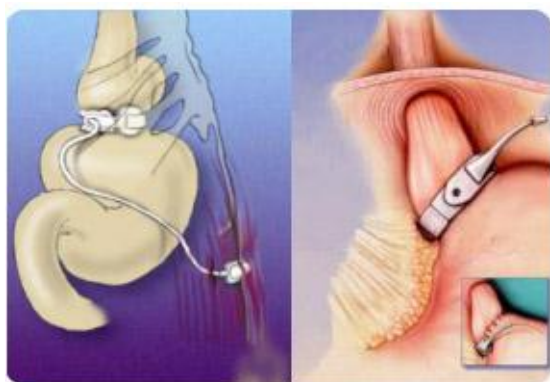


Figura 3. À esquerda, banda ajustável, inserida no estômago, com o tubo de silicone afixado ao abdome. Ao lado direito, foco na imagem exclusiva da prótese de silicone. Adaptado de: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009).

1.6.2. Cirurgias disabsortivas

O segundo tipo de procedimento mencionado pelo CFM são as cirurgias disabsortivas. São técnicas que conduzem ao emagrecimento por atrapalharem a absorção dos nutrientes. Estas operações são conhecidas como "desvios do intestino", uma vez que desviam uma grande parte do percurso que os alimentos fariam. São técnicas disabsortivas: a Cirurgia de Payne, Derivação Biliopancreática ou Cirurgia de Scopinaro e Derivação Bilipancreática com Duodenal Switch ou Cirurgia de Hess.

Entretanto, segundo a resolução do CFM 1766/05, estas cirurgias não devem ser realizadas em função da alta incidência de complicações digestivas. Já a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009), menciona que a derivação biliopandreática é “uma cirurgia que apresenta bons resultados e uma perda de 40% do peso total” e, sobre a cirurgia de Hess, diz que em “estudos recentes pôde-se comprovar que a qualidade de vida dos pacientes submetidos a este procedimento apresentam maior satisfação a longo prazo”. Embora não tratem da avaliação do Conselho Federal de Medicina destacada na resolução e anteriormente mencionada, finalizam dizendo que estas cirurgias têm riscos e complicações a curto e longo prazo.

1.6.3. Cirurgias mistas

As cirurgias mistas constituem o terceiro tipo de procedimentos sobre os quais normatiza o CFM. São assim denominadas porque combinam técnicas restritivas e técnicas disabsortivas. São reconhecidos os seguintes tipos de cirurgias mistas:

- **Cirurgia Mista com Maior Componente Restritivo:** Nelas se faz a restrição alimentar através de: a) inclusão de uma bolsa no estômago – restrição mecânica – onde a alimentação passa a ser limitada em função de mal-estar provocado quando se faz a ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos; e b) exclusão de maior parte do estômago do percurso feito pelo alimento. A Cirurgia de Fobi-Capella (ver figura 4) e a Cirurgia de Wittgrove e Clark são as mais aplicadas no Brasil e nos EUA e sobre elas tem-se o maior tempo de acompanhamento de seus resultados, segundo a resolução 1766/05 do CFM. A cirurgia de Fobi-Capella particularmente nos interessa por ser o tipo de cirurgia ao qual as participantes deste estudo foram submetidas e única cirurgia bariátrica realizada no hospital integrante desta investigação.

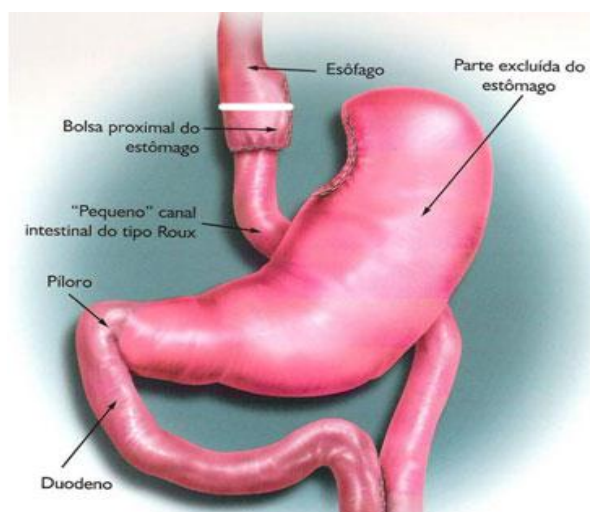


Figura 4. Estômago após cirurgia de Fobi-Capella. Adaptado de: Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009).

- Cirurgia Mista com Maior Componente Disabsortivo: Consiste em menor restrição alimentar e predomínio da técnica disabsortiva, o que permite maior ingestão de alimentos. São muito eficazes na promoção de perda de peso e em sua manutenção ao longo do tempo. As mais usadas são: Cirurgia de Scopinaro e Cirurgia de Duodenal-Switch.

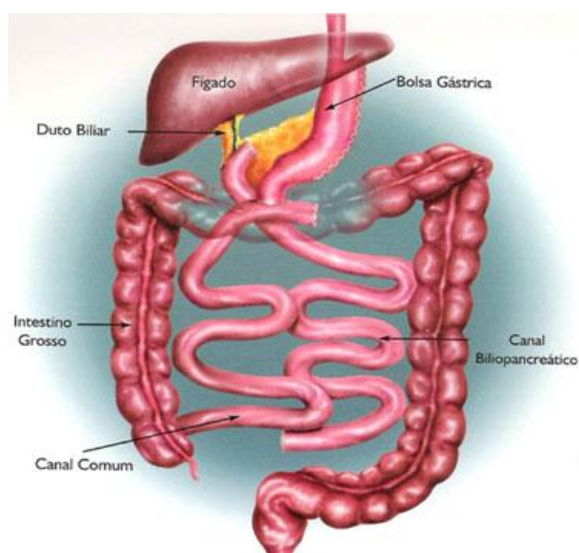


Figura 5. Estômago e intestinos após a cirurgia Duodenal-Switch. Adaptado de: Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009).

Esta diversidade de modalidades cirúrgicas tem sido realizada tanto através de iniciativa privada, como pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece gratuitamente a cirurgia de redução de

estômago no Brasil desde 1999. A Portaria GM/MS nº 252, de 30 de março de 1999, publicada no DOU nº 61, pág. 52, Seção I, em 31 de março de 1999, normatiza a prestação deste serviço.

O atendimento no setor público tem números bastante ilustrativos de como a população obesa brasileira têm recorrido às cirurgias bariátricas. No período de 2001 a 2008, a quantidade de estabelecimentos do SUS que fazem a cirurgia triplicou, aumentando 542%, segundo levantamento do Ministério da Saúde (2009). Foram realizadas 3.195 cirurgias no Brasil em 2008, a um custo de R\$ 15,736 milhões para o SUS, enquanto que em 2001 foram gastos R\$ 1,237 milhão para 497 procedimentos como esse. O investimento cresceu 1.765%.

Esse aumento vertiginoso é compreensível. Em meio a uma cultura de valorização do corpo, a cirurgia bariátrica tem se mostrado como o método mais eficaz para o tratamento e a prevenção das complicações causadas pela obesidade mórbida (Costa, Ivo, Cantero & Tognini, 2009; Ferraz & colaboradores, 2003; Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004). Após vinte quatro meses deste procedimento cirúrgico – quando se dá a estabilidade na perda de peso - uma pessoa pode chegar ao IMC entre 18 e 24,9kg/m², atingindo, assim, um peso saudável (Costa & colaboradores, 2009).

1.7. Pós-cirúrgico: as transformações biopsicossociais

Finalmente chegara o grande dia: 10 de outubro de 2000. Considero essa data, hoje, como meu segundo aniversário. Sem exageros, a partir desse dia, começava meu renascimento. Uma outra pessoa começava a habitar minha vida e usar meus documentos. E essa pessoa era eu. (Tardivo, 2006, p. 225-226).

A perda de peso é possivelmente a mais incontestada das consequências de uma cirurgia da obesidade. Mas não é a única: modificam-se a dieta, o contorno corporal, a rotina de atividades físicas, as satisfações, as relações sociais. Mais ainda, a cirurgia freqüentemente resulta no desaparecimento das afecções que afligiam o cirurgiado no período antecedente à operação. A presença de um psicólogo e/ou psiquiatra na equipe cirúrgica é considerada fundamental para

preparar o paciente para estas transformações e diagnosticar sua condição de cumprir as orientações da equipe de saúde, necessárias ao sucesso da operação, e que deverão ser seguidas em toda sua vida.

O período imediatamente após a cirurgia é referido pelos cirurgiados como particularmente difícil: além da recuperação ao procedimento realizado, é também um momento de adaptação à nova dieta, vivido com ansiedade e expectativa (Oliveira, Linardi & Azevedo, 2004). Nos primeiros quinze dias após a cirurgia, sua dieta é baseada exclusivamente em líquidos. Após esta primeira fase, a dieta evolui para a inclusão de alimentos pastosos e preparações liquidificadas e assim deve permanecer por mais quinze dias. Neste primeiro mês o paciente já perde cerca de 10% de seu peso anterior à cirurgia (Cambi & Marchesini, 2006).

Neste primeiro mês, o cirurgiado ingressa em um conjunto de transformações marcantes em seu dia-a-dia. Estas envolvem, por exemplo, a mastigação, que deve ser realizada em no mínimo vinte vezes antes da ingestão do alimento, para evitar náuseas e vômitos, além, claro, do cuidado constante com a alimentação. O cirurgiado deverá conhecer os alimentos ricos em proteínas, glicídios, lipídios, ferro, vitamina A, vitamina C e suas propriedades nutricionais para que, cerca de quatro meses após a cirurgia, seja considerado apto para selecionar adequadamente seus alimentos (Cambi & Marchesini, 2006). Essa orientação é particularmente importante para que ele possa fazer uma alimentação controlada e saudável ao longo de toda a sua vida.

Para auxiliar a perda do peso e a manutenção do peso alcançado, o cirurgiado deverá incluir também uma rotina de atividades físicas. Estas atividades também o ajudarão a manter sua condição de saúde pela recuperação frente às comorbidades. Mais magro e mais saudável, o cirurgiado tem progressivamente um contorno corporal bastante diferenciado, marcado por um excesso cutâneo. Vinte e quatro meses após a cirurgia, quando a perda de peso se estabiliza, são indicadas as cirurgias plásticas voltadas às correções no abdômen, mamas, braços e coxas. Estas correções promovem melhorias funcionais, estéticas e psicológicas (Ferreira, Melo Filho & Wada, 2006). Quando feitas,

aproximam ainda mais aquele que, há pouco mais de um ano, era um obeso mórbido com risco de morte, de um esbelto saudável disposto a viver.

É importante ficar claro que, a despeito do sucesso no combate à obesidade, a literatura reconhece variadas afecções como conseqüências das cirurgias bariátricas: coletitíase hérnia incisional, desnutrição severa, deficiência protéica, anemia, deficiência de vitaminas, dentre outras (Marchesini & Marchesini, 2006). Em relação aos aspectos psicológicos, Marchesini (2006) lembra a discussão ainda inconclusa sobre se a cirurgia causa depressão, pânico ou bulimia ou se, após a cirurgia, a compulsão alimentar antes existente se desloca a outro foco. O compulsivo, como trata a autora, é o mesmo com ou sem cirurgia. O tratamento prévio às psicopatologias é necessário para evitar o reganho de peso, que, segundo Magro (2006) é comum entre dezoito e vinte e quatro meses após a cirurgia.

As mudanças decorrentes de uma cirurgia bariátrica envolverão uma nova forma de organizar a vida, de dar conta do mundo, de resolver novos conflitos, de lidar com a reflexividade, com a autonomia e com a vontade. Muda sua alimentação, seu contorno corporal, muda sua rotina. Muda seu discurso sobre si mesmo, sua interpretação sobre a vida, sobre sua vida. O que o cirurgiado diz sobre sua vida, sobre si mesmo? E o que nós, na psicologia, poderemos dizer sobre a construção de sentido de identidade nestas condições?

Para tentarmos traçar uma interpretação para esta problemática, recorreremos a duas abordagens teórico-metodológicas que têm orientado variados trabalhos nas últimas décadas e em diversas áreas: as perspectivas narrativistas (Bamberg, 1997a, 1997b, 2004, 2008a, 2008b; Bruner, 1997a, 1997b; De Conti, 2004, 2009; Lightfoot, 1997; McAdams, 2001; Polkinghorne, 1988; Ribeiro, 2003; Sarbin, 1986) e a psicologia discursiva (Davies & Harré, 1999; Harré & Gillett, 1999; van Langenhove & Harré, 1999). Elas integram um conjunto de reflexões de orientação interpretativa, que considera a ação do conhecedor como uma construção lingüística, de significação

sobre o mundo, seguindo a herança filosófica de pensadores como Heidegger, Nietzsche, Dilthey, Gadamer e Wittgenstein (Lightfoot, 1997).

Antes de aprofundarmos as explicitações sobre estas abordagens, lançaremos brevemente as bases epistemológicas que as fundamentam: o turno interpretativo. Em seguida, abordaremos as perspectivas narrativistas e os estudos sobre o fenômeno da identidade. Então seguiremos à noção de posição, que, na Psicologia Discursiva, têm oferecido bases conceituais e analíticas para estudo do fenômeno da identidade.

Capítulo 2

Fundamentação Teórico-Metodológica

2.1. A ciência moderna e “o turno interpretativo”

A psicologia tem sido marcada, desde seu surgimento, por uma forma particular de construir conhecimento, que tem em suas bases os pressupostos filosóficos da ciência moderna e positivista. Como sugere Castañon (2006), dentre estes pressupostos tem-se o realismo ontológico, segundo o qual se acredita que o objeto existe independente daquele que o observa, e o representacionismo, em que o mundo, real e objetivo, pode ser representado pela linguagem. Neste paradigma, um sujeito racional observa o mundo exterior, real e objetivo, e o representa mentalmente através da linguagem. De forma semelhante, este sujeito observa a si mesmo e o expressa a outras pessoas, comunicando percepções, emoções, intenções, enfim, todo e qualquer elemento caracterizado como pertencente a seu mundo interior (Bezerra Jr, 2001). Nesta acepção, a linguagem é uma importante ferramenta para acessar o mundo, para descobri-lo, descortiná-lo, uma vez que lhe cabe representá-lo, através de um conjunto particular de símbolos articulados por um povo.

Atrelados a estes pressupostos, a psicologia também se construiu sob influência do pensamento de René Descartes, que estabelecia um dualismo mente-corpo, segundo o qual, apontam Harré e Gillet (1999), os seres humanos eram tomados como constituídos por dois sistemas distintos: a mente, composta por pensamentos, emoções, imagens; e o corpo, material e objetivo, real em sua natureza físico-química. E era esta “realidade” que dava prioridade ao material como objeto de investigação. Em psicologia isto significou o desprezo às intenções, às crenças, dentre outros aspectos humanos considerados subjetivos, por serem desprovidos de materialidade e, assim, não observáveis.

Na tentativa de tornarem a psicologia uma ciência, muitos teóricos foram levados, erroneamente, a pensar que os únicos fenômenos permitidos e apropriados para serem estudados em uma ciência psicológica, seriam entidades publicamente observáveis. (Harré & Gillet, 1999, p. 12).

Desde o início do século passado, um movimento pós-positivista vem constituindo uma proposição diferenciada para construção de saber e de ampla difusão entre a filosofia, psicologia, antropologia, sociologia e ciência política (Lightfoot, 1997). Ele é conhecido como “turno interpretativo”, “turno cultural”, “turno discursivo” ou mesmo “turno pós-estruturalista” e busca superar os pressupostos filosóficos da ciência moderna, mas hegemônica até os dias atuais (Brockmeier & Carbaugh, 2000). Nietzsche, Heidegger, Austin, Dilthey, Gadamer, Wittgenstein (em seus escritos mais tardios), incorporavam um conjunto de estudiosos que se contrapunham a este modelo de ciência positivista, voltado à apresentação de respostas absolutas sob a investigação de uma realidade verificável, e propunham a construção de conhecimento como uma ação interpretativa (Lightfoot, 1997; Ribeiro, 2003).

Foi Nietzsche o primeiro a sugerir explicitamente que abandonássemos toda a idéia de “conhecer a verdade”. Sua definição de verdade como um “exército móvel de metáforas” equivalia a dizer que a idéia inteira de “representar a realidade” por meio da linguagem e, portanto, de descobrir um contexto único para todas as vidas humanas, devia ser abandonada (Rorty, 2007, pág. 63).

Com o “turno discursivo”, a linguagem assume um estatuto privilegiado e diferenciado do que se admitia até então. A crise pós-moderna da ciência trouxe-nos questionamentos sobre a impossibilidade de existir uma referência imutável ou real para os símbolos que constituem uma linguagem. Mais que isto, trouxe-nos como o foco o “uso da linguagem”, pelo entendimento de quando articuladas, palavras escritas ou faladas ganham um sentido particular, que transcende aquele que está estabelecido nos dicionários, uma vez que depende do contexto, da situação em que foram faladas, em que foram usadas. Faz-se uma ruptura com o representacionalismo positivista, ou seja, com o entendimento da linguagem como um espelhamento da realidade, tal como lembram Meira e Pinheiro (no prelo) em relação ao pensamento de Wittgenstein.

Quando o “uso linguagem” passa a ser importante, vem à cena também a “construção de sentidos”. Adiante faremos uma apresentação mais detalhada de como trataremos ambas as noções⁷, mas, por hora, vale ressaltar que, neste paradigma, quando somos usuários da linguagem fazemos interpretações sobre o mundo: julgamos, relacionamos conceitos, justificamos nossas ações, atribuímos explicações e assim construimos sentido. Estas interpretações, como nos lembra Lightfoot (2007), são organizadores da realidade, porque elas dão coerência às nossas experiências. Não “descobrimos” o mundo a partir do exercício de uma racionalidade que se manifesta linguisticamente. Assim, faz-se também o rompimento com noções relativas a um realismo ontológico, que dizem de um mundo pronto, a ser decifrado através de uma racionalidade imperiosa e ciente de métodos específicos. Como nos diz Bezerra Jr (2001):

Ser humano é ser um agente capaz de refletir, julgar, ponderar e decidir, ter dúvidas e comunicá-las, fazer promessas e exigir seu cumprimento; um indivíduo capaz de contar uma história de si e do mundo. É justamente isso que possuir uma linguagem permite. (...) Com ela, além de reagir imediatamente como organismos biológicos, construímos formas não automáticas de reação, caracterizadas pelo que chamamos significação (p. 22).

Este contexto de mudança paradigmática, Bruner (1997a) define como Segunda Revolução Cognitiva, um movimento de aceitação na lingüística, na filosofia, na teoria literária, na antropologia, além da própria psicologia, e que defendia uma abordagem mais interpretativa da cognição. Esta revolução, que data da década de 1980, prega a centralidade do significado e de seus processos de construção, transpondo-se a metáfora computacional que marcou a revolução precedente.

Se a revolução cognitiva estourou em 1956, a revolução contextual (pelo menos em psicologia) está ocorrendo hoje (p. 93).

A nova visão inicialmente estourou como um protesto contra a presença de um objetivismo ilusório tanto em psicologia social como no estudo da personalidade. Kenneth Gergen foi um dos primeiros psicólogos sociais a perceber como a psicologia social poderia ser mudada pela adoção de uma visão interpretativa, construtivista e “distributiva” dos fenômenos psicológicos (...) (p. 95).

⁷ Até fazermos esta distinção, significado e sentido serão usados como sinônimos, respeitando-se a referência de cada autor que seja citado.

A Segunda Revolução Cognitiva representa um dos movimentos decorrentes desta crise epistemológica da ciência e também abriga variadas propostas teórico-metodológicas para a construção de saber. Dentre elas, destacamos as perspectivas narrativistas e a psicologia discursiva. Iniciaremos nossas discussões abordando as perspectivas narrativistas, que tomam as narrativas como organizadoras da experiência humana, em um posicionamento particularmente diferenciado em relação a um conjunto de trabalhos desenvolvidos no início do século XX. Começaremos as discussões sobre narrativas pela “porta” do funcionalismo e do estruturalismo. Aí então, passaremos às perspectivas narrativistas, entendendo melhor sua diferenciação epistemológica, para seguidamente falarmos sobre a abordagem narrativista e o fenômeno da construção de sentidos de identidade.

2.2. As narrativas, por Vladimir Propp e Tzvetan Todorov

Narramos hoje e narramos sempre. Contamos histórias desde a época mais remota. Provavelmente pelo lugar comum que as narrativas têm em nossas vidas, elas eram objeto de interesse já na Antiguidade. A literatura faz menção a Platão e Aristóteles como referências importantes nos estudos das narrativas (Leite, 2007; Vieira, 2001). Em “A República”, Platão distingue entre imitar e narrar, e, com uma tônica de moralidade, sugere que o homem de bem deve preferir a narração à imitação. Já Aristóteles, em “Poética” subverte-se às ideias de Platão e prioriza a imitação, reconhecendo-a como uma forma de conhecer o mundo que dá prazer ao homem (Leite, 2007). Aristóteles desenvolveu estudo bastante aprofundado sobre a tragédia, uma referência até os dias atuais (Vieira, 2001).

Os estudos sobre narrativas têm continuidade com o passar dos séculos, sendo as narrativas objeto de interesse na Roma antiga, na Idade Média, no renascimento europeu, no iluminismo, no

romantismo do século XIX e nos dias atuais (Leite, 2007). Ao final da década de 1920, o formalista russo Vladimir Propp desenvolveu estudos detalhados sobre uma forma particular de narrativas: os contos de fadas ou contos maravilhosos, como ele intitulava. Propp deteve-se às estruturas dos contos de fadas russos, analisando-os em sua morfologia: ele discriminou minuciosamente as partes constitutivas do conto e as relações estabelecidas entre elas, especificando trinta e uma funções presentes no conto. Nesta perspectiva, os contos maravilhosos, como uma forma particular das narrativas, são entendidos como:

Podemos chamar conto maravilhoso, do ponto de vista morfológico, a qualquer desenrolar da ação que parte de uma maldade ou de uma falta, e que passa por funções intermediárias para ir acabar em casamento ou em outras funções utilizadas como desfecho (Propp, 1928/1983, citado por Vieira, 2001, p. 600).

Com seus estudos voltados aos aspectos formais da obra literária, os quais preponderam sobre o conteúdo do texto literário, Propp compõe um importante movimento literário chamado por “formalismo russo” e apresenta uma forma particular de tratar as narrativas: “o objetivo da pesquisa é a descrição do funcionamento do sistema literário, a análise de seus elementos constitutivos e a evidenciação de suas leis (...)” (Todorov, 1970/2008, p. 31).

Os formalistas russos forneceram bases importantes para o que viria constituir a eclosão do estruturalismo francês na literatura, especialmente decorrente do encontro entre Roman Jakobson, da lingüística, e Lévi-Strauss, da antropologia, no início da década de 1960 (Perrone-Moisés, 2008). Seguindo as bases saussurianas, os estudos decorrentes do estruturalismo voltam-se às relações entre significante (forma gráfica ou acústica do objeto) e significado (modelo mental do objeto, o conceito, o que a palavra quer dizer), constituintes dos signos lingüísticos (Silva & Gurpilhares, 2007). Desta maneira, diferentemente do tratamento que se dava à linguagem até o início do século XX, a linguagem é tratada como algo que pode ser analisado e estudado a partir de sua constituição interna.

Um dos estudiosos estruturalistas de grande importância para o campo das narrativas é Tzvetan Todorov, que, nas décadas de 1960 e 1970, propõe a narratologia como um campo científico

para estudo das narrativas (De Conti, 2004). Todorov buscava o conhecimento sobre as estruturas subjacentes a todas as narrativas: o conjunto de intrigas possíveis, de funções, de visões, seguindo também o caminho traçado por Propp (Perrone-Moisés, 2008). “A obra será sempre considerada como a manifestação de uma estrutura abstrata, da qual ela é apenas uma das realizações possíveis” (Todorov, 1970/2008). Defende ainda que a narrativa é constituída pela tensão entre duas forças: (1) a mudança, comum ao curso dos acontecimentos, “onde cada instante se apresenta pela primeira e última vez” (p. 21), e a (2) ordem, força organizadora que dá sentido ao caos instaurado pela sucessão destes acontecimentos.

Uma narrativa ideal começa por uma situação estável que uma força qualquer vem perturbar. Disso resulta um estado de desequilíbrio; pela ação de uma força dirigida em sentido inverso, o desequilíbrio é restabelecido; o segundo equilíbrio é semelhante ao primeiro, mas os dois nunca são idênticos (Todorov, 1970/2008, p. 138).

Embora o funcionalismo russo e o estruturalismo tenham forte influência, até os dias atuais, sobre os estudos literários, ambos sofrem várias objeções. Uma destas críticas se refere à sobreposição da forma sobre o conteúdo, na qual o significado é definido a partir do significante, de fora para dentro da obra, como admite Perrone-Moisés (2008). Assim, a obra é tratada como a-histórica, descontextualizada, e seu entendimento dependeria de análise exclusiva sobre ela mesma. O estabelecimento do significado a partir da própria obra conduz-nos a uma segunda crítica, que Brockmeier e Harré (2003) chamam por falácia representacional. Para os autores, tratar as narrativas a partir delas mesmas é considerá-las a partir de referenciais metalingüísticos, onde palavras, sentenças, significados são definidos a priori, como contidos em sua estrutura lingüística, e que independe de como as histórias são contadas, para quem e quando são contadas, de suas influências culturais.

Note como estas críticas nos levam exatamente ao paradigma científico ao qual o “turno interpretativo” se contrapõe. O funcionalismo e o estruturalismo, embora tenham dado inegável importância e destaque às narrativas, ajudando-nos a entendê-las, seu foco se faz sobre uma

produção lingüística humana e não enfocam os aspectos contextuais e históricos relativos a seu uso. Aliás, não é o “narrar” que importa, mas a narrativa em si, como um produto acabado, com características próprias a serem conhecidas. Não se trata, pois, de negar a contribuição destes estudiosos, mas de trazer uma abordagem diferenciada para as narrativas, decorrente da admissão de uma posição sobre o trabalho do investigador como construtor de interpretações.

Sigamos agora às perspectivas narrativas, que trazem uma forma particular de interpretação em relação às narrativas e que nortearão nosso estudo sobre a construção de sentidos de identidade de pessoas que passaram pela cirurgia bariátrica.

2.3. As perspectivas narrativistas

A partir da década de 1980, estudiosos como Bakhtin (1929/2008), Bruner (1987, 1991, 1997a, 1997b) Polkinghorne, (1988), Ricoeur (1994), Sarbin (1986) e Spence (1982) trouxeram contribuições variadas para tratarmos as narrativas orais e escritas como “um parâmetro lingüístico, psicológico, cultural e filosófico fundamental para a nossa tentativa de explicar a natureza e as condições de nossa existência” (Brockmeier & Harré, 2003, p. 526). Inicia-se então o “turno narrativo” ou “virada narrativa”, um movimento que atingiu várias áreas da psicologia (McAdams, 2001) e da arte, filosofia, e ciências humanas, como foi o caso da história, da sociolingüística, da antropologia e da sociologia (Riessman, 2001, 2005).

Ao falarmos desta perspectiva, nos referimos especificamente a um conjunto de fundamentações teórico-metodológicas que reconhece a elaboração de narrativas como uma forma de organizar a realidade, de dar coerência ao mundo quando lidamos com ele (Bamberg, 1997, 2004, 2008; Bruner, 1987, 1991, 1997a; Brockmeier & Carbaugh, 2001; Brockmeier & Harré, 2003; Gonçalves, 1998; Lightfoot, 1997, Spence, 1982). Assim, se antes dissemos que no paradigma interpretativista o “uso da linguagem” e a “construção de sentido” ganham especial destaque, nestas

perspectivas admite-se que as narrativas são uma forma, dentre outras, que o discurso pode assumir, na qual se dá a construção de sentidos sobre o que nos acontece: o casamento, a separação, o primeiro dia de aula, eu mesma após a cirurgia bariátrica.

narrativas são formas inerentes em nosso modo de alcançar conhecimentos que estruturam a experiência do mundo e de nós mesmos. Em outras palavras, a ordem discursiva através da qual nós tecemos nosso universo de experiências emerge apenas como *um modus operandi* do próprio processo narrativo. [...] A fim de estudar esse modo de construção, nós devemos examinar cuidadosamente as maneiras pelas quais as pessoas tentam dar sentido às suas experiências. Elas o fazem, entre outras formas, narrando-as. Então, como essas pessoas dão contorno ou definição às suas intenções, desejos e medos? Como elas chegam a lidar com tensões, contradições, conflitos e dificuldades? (Brockmeier & Harré, 2003, p. 531).

As perspectivas narrativistas têm origem nos estudos da narratologia, como antes dissemos, que colocou luz sobre as narrativas, mas também na hermenêutica, uma corrente filosófica dedicada à análise textual e à interpretação. A hermenêutica se volta a histórias de centenas e milhares de anos e pode ser tomada como um dos marcos no processo de civilização (Bamberg, 2008b). A interpretação, a busca por sentidos, é razão primeira da hermenêutica, que tem suas bases nos pensamentos de Dilthey e Schleiermacher (Seneda, 2007). Tradicionalmente, dedicava-se à interpretação de textos bíblicos, jurídicos e já no último século foi empregada também pela psicanálise (Gonçalves, 1998; Spence, 1982).

Em recente estudo sobre as análises de fábulas feitas por Vygotsky (1925/2001), Moutinho e De Conti (submetido) tratam de suas possíveis contribuições, já em “Psicologia da Arte”, para as perspectivas narrativistas. As autoras ressaltam que, embora Vygotsky não tenha trabalhado em defesa de teses narrativistas, ao defender que a constituição do sujeito é, desde o início da vida, absolutamente social e, para tanto, acena que os signos (no caso, a fábula como signos lingüísticos) são os elementos integradores das esferas indivíduo e sociedade, ele fortalece as bases epistemológicas deste movimento. É o reconhecimento dos signos, tomados como fenômeno psicossocial, que diferencia Vygotsky (1925/2001) dos estudiosos da arte que tomavam a estética por

ela mesma, e da psicologia, que tomavam o psiquismo a partir de uma reflexão sobre os aspectos subjetivos ou objetivos, tratados como excludentes, isoláveis.

Vygotsky apontava para a importância em se considerar as funções psicológicas como complexas e mediadas, seja esta mediação por instrumentos - objeto social que intermedeia principalmente a relação entre o trabalhador e o objeto de seu trabalho - ou por signos, instrumentos da atividade psicológica, e que se colocam no *meio* de uma relação organismo-ambiente. Como destacam Meira e Peres (2009), um dos desafios impostos por Vygotsky à psicologia consistia exatamente em “explicar como o uso de instrumentos (materiais e simbólicos) funda e contingencia as funções psicológicas” (p. 121). E com esse foco, o autor considera a mediação semiótica, que supera modelos explicativos fundamentados na relação estímulo-resposta, como constituinte dos processos psicológicos superiores e com uma origem absolutamente social:

Toda forma elementar de comportamento pressupõe uma reação *direta* à situação-problema defrontada pelo organismo – o que pode ser representado pela fórmula simples ($S \rightarrow R$). Por outro lado, a estrutura de operações com signos requer um elo intermediário entre o estímulo e a resposta. Esse elo intermediário é um estímulo de segunda ordem (signo), colocado no interior da operação, onde preenche uma função especial; ele cria uma nova relação entre S e R. [...] O uso de signos conduz os seres humanos a uma estrutura específica de comportamento que se destaca do desenvolvimento biológico e cria novas formas de processos psicológicos enraizados na cultura (Vygotsky, 1930/1998, pp. 53-54).

Ampliando a discussão sobre a mediação semiótica e fortalecendo o caráter histórico e social dos signos, Vygotsky (1934/1996, 1930/1998) sinaliza sobre a importância de sentidos e de significados, elementos diferenciados que estão atrelados ao signo e temas importantes para a perspectiva narrativista. Um primeiro ponto está na própria definição tomada por Vygotsky. Em “Pensamento e Linguagem”, o autor nos traz uma definição para sentido/significado fundamentada no pensamento de Paulhan⁸ e também defendida por ele. O significado constitui o elemento mais estável, enquanto que o sentido é construído no contexto onde a palavra é usada, sendo assim fluido, dinâmico e social:

⁸Como Vygotsky não esclarece, em *Pensamento e Linguagem*, a qual obra de Paulhan se refere, mencionamos a que é citada por Van der Veer e Valsiner (2001): Paulhan, F. (1928). Qu'est-ce que le sens des mots? *Journal de Psychologie*, 25, 289-329.

o sentido de uma palavra é a soma de todos os eventos psicológicos que a palavra desperta em nossa consciência. [...] o significado dicionarizado de uma palavra nada mais é do que uma pedra no edifício do sentido, não passa de uma potencialidade que se realiza de formas diversas na fala (1934/1996, p. 125).

O ato de construir sentido é, assim, uma atividade única onde se dá a plena integração entre um sistema culturalmente compartilhado de símbolos e as idiossincrasias possíveis a cada ser humano em seus encontros com o mundo. Na perspectiva narrativista, esta construção é central para os estudos psicológicos (por exemplo, Bruner, 1997a; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986).

Embora narrativas e construção de sentidos sejam pontos comuns às perspectivas narrativistas, não há unicidade neste campo de investigação. Variadas são as perguntas que respondem sobre o fenômeno psicológico, métodos para investigação e formas de análise (Bamberg, 1997; Brockmeier & Harré, 2003; Daiute & Lightfoot, 2004). Por conseguinte, veremos também diferentes apresentações sobre o que são narrativas e mesmo sobre a abordagem que se admite para a linguagem e para a construção de sentidos. Michael Bamberg (1997) dá excelente exemplo sobre esta diversidade quando apresenta seis abordagens diferentes sobre o “desenvolvimento narrativo”. Na obra, o autor fala das abordagens construtivista, que ele próprio defende (Bamberg, 1997), contextual, apresentada por Hubert Hermans (1997), e a abordagem interpretativa e sociocultural, defendida por Ageliki Nicolopoulou (1997), dentre outras.

Antes, pois, de precisarmos nosso caminho teórico-metodológico, tratemos de alguns aspectos relativos às narrativas que são caras a esta investigação. O primeiro deles é sobre a definição do que são narrativas. Convencionalmente, um parâmetro bastante utilizado para que delimitemos o que é e o que não é uma narrativa, é o lingüístico. A maioria dos autores faz derivações de definição de Labov e Waletzky (citado por Bamberg, 1997), que dizem que uma narrativa deve conter ao menos duas orações sequenciadas, que possuam uma união temporal. Esclarecendo o discurso como a mais geral categoria de produção lingüística, Brockmeier e Harré (2003) admitem que, em linhas gerais, para um discurso ser chamado de narrativa, “(...) como condição necessária, deve haver personagens e um enredo que evolua ao longo do tempo” (p. 526).

O que nos leva a pensar também nas características de uma narrativa, em seus elementos constitutivos. Para Burke (citado em Bruner, 1997a), uma narrativa é caracterizada por ator, ação, meta, cenário e instrumento, além de problema, que consiste no desequilíbrio entre quaisquer dos demais elementos. Ação (ou personagem) inapropriada a um cenário e a um personagem cria um problema, como no caso de uma novela do “Decameron”, de Boccaccio, onde um monge leva uma jovem a sua cela e faz amor com ela (Todorov, 1970/2008).

Mas a definição das narrativas, quando calcada em termos exclusivamente lingüísticos, já nos coloca acena alguns problemas. Primeiro, porque este parâmetro é insuficiente para dar conta da diversidade de formas que esse texto pode admitir. Brockmeier e Harré (2003) esclarecem algumas dificuldades em estabelecer um único critério para definição das narrativas: (1) as narrativas incluem formas e estilos muito variados, como: mitos, contos de fadas, fábulas, conselhos, desculpas; (2) elementos ou estruturas narrativas estão presentes também em outras formas discursivas, como textos científicos, jurídicos, históricos e religiosos, que, em algumas vezes, assumem a forma narrativa, constituindo o que se chama de formas híbridas; (3) outro problema está na dificuldade de definir a autoria das narrativas. Para alguns teóricos, como Bakhtin (1929/2004), as várias vozes dos personagens de uma história são co-responsáveis pela construção da narrativa. Ele sugere o romance como polifônico e nele não é possível definir uma história a partir de um único autor; (4) a onipresença das narrativas em nossas vidas também é indicada como mais um dificultador: como crescemos em meio às formas de contar histórias típicas de nossa cultura, acabamos por achá-las como um modo natural de pensamento e ação.

Mas já vimos antes que, se assumimos um paradigma em que o foco se dá sobre a linguagem em uso, olhar a narrativa como produto, além de nos colocar diante dos dificultadores acima apresentados, limita-nos em termos da possibilidade de construirmos interpretações sob o fenômeno investigado à luz do “turno narrativista”: na linguagem em uso, é necessário conhecer como se dá a narração, o ato de narrar, em dado tempo e espaço, uma vez que estes elementos constituirão a

construção de sentidos; considerar a narrativa como produto, deslocado de seu contexto de uso, não possibilitará uma interpretação situada, que depende dos limites da cultura e dos usos que faço das ferramentas simbólicas que a constitui. Por isso, quando nos interessamos pelo ato narrar, as narrativas passam a ser entendidas como ação, como organização de nossa experiência, ordenamento dos acontecimentos, ou, como consideram Brockmeier e Harré (2003), um modo de operar, uma forma de tecer nosso universo:

Ao invés de conceber narrações como entidades cognitivas, lingüísticas, metalingüísticas ou ontológicas, sugerimos aqui considerá-las como *modus operandi* de práticas específicas de discurso. O termo narrativa designa uma variedade de formas inerentes em nossos processos de alcançar conhecimento, estruturar a ação e ordenar as experiências. Para estudar a narrativa, devemos, então, examinar tais práticas discursivas, seus textos culturais e seus contextos. De acordo com essa visão, a narrativa tem por característica essencial ser um guia destacadamente sensível à fluida e variável realidade humana, uma vez que essa é, em parte, a natureza da própria narrativa. Isso torna a narrativa uma importante questão a ser investigada pelas ciências humanas em geral e pelas pesquisas na Psicologia e na Antropologia em particular (p. 533).

Nesta perspectiva, trataremos de forma singular os aspectos reconhecidamente característicos de uma narrativa. Falemos de alguns destes aspectos começando por uma característica marcante das narrativas: sua inerente temporalidade. Falar de narrativas é considerar a seqüência de acontecimentos, de experiências dos personagens, sejam eles reais ou imaginários. Todorov (1970/2008; 1971/2009) já faz este reconhecimento quando diz que na narrativa se dá a passagem de um equilíbrio a outro, embora seu foco estivesse voltado a sua estrutura. De Conti (2004) e De Conti & Sperb (2009) lembram-nos que, para este autor, a sucessão é um importante princípio que une os elementos da narração. Mas Bruner (1987; 1991) aponta uma singularidade nesta seqüencialidade: ele esclarece que o tempo não deve ser tomado de forma linear, como o tempo cronológico e abstrato, mas como diacrônico, cuja importância é dada pelo sentido construído no encadeamento dos eventos. A temporalidade diz da singularidade destes encadeamentos. Mudar uma sentença de lugar em uma narrativa pode gerar uma mudança total no sentido atribuído, na interpretação elaborada. Não é a cronologia dos acontecimentos narrados que está em foco, embora também seja

importante, mas a sua temporalidade narrativa. Falamos, assim, do “tempo humano” identificado por Ricoeur (1981, 1994, 1995), que a este respeito diz:

Minha primeira hipótese de trabalho é que narratividade e temporalidade estão intimamente relacionados – tão intimamente como, nos termos de Wittgenstein, um jogo de linguagem e uma forma de vida. Realmente, eu acho que temporalidade é o que estrutura a existência, que une a linguagem à narratividade e narratividade é a linguagem estruturada que tem a temporalidade como seu último referente. Este relacionamento é, portanto, recíproco (Ricoeur, 1981, p. 165).

A temporalidade assim tratada nos traz à importância da história para a perspectiva narrativista, também ressaltada por Sarbin (1986), quando diz que a metáfora-raiz que se aplica às abordagens narrativas é o contextualismo. Nesta metáfora, o autor assume que seu elemento central é o evento histórico, que somente pode ser significado quando alocado em um tempo e em um espaço. Ao mudarmos o encadeamento dos acontecimentos, ou seja, seu enredo e seu contexto, temos uma nova história. Desta maneira, uma narrativa nunca é fixa, fechada a uma interpretação, mas aberta e múltipla. E o tempo, assim interpretado, é um elemento fundamental no ordenamento de nossas experiências. Falar em narrativas é, inequivocamente, assumir sua existência no tempo, sua construção em um enredamento irrepitível e singular (ver também De Conti, 2004; De Conti & Sperb, 2009; Ribeiro, 2003).

Seguindo neste pensamento, a narrativa poderá ser “real” ou “imaginária”. Não estamos falando de uma tipologia, mas, como diz Bruner (1997a), que as narrativas são indiferentes aos fatos: porque elas falam de uma “verdade” própria, que é a “verdade narrativa” e assim deve ser julgada em termos de sua plausibilidade. Como antes dissemos, estamos em um paradigma onde a interpretação é natural ao uso da linguagem e, desta maneira, elaborar narrativas (como outras formas discursivas) é construir interpretações. Mas, além disso, podemos dizer que, seja num texto ficcional ou num texto autobiográfico, um ponto importante está no enredamento, feito em dado momento, sob dadas condições e contexto. A construção de narrativa permite-nos dar sentido a relações entre pais e filhos, padrões e empregados, amigos de escola, ou, como nos interessa em especial, a vida após a cirurgia bariátrica. A “verdade narrativa” estará no ordenamento, ou, para usar os termos referidos

por De Conti (2004), na composição narrativa: na relação entre personagens, na sequência das ações, no desfecho da história.

Bruner (1991, 1997a) também nos coloca que as narrativas são formas de articular ligações entre o excepcional e o comum, o canônico. Para o autor, elas emergem quando precisamos dar sentido ao que não entendemos, ao que foge à comunalidade, e nos ajudam a dar coerência aos acontecimentos. Elas oferecem o que chama por “lógica impossível” (1997a, p. 49). O comum, continua o autor, é auto-explicativo. Se uma pessoa responde a você que está tudo bem quando pergunta “como vai você?”, soaria a ela estranho ouvir de você: “Como assim, tudo bem? O que tem acontecido com você?”. Mas se ela responde: “não estou nada bem”, uma história comumente é solicitada por você: “o que está havendo?”, o que pode ser seguido por uma resposta na qual se tem uma história de problemas pessoais. Não fazer esta pergunta, não querer saber o que se passa a vida de seu interlocutor, em alguns contextos de uma dada cultura, pareceria até indelicado e bastante inadequado.

Essa relação entre o excepcional e o canônico também nos coloca em outra discussão: o singular e o comum, agora como elementos indispensáveis à própria narrativa. Quando narramos, respeitamos padrões narrativos já estabelecidos em nossa cultura. Usamos expressões como “era uma vez”, “e eles foram felizes para sempre”. Não queremos com isso ressaltar somente o uso que fazemos de palavras socialmente reconhecidas como típicas de uma história, mas também falar do próprio ordenamento que damos aos eventos, da intriga que construímos, como nos diz Todorov (1970/2008) em relação à implicação entre sequências de ações que transformam uma situação ao longo do tempo. Esse ordenamento recorre, assim, a padrões culturais de construção narrativa, formas linguísticas convencionais. Mas o enredo é sempre contextualizado, depende de para quem se conta a história, quando, onde, em que situação. E esta contextualização confere ao ato de narrar uma singularidade inexorável, ao mesmo tempo em que limitada culturalmente por suas convenções (Bruner, 1987, 1991, 1997a, Bamberg, 1997, 2004). Nesta linha que vimos interpretando, então, as

narrativas integram o geral e o particular: elas são construídas pela cultura, ao mesmo tempo em que ela, a cultura, se constrói na narrativa.

Em seu sentido mais corrente e geral, a narrativa é o nome para um conjunto de estruturas lingüísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sócio-comunicativas e habilidades lingüísticas – como denominado por Bruner (1991) – e, de forma não menos importante, por características pessoais como curiosidade, paixão e, por vezes, obsessão (Brockmeier & Harré, 2003, p. 526).

Antes de fecharmos esta discussão, destacamos um plano que, para Bruner (1991, 1997a), a revolução cognitiva consegue resgatar: a participação da cultura na condição de constitutiva do humano. Este é um também ponto inexorável ao “turno interpretativo”, que em geral defende que: (a) a cultura fornece os recursos simbólicos que guiarão a construção de sentidos. Nela estão compartilhados normas, referenciais lingüísticos, valores, que vão pautar nossos desejos, crenças, intenções; fornece a tradição que limita a construção do ainda novo; (b) nela se dão as trocas simbólicas, as ações discursivas que sempre envolvem uma interlocução, um ouvinte, aquele para quem o discurso é dirigido e assim é co-autor das produções lingüísticas. Coadunando-se a esta perspectiva, Valsiner (2002, 2007) se opõe à forma tradicional com que a cultura é adotada; por exemplo, na psicologia transcultural, é costumeiramente tratada como uma reunião de pessoas com características semelhantes, definida muito mais por sua homogeneidade qualitativa e estabilidade temporal, que por sua condição transformadora e constitutiva.

Nesta perspectiva, uma temática cara à psicologia e que vem sendo também constante alvo de interesse é a identidade: do que falamos quando estudamos este fenômeno, como a construímos, como as narrativas podem nos ajudar a compreendê-la. Vejamos então o que dizem os estudos nesta direção.

2.4. O fenômeno da identidade e narrativas: diferentes abordagens

Variados estudos têm recorrido às narrativas como forma discursiva privilegiada para estudo da construção de sentidos da identidade. Elas permitem circunscrever os personagens no tempo e no espaço, abrem a possibilidade para tratar os personagens em processo de transformação, e, em seus enredos, os personagens são colocados em relação uns com os outros, criando um mundo social no qual os personagens entram em conflito e emergem com qualidades morais (Bamberg, 2004).

Dentre as narrativas que contamos, em se tratando de estudar o fenômeno da identidade, as autobiografias e histórias de vida são privilegiadas nas perspectivas narrativistas desde sua emergência, nos últimos trinta anos (Bamberg, submetido). Como nestas narrativas o personagem principal é também o narrador, elas se tornam excelentes para se tentar interpretar como aquele que narra constrói sentidos sobre sua própria vida. Por esta razão são também identificadas como “narrativas em primeira pessoa”, uma vez que o personagem principal, ou seja, aquele sobre o qual se trata a história, é apresentado pelo pronome “eu”.

Harré e van Langenhove (1999) lembram que o interesse por conhecer sobre uma pessoa através de seus registros biográficos já é notório na publicação, em 1767, das confissões de J. J. Rousseau. Com suas confissões, pela primeira vez, uma autobiografia é considerada obra literária e não-ficcional. Esta categorização teria impacto indiscutível nos estudos que se seguiriam nesta direção.

No início do século XX, variadas investigações trataram as autobiografias, privilegiadamente, como expressão de uma realidade vivida pelo narrador em momento precedente à narração. Amigos, familiares, problemas enfrentados, medos e amores, enfim, uma diversidade de experiências narradas compunha um enredo sobre a vida de uma pessoa. A vida do narrador e ele próprio eram revelados em sua autobiografia. Acreditava-se, então, que era possível conhecer sobre a realidade da vida e/ou do narrador através de seu relato autobiográfico, uma vez que, em seu formato, as narrativas

permitem “observar” os personagens no tempo e no espaço, conectando eventos passados ao presente e também exibindo as transformações destes personagens ao longo do tempo, do passado ao futuro. Um relato autobiográfico traria, então, as situações de estabilidade e transformação em relação à vida do narrador. Assim, entendia-se que a autobiografia se igualava à própria vida, tendo o narrador uma identidade localizável na história de sua vida que ele viesse a contar (Bamberg, submetido).

Situações de pesquisa ou de terapia eram planejadas, em seus métodos e estratégias de análise, para identificar o “real” significado expresso nas narrativas (Bamberg, 2006, 2008b). Nesta perspectiva, ao eliciar histórias de vida, pesquisador e/ou terapeuta requeriam extensas histórias, que Bamberg (2006, 2008b) chama por Grandes Histórias, que “capturassem” o percurso da vida do narrador. A análise destas narrativas prescindia de informações sobre a situação na qual foram produzidas. O problema de investigação, nestes casos, envolvia a descoberta de uma identidade, tomada como unidade e com essência a ser descoberta. Neste tipo de pesquisa, as narrativas são priorizadas como método, instrumento de pesquisa que permite revelar como uma pessoa é, sua identidade. E as estratégias para análise priorizavam o foco sobre o conteúdo destas narrativas: no julgamento que o narrador faz de si mesmo, dos outros, dos acontecimentos de sua vida. O pesquisador faz a chamada “análise de narrativa”, porque sobre ela se debruça para encontrar a realidade de uma vida atribuída pelo narrador as suas experiências. Cabe ao pesquisador então descobrir esta vida e revelar a identidade do contador da história, no caso da autobiografia, por exemplo.

Esta forma particular de tratamento às narrativas se enquadra numa perspectiva da linguagem exclusivamente tomada como representação, no caso, de “uma” identidade contida no indivíduo, deslocada do tempo e do espaço, de um contexto sócio-cultural simbolicamente constituído.

Harré e Gillett (1999) nos dizem que, convencionalmente, os estudos em psicologia sobre identidade, que usam métodos experimentais de investigação, conduzem reflexões sobre “como as pessoas acreditam que elas são”. Identidade, *self* ou personalidade são explicados a partir de

respostas dadas a esta questão, através de questionários, entrevistas, testes psicométricos. É o que vemos, por exemplo, nos estudos sobre autoconceito, onde é investigado um conjunto de crenças de uma pessoa sobre si mesma. De forma semelhante é o que permeia o uso à expressão “crise de identidade” e que descreve uma situação na qual alguém não sabe ao certo quem ele próprio é. Essa abordagem sobre a identidade nos coloca na condição de observadores de nós mesmos e de, no recurso a esta ação, sermos capazes de elencar aquilo nossas características, nossas crenças sobre nós mesmos, o que definimos por “eu”.

Essa abordagem ao problema da identidade, entretanto, ignora que, para pensar sobre mim e reconhecer quem eu sou, com certas crenças e valores, é preciso que eu saiba que eu sou eu mesmo todos os dias, quando digo uma palavra que nunca disse, quando faço o que nunca fiz, ou quando cumpro uma ação rotineira e aparentemente pouco variável, como escovar os dentes. Para os autores, este sentido de continuidade em meio às transformações diárias, às mudanças vividas, constituem o que chamam por “sentido de identidade pessoal” ou “senso de ser único”, um sentido de que, ao me olhar a cada dia no espelho, permite-me saber que sou eu mesmo e não outra pessoa. Para os autores, é este sentido de identidade pessoal que ancora os valores que atribuímos a nós mesmos, nossas intenções, nossas características pessoais que apresentamos discursivamente em um formulário de pesquisa ou uma conversa cotidiana. Nesta concepção, estudar a identidade passa a ser estudar a construção do sentido de identidade pessoal. Assim, deslocamos a questão investigativa de “quem eu acredito que sou” para “como as pessoas constroem discursivamente sentido de si mesmas”.

Estudos à luz das perspectivas narrativistas têm auxiliado a ampliar o entendimento sobre o fenômeno da identidade, tomando-o como construção de sentidos que se faz na linguagem, e as narrativas como uma forma na qual esta construção pode ser analisada. Neste caminho, McAdams (2001) merece consideração especial por ser reconhecido como um dos teóricos de maior notoriedade no estudo da identidade narrativa (Soares-Silva, 2003). Influenciado pelos trabalhos de Murray sobre histórias de vida e os de Erikson sobre identidade, McAdams admite que a identidade

toma forma de uma história, com cenário, personagens, enredo e tema. As histórias de vida se baseiam nos fatos biográficos, mas vão além destes, porque sobre as suas experiências de vida, as pessoas imaginam presente, passado e futuro e assim constroem histórias com sentido para si mesmas e para sua audiência, seu(s) interlocutor(es). A construção de histórias de vida se faz em um processo de co-autoria entre o indivíduo e sua audiência, embebidos na cultura da qual pertencem, tal como defende Jerome Bruner em seu projeto de *self*⁹ e autobiografia.

O “turno narrativo” em psicologia é impensável sem a contribuição de Jerome Bruner como propositor de uma forma inovadora de unir *self* e narrativa (Bamberg, submetido). Em seus estudos, Bruner (1987, 1997a) faz a defesa de um *self* narrativo, que constrói sentidos de sua experiência contando histórias, particularmente, autobiográficas. Neste processo, o *self* é definido pelo interjogo estabelecido entre o indivíduo e a cultura na qual participa: (1) quando nos engajamos em um trabalho autobiográfico, recorreremos a um conjunto de recursos simbólicos culturalmente compartilhados, como por exemplo, as formas tradicionais de contar histórias; (2) recorreremos também a nossos medos, crenças, desejos e intenções, comprometermos, que embora digam de condições particulares do narrador, também estão arraigados em uma linguagem, em uma rede de conceitos partilhados culturalmente; e (3) finalmente, ao falarmos de *self* falamos de uma agentividade (*agentivity*) circunscrita a uma situação e dirigida a uma audiência, em dado tempo e espaço; de um lado, temos a circunscrição contextual inexorável à narração, de outro lado, temos um *self* que “opera como agente” (Bruner, 1997a, p. 44), que tem uma capacidade de “agenciamento” dirigida a metas.

Assim, Bruner (1987, 1997a, 2001) encorpa um conjunto de visões que se fortaleceram há cerca de 30 anos – também compartilhadas por Sarbin (1986) e Polkinghorne (1988) -, em defesa de um *self* não localizado ou autocontido, não verificável ou precisável através de ferramentas psicométricas. Abre-se então a possibilidade de se transpor a noção de *self* produto único, para uma

⁹ *Self* e identidade serão mencionados de acordo com a referência feita pelos autores citados nesta tese. Bruner (1997a), por exemplo, reporta-se a *self*, traduzido como si-mesmo em “Atos de Significação”.

organização distribuída, situada cultural e historicamente. Mais ainda, este *self* é agente de sua própria história ao mesmo tempo em que limitado pela cultura na qual participa; e reconstrói esta cultura quando partilha os sentidos que constrói histórica e culturalmente. Para Lopes de Oliveira (2006), esta perspectiva vem contrapor-se a uma concepção comum à Psicologia, que herda o pensamento filosófico de Descartes a Kant e Piaget, no qual o *self* é concebido como uma unidade psíquica individualista e autônoma. Como podemos então conduzir uma investigação que explique o fenômeno da construção de sentidos de identidade como um processo que contemple a agência de cada indivíduo e seu imbrincamento social?

No campo da psicologia discursiva, os trabalhos desenvolvidos por Bamberg, Georgakopoulou e Korobov (Bamberg, 1997a, 1997b, 2006, 2008a, 2008b, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2006; Korobov & Bamberg, 2006) trazem avanços para pensarmos a identidade como construção de sentidos, feita na narrativa, e que é singular e culturalmente modelada, também dinâmica e multifacetada, uma vez que se transforma progressivamente nas trocas sociais. Estes autores recorrem às noções de “posicionamento” e “posição”, desenvolvidas por Davies, Harré e van Langenhove (Davies & Harré, 1999; Harré & van Langenhove, 1999; van Langenhove & Harré, 1999), e sua abordagem teórico-metodológica têm fomentado outros estudos também realizados no Brasil sobre o fenômeno da identidade (Lopes de Oliveira, 2006; Moita-Lopes, 2006; Yokoy, 2007). Precisemos agora como estes estudos entendem a construção de sentidos de identidade e como, assim, tratam esta construção como uma agência socialmente regulada.

2.5. Contribuições da Psicologia Discursiva: as noções de posição e narrativas sociais

Como anteriormente dissemos, os estudos sobre o fenômeno da identidade em muito avançaram com as perspectivas narrativistas. Elas oferecem arcabouço teórico-metodológico para

tratarmos este fenômeno como uma construção situada culturalmente - quebrando com uma tradição cartesiana de identidade como um construto que nos reporta ao que está contido no indivíduo, enclausurado e, assim, passível de mensuração -, para a proposição de estudo da construção de sentidos de identidade, na qual o narrador é construtor do enredo de uma vida e de si mesmo. Como nos diz Bruner (1997a), uma identidade narrativa, na qual somos contadores de histórias.

A despeito destes avanços, Bamberg (2004, submetido) dirige críticas a algumas perspectivas que explicam o fenômeno da identidade priorizando a ação do sujeito sobre o mundo e cita Bruner (1997a) como um dos pensadores que segue nesta direção. O conceito de agentividade ao qual recorre o autor, destaca a capacidade agentiva humana para contar as histórias e assim constrói o mundo (*worldmaking*) e a si mesmo (*selfmaking*). A questão, entretanto, de “como” se dá a influência do mundo sobre o sujeito ainda carece de maior explicitação. Para Bamberg e colegas (Bamberg, 1997a, 1997b, 2008a, 2008b, submetido; Bamberg & Georgakopoulou, 2006; Korobov & Bamberg, 2006), uma solução para abordar de forma mais integrada a relação agente-mundo estaria no recurso à noção de **posição**, teorizada no âmbito da Psicologia Discursiva.

A psicologia discursiva é também herdeira do “turno interpretativo” ou “turno discursivo” e, como tal, focaliza a linguagem em seu uso como central à definição dos fenômenos de uma psicologia científica. Para Potter e Edwards (citado por Harré & Gillett, 1999, p. 2):

O foco da psicologia discursiva é a orientação para a ação da fala e da escrita [isto é, para o quê a fala e a escrita estão sendo usadas].

Ao invés de vermos estas construções discursivas como expressões dos estados cognitivos subjacentes do(a) falante, elas são examinadas no contexto de sua ocorrência, como construções situadas e de ocasião, cuja natureza precisa faz sentido tanto para participantes quanto para analistas em termos da ação social que essas descrições propiciam.

Estudos ancorados na Psicologia Discursiva (*Discursive Psychology* ou DP) têm sido feitos na direção de melhor especificarmos a construção de sentidos de identidade e, ao colocar o uso da linguagem cotidiana ou discurso como princípio de um novo paradigma em psicologia, tem oferecido

ferramentas teórico-metodológicas para que possamos capturar esta construção em sua complexidade e dinamismo. A teoria do posicionamento que explica a construção de sentidos de identidades a partir da metáfora da posição é uma delas.

A Teoria do Posicionamento se destaca como uma alternativa dentro da psicologia discursiva e que entende a fala e a escrita¹⁰ como ações sociais e situadas, ou seja, fala/escrita como ação, mas que são também reguladas convenções sociais e discursivas, nas quais as pessoas assumem posições. A noção de posição é proposta como uma alternativa mais dinâmica e flexível a de “papéis”, que constituiu uma teoria de ampla receptividade na Psicologia Social e que se dispunha a explicar interações sociais, entre pessoas em conversação¹¹, recorrendo a um sistema de regras como organizador de ações simbólicas. Nesta teoria, as pessoas agem em conformidade com as ações previstas para um determinado “papel”. As críticas apontadas à teoria dos papéis sugeriam que as ações eram tomadas com certa fixidez e pouco dinamismo, e iniciativas que se seguiram tentaram superar os aspectos ritualísticos, formais e estáticos que o uso do conceito de “papel” remontava (Davies & Harré, 1999; Harré & Gillett, 1999). A noção de posição se enquadra nesta direção.

Posicionamento e posição têm origens e usos bastante variados. Profissionais de marketing, por exemplo, usam o termo posicionamento para tratar de estratégias comunicacionais onde produtos são colocados em um “lugar”, em uma posição em relação a seus concorrentes. Este uso é semelhante àquele feito por militares, que falavam em “tomar uma posição” frente àquela de seus inimigos (van Langenhove & Harré, 1999). Em ciências sociais, posicionamento e posição foram introduzidos por Hollway, em 1984, em “*Gender difference and the discourse of identity*”, que analisou a construção de subjetividade nas relações heterossexuais (van Langenhove & Harré, 1999).

¹⁰ Embora possamos priorizar, em nosso texto, o uso da “fala” como referência a uma ação, considere-se que a escrita esta contemplada nesta psicologia.

¹¹ Conversação é uma terminologia comum à análise de discurso e, de acordo com Neveu (2004), tomada como interação verbal, pode ser entendida como “a relação que se estabelece entre os participantes de uma troca do tipo interlocutivo” (p.177). Para que exista interação verbal é preciso não somente que estes participantes falem, mas que se falem, o que inclui, por exemplo, falar um enunciado ou franzir a testa em meio a uma interlocução. Harré e van Langenhove (1999) tomam conversação como trocas simbólicas, e assim assumimos neste estudo, admitindo que estas trocas podem ou não incluir elementos verbais.

Em seus estudos, a autora explicava como diferentes categorias de pessoas (homens e mulheres, adultos e crianças) ingressam nas conversas, admitindo que as diferenças em suas manifestações devia-se aos direitos e obrigações de cada um. E esses direitos e obrigações eram chamados de posição. É a posição diferenciada de homens e mulheres que explica porque, em um grupo misto, as mulheres falam menos que os homens: elas estão posicionadas como falantes com menos direito de criticar um falante masculino. Em grupos homogêneos, entretanto, as mulheres falam mais entre elas, que os homens entre eles mesmos (Harré & Gillett, 1999).

Brown Davies, Rom Harré e Luk van Langenhove (Davies & Harré, 1999; Harré & van Langenhove, 1999) discutem a noção de posição como derivada dos trabalhos de Hollway e integrada às proposições de Austin sobre atos da fala, enfatizam que as ações devem ser interpretadas à luz de regras sociais. Estas proposições são metáforas para falar de “um lugar” ou “lugares” que as pessoas ocupam quando em relação umas com as outras e envolvidas em trocas simbólicas ou conversações. Como enfatizam van Langenhove e Harré (1999):

Em uma rede de conversações/pessoas, posicionamento pode ser entendido como a *construção discursiva de histórias pessoais* que tornam uma ação de uma pessoa inteligível e relativamente determinada como *atos sociais* nos quais os membros de uma conversação *têm localizações específicas* (p. 16, tradução livre, grifos nossos).

A noção de posição se refere metaforicamente ao “lugar” de uma pessoa, atribuído a partir de sua inclusão em uma categoria moral e não em outra.

Uma posição em uma conversação, então, é um conceito metafórico que faz referência à ‘moral’ da pessoa e aos atributos pessoais que um falante coleciona. Um falante pode posicionar a si mesmo ou ser posicionado como, por exemplo, poderoso ou sem poder, confidente ou apologetico, dominante ou submisso, definitivo ou em experiência, autorizado ou desautorizado e assim por diante (van Langenhove & Harré, 1999, p. 17, tradução livre).

Uma posição pode ser atribuída a outro ou a si mesmo. No primeiro caso, Davies e Harré (1999) falam de um posicionamento interativo, no qual uma pessoa confere posições a outra pessoa. E pode ser, como no segundo caso, um posicionamento chamado reflexivo, em que a pessoa posiciona a si mesma. O estabelecimento destas posições depende das trocas simbólicas – ou

conversações – que aconteçam de acordo com normas ou convenções discursivas. Ou seja, uma posição depende de como, nestas trocas, um falante é ouvido e, similarmente, o que ouvimos depende de como posicionamos uma pessoa. Um choro, por exemplo, pode ser entendido como apelo se aquele que chora é posicionado como dependente. Se posicionado como dominante, por outro lado, o choro pode ser ouvido como uma ação de protesto (van Langenhove & Harré, 1999).

Tempo e lugar também são importantes noções à metáfora de posição. Para os autores, quando me coloco em uma posição, estou em um lugar, geograficamente definido e que me permite um ponto de vista. De forma semelhante, esta posição se dá em um tempo único, irrepetível. Harré e Gillett (1999) lembram que faz parte do sentido que construo sobre mim a sensação de “existir em apenas um momento do tempo e ter tido um passado e esperar por um futuro” (p. 95). Mas admitir-se em uma posição também é, como vimos apresentando, colocar-se em um lugar moral, na rede de relações sociais, e construindo um enredo nas conversações estabelecidas. Enredo este que, por sua vez, possui temporalidade própria, ditada pela sequência que lhe é inerente.

Quando algo é dito, será que importa muito onde, no espaço físico, isto é dito? A resposta comum é não, mas importa muito quem diz algo. O que corresponde ao espaço newtoniano em nosso esquema, como um espaço de localização para as entidades básicas da psicologia discursiva, é um arranjo de pessoas. Existe um espaço de pessoas, constituído pelos indivíduos que podem ser os que falam, ou os interlocutores, ou os ouvintes. As pessoas são coisas especificadas, algo como pontos espaciais, definidos em molduras interpessoais, sociais e políticas. (...) O tempo poderia ser alguma sequência de vocalizações, de fala real, que pode servir como um ritmo básico sobre o qual outros atos de fala podem ser mapeados (p. 32).

A metáfora da posição representa exatamente a agência do sujeito neste processo onde se dão as conversações regidas por convenções discursivas. Posicionando o outro e a si mesmo, as pessoas elegem aquelas que correspondem a si ou aos outros numa troca simbólica e em dada situação. É posicionando a si mesmo e a outros, no tempo e no espaço, e na construção discursiva de histórias, que as pessoas atribuem sentido a si mesmas, que elas se interpretam como boas ou más, como alegres ou tristes, feias ou bonitas. A metáfora da posição me permite dizer como moralmente sinto

que sou e assim construir, a cada lugar ocupado na organização narrativa e a cada lugar e tempo, os sentidos de si, os sentidos de identidade.

É importante esclarecer, entretanto, que a escolha destas posições morais se faz sobre as posições disponíveis socialmente, nas chamadas “narrativas mestre”, “narrativas dominantes”, “textos culturais” ou, como preferimos nomear, narrativas sociais. Quando me posiciono como um herói, numa conversa com um amigo, na qual narro uma história de vida de superação, de perdas constantes seguidas de conquistas impensáveis, o faço escolhendo uma posição reconhecida socialmente e em um enredo também socialmente disponível. A conversa que tenho com meu amigo segue a imprevisibilidade de nossas trocas simbólicas, mas o enredo obedece a regras clássicas de histórias de mocinhos, que vencem ao final, e tanto a posição de herói como o enredo fazem parte das chamadas narrativas sociais. A noção de narrativas sociais não é exclusiva aos estudos de Davies, Harré e van Langehove, mas estes a consideram como importante para a definição de posições.

Bamberg (2005) nos fala sobre a origem e utilização do termo “narrativas dominantes”, dizendo este ter sido originalmente proposto por Lyotard, em *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*, em 1984, na ocasião chamado por *grand récit* e *metanarrative*. Fazendo uso desta terminologia, Lyotard falou da narrativa do progresso e da liberdade ao falar do Iluminismo, e da narrativa sobre o triunfo do conhecimento, comum às interpretações sobre a Ciência, duas discussões particulares à modernidade. Com os estudos de Foucault sobre os discursos dos aprisionados e dos insanos desenvolvidos no campo da Análise Crítica do Discurso, as narrativas dominantes são tomadas como centrais e os estudos enfocam a força e a coerência destas narrativas, assim como suas mudanças históricas (Bamberg, 2005).

Embora os estudos de Davies, Harré e van Langenhove (ver Harré & van Langenhove, 1999) tragam avanços na compreensão de como os elementos sociais fazem parte de nossa agência enquanto falantes e ouvintes, enquanto participantes de conversações, a metáfora da posição assim

tomada dá à noção de agência uma condição de dependência em relação às narrativas dominantes, porque é feita a partir do que esteja disposto nelas. Embora a metáfora da posição seja excelente por incluir aspectos relativos à influência social, e, a noção de *self* narrador importante por tratar da agentividade, da forma particular com que o narrador enreda os acontecimentos e assim organiza sua vida, estudiosos reconhecem que ambas perspectivas trazem limites aos estudos da construção de sentido de identidade.

2.6. A construção de sentido de identidade, por Michael Bamberg

Para Bamberg (1997b, 2004, 2005), o problema da “agência” é polarizado entre uma linha investigativa (1) que prioriza a influência do mundo sobre os sujeitos - como no caso dos trabalhos de Davies, Harré e van Langenhove (Davies & Harré, 1999; van Langenhove & Harré, 1999; ver, mais recentemente, Harré, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, Steven & Sabat, 2009), que trazem a força dos discursos dominantes sobre o posicionamento e assim dão um status semi-agentivo ao sujeito – e (2) outra na qual o foco se dá na força dos sujeitos sobre o mundo, como nos trabalhos de Jerome Bruner, que enfatizam o *self* como agente, com capacidade agentiva para contar histórias nas quais constrói o mundo (*worldmaking*) e a si mesmo (*selfmaking*).

Agência pode ser localizada de acordo com duas visões: é uma ‘posição do sujeito’ que é determinada por discursos dominantes e narrativas mestre, ou encorpada à criação subjetiva de si mesmo (a invenção do *self*). Da primeira perspectiva (uma direção do mundo-ao-sujeito), a ação do sujeito é atribuída a ele por forças sociais, históricas e/ou biológicas, submetendo-o e determinando seu potencial de ação. Da segunda perspectiva (uma direção do sujeito-ao-mundo), o sujeito cria a ele mesmo; ela é baseada na consciência e na liberdade de ser, na capacidade de tomar decisões e no engajamento agentivo de construir o *self* e o mundo, particularmente nas narrativas de construções do *self* (Bruner, 1990) (Bamberg, 2005, tradução livre).

Os estudos sobre identidade desenvolvidos por Judith Butler (citado por Bamberg, 2004), sobre identidade performada em atos de auto-marcação (*self-marking*), sinalizam para uma

abordagem mais integrada da relação agente-mundo. Nesta perspectiva, Bamberg (1997b, 2004, 2005), sugere que seja estabelecida uma continuidade entre as orientações que abordam o “ser posicionado” – que compreenderiam as propostas teóricas de ênfase na direção mundo-sujeito – e o “posicionar a si mesmo”, que corresponderiam às propostas nas quais predomina a direção sujeito-mundo. Esta perspectiva, na qual a relação sujeito-mundo se dá de forma mais integrada, Bamberg e colegas defendem o “posicionamento agentivo” e assim admitem que: 1) a posição se dá na linguagem, a partir do uso de recursos discursivos; caberá ao analista identificar as formas lingüísticas nas quais as pessoas posicionam a si e a seus interlocutores, como por exemplo, no uso ou na omissão de pronomes pessoais como o “eu”, de verbos e de marcadores lingüísticos espaço-temporais, como o “aqui”, “lá”, “agora”, “então”, “hoje”, “antes”; 2) o foco deve se dar sobre as situações interacionais, e, embora não explicitem detidamente o que entendem por interação, seus estudos se fazem sobre situações cotidianas, de trocas simbólicas, nas quais pessoas se encontram e se relacionam (como por exemplo durante o intervalo entre as aulas, à saída da escola, no caso de crianças e adolescentes); e (3) que este posicionamento se dá na tensão entre valores, ideologias, normas sócio-culturais e a narrativa pessoal é o resultado de uma afiliação (por aceitação ou por negação) de narrativas sociais dominantes, e o processo no qual estas mesmas narrativas sociais são progressivamente reconstruídas no plano das relações sociais.

Nesta direção e em acordo com Harré e van Langehove (1999), Bamberg (2004) defende uma concepção bastante ampla e inespecífica sobre o que são narrativas. Para o autor, relatos explicativos podem ser incluídos como narrativas, uma vez que atores tomem posição em suas ações em relação a outros atores, num dado tempo e espaço; narrativas em terceira pessoa e em primeira pessoa têm também igual peso, ou seja, mesmo se estamos estudando sobre a construção de sentidos de identidade não se faz imprescindível que a narrativa esteja em primeira pessoa. Nesta perspectiva, o autor abre mão da definição lingüística que comumente orienta os trabalhos em narrativa, fundamentada na concepção de Labov e Waletzky (citado por Bamberg, 1997), conferindo menos

importância ao resultado de uma narração, e maior destaque ao ato de narrar, como circunscrito no espaço e no tempo e dirigido a uma audiência. Assim, Bamberg e colegas (Bamberg, 1997a, 1997b, 2006, 2008a, 2008b, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2006) focalizam seus estudos sobre as chamadas Pequenas Histórias, ou seja, aquelas provenientes de trocas sociais corriqueiras, como a saída da escola, a conversa entre pares em um intervalo de aula, privilegiando o imediatismo da situação e evitando o que consideram distante da “realidade” cotidiana, como acreditam ser os relatos autobiográficos e as histórias de vida desencadeadas em situações de atendimento psicoterápico e de pesquisa em laboratório. Não há uma definição métrica para o que é uma pequena história. Ela é definida por ocorrer em situações comuns às pessoas, geralmente envolvendo falantes e ouvintes, e nelas se inicia e se finaliza uma discussão sobre um tema, uma situação problemática. As pequenas histórias, vale ressaltar, não são apenas um tipo de narrativa – a ser diferenciada entre grande ou pequena – mas como perspectiva teórico-metodológica e unidade de análise. Ao se trabalhar com pequenas histórias, Bamberg e colegas defendem que estas são suficientes para se falar do sentido de identidade de um determinado grupo e sobre, como é foco de seus estudos, como se pode pensar as questões de gênero na adolescência.

Antes de abordarmos outro aspecto de interesse neste estudo, esclareçamos um ponto importante quanto às pequenas e grandes histórias. Diferentemente do que destacam Bamberg e colegas, neste estudo entendemos que as ocasiões nas quais as chamadas grandes histórias são construídas também são necessárias, importantes, e podem dizer de uma forma particular de organização simbólica. A este respeito, Freeman (2006) defende as grandes histórias como um modo de reflexão que vai além das características do momento e que não seriam melhores ou piores que as pequenas histórias, mas têm seu valor por tratarem de diferentes dimensões da experiência, igualmente importantes para se falar e analisar a vida humana.

Neste estudo vimos que nas situações corriqueiras, de conversas entre cirurgiados ou candidatos à cirurgia antes de uma reunião do programa de obesidade, não é comum se falar dos

aspectos mais delicados relativos à obesidade e à cirurgia, que muitas vezes envolvem sexualidade, sentimentos de rejeição, de evitação social, de desconforto consigo mesmo e com a família. Se estivermos interessados neste tipo de organização narrativa, como é o nosso caso, não será às portas abertas, em meio a um corredor, que a teremos. Por isto, neste estudo, uma grande história, restrita a um ambiente de privacidade entre entrevistador e entrevistado, nos interessa em especial. Bamberg (2008b), inclusive, em estudo sobre contar e recontar histórias apresenta a viabilidade em se analisar registros extensos tomando como referências à análise por pequenas histórias, sendo necessário para isso fragmentar a grande história em unidades menores e em se manter o foco nas posições morais nas quais (1) se colocam os narradores em relação a eles mesmos, (2) nas quais colocam outros personagens da narrativa, e (3) em relação a uma narrativa social dominante. É exatamente considerando esta viabilidade teórico-metodológica e analítica, além de nosso particular interesse pela situação de produção conjunta da narrativa em encontro privado entre entrevistador e entrevistado para tratar de sua vida atravessada pela cirurgia bariátrica em especial, que neste estudo trabalharemos com narrativas como grandes histórias. E tal como nos estudos de Bamberg e colaboradores, compartilharemos da noção de narrativa como performance e a construção de sentido de identidade como uma produção discursiva, de forma que, assim, não buscaremos a verdade de uma identidade escondida em um passado. Essa divergência em relação aos estudos tradicionais com as chamadas grandes histórias e o foco na análise de posicionamento já nos coloca, como entendemos, em condição de trabalhar com registros autobiográficos, histórias de vida ou narrativas pessoais, uma vez que o nosso teórico-metodológico e o instrumental para análise serão diferenciados e familiares àqueles da psicologia discursiva.

Isto posto, voltemo-nos agora a outro ponto de interesse nesta perspectiva, e de particular valor em nosso estudo. Sabemos que a construção de sentidos de identidade se faz por meio de posicionamentos sobre diferentes tópicos, em diferentes situações de trocas simbólicas (sejam elas cotidianas, de pesquisa e/ou terapêuticas, por exemplo), e que incluem negociações com narrativas

sociais. Narrativas sociais e agência pessoal operam dialeticamente e constituem interesse particular de Bamberg e colegas (Bamberg, 2006, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2004), que adotam uma perspectiva microanalítica para estudo de como as histórias pessoais (nos termos de Lyotard, pequenas histórias ou *petit récits*) ao mesmo tempo subvertem e corroboram estas narrativas sócio-culturais dominantes (Bamberg, 2005) ou, como já vimos preferindo chamar, narrativas sociais.

Com foco nas chamadas pequenas histórias, os estudos nesta direção desenvolvem uma forma particular de análise, chamada “análise de posicionamento”, que inclui a consideração de como os participantes posicionam a si mesmos, como se posicionam em relação a outros personagens de suas histórias e, finalmente, como sua posição de vincula, afiliando-se, pela aceitação ou resistência, a uma narrativa social dominante. Repetimos que a análise destas posições considera o uso de recursos discursivos na narrativa, ao mesmo tempo em que cabe ao analista, a partir desta análise, elaborar uma interpretação sobre a construção de sentido de identidade que se faz pelos narradores, na narrativa.

A este respeito vale ressaltar um estudo realizado por Bamberg e Georgakopoulou (2008), de natureza longitudinal e transversal, versando sobre o desenvolvimento discursivo de jovens entre 10 e 15 anos, em situação natural de saída da escola. A análise realizada pelos autores se fez sobre uma pequena história, desenvolvida entre quatro jovens e um moderador, na qual este último questionava sobre o que eles achavam atraente nas garotas. A tensão entre narrativas sociais e pequenas histórias constitui um âmbito de análise deste estudo, e a narrativa social em questão diz respeito aos discursos sobre masculinidade para o adolescente. Como resultado desta análise de posicionamento, as posições assumidas na construção narrativa entre os jovens em interação permitiram interpretar que, especialmente para Victor, um destes adolescentes, seguem em duas direções: em uma delas, ele se mostrava atraído por garotas e interessado nelas. Victor é implicado por seu amigo, Wally, que sugere que ele, Victor, gosta das pernas das garotas. Em outra direção, Victor também se posiciona

como não interessado e descomprometido com o tema da conversa. Ele repetiu o refrão de uma música de um *popstar* do reggae, Shaggy, e disse: “*It wasn’t me hey I’m Shaggy*” /.../ (“Não era eu, ei!, eu sou Shaggy”), parecendo negar seu envolvimento com garotas depois que Wally o implicou na história e sugeriu seu interesse.

Esta ambivalência no posicionamento de Victor, ressaltam os autores, poderia ser interpretada à luz das teorias tradicionais em psicologia, que admitem a contradição como típica desta fase adolescente. Neste caso, o fenômeno da identidade se definiria a partir de aspectos intrapsíquicos e individuais. Seguindo numa perspectiva de valor às interações e ressaltando as narrativas como uma construção sociocultural, ao mesmo tempo que particular, Bamberg e Georgakopoulou (2008) interpretam que a ambivalência narrativa de Victor abre a possibilidade de se discutir como ele linguisticamente apresenta a si mesmo como complacente, concordante, mas também como resistente a duas narrativas sociais: uma na qual a masculinidade se caracteriza por se interessar por garotas e ter namoradas, e outra na qual ele aparece como não sendo atraído por meninas e tomá-las como objeto não seria “legal”. A este respeito diz Lopes de Oliveira (2006):

o sujeito assinala, por meio de dispositivos discursivos particulares, como ele gostaria de ser compreendido pelo/s interlocutor/es, segundo uma dada ordem moral trazida do social para a cena interativa. No caso da identidade de gênero, a ordem moral ditaria posições desenhadas segundo representações e práticas sociais enraizadas. Entretanto, uma vez inserida no plano intersubjetivo, esta ordem é renegociada e transformada. Esse fenômeno indica uma profunda interdependência entre as posições identitárias e respectivos dispositivos de sustentação de si, por um lado, e os contextos (macro e micro) em que eles emergem, por outro (p. 433).

Em nosso estudo, uma narrativa social em particular nos interessa: a narrativa da bioidentidade. Falemos sobre este discurso dominante a seguir.

2.7. Bioidentidade como narrativa social

Se vemos nos estudos de Bamberg e colegas o interesse pela identidade de gênero, nós aqui nos interessamos pelo o que chamamos por identidade somática, ou seja, a construção de sentidos de identidade tomando em consideração a importância dos referenciais somáticos para a construção de si mesmo. E considerando as noções de “posicionamento agentivo”, o discurso da bioidentidade constitui uma narrativa social dominante. Nesta narrativa, tal como ressaltamos no capítulo 1 desta tese, a vida é tomada pelos personagens como um bem supremo e o corpo como matriz da identidade. O cuidado de si volta-se hoje para a saúde, a beleza e a boa forma, como nos ressalta Costa (2005), em detrimento ao desenvolvimento da alma, dos sentimentos e da moral outrora alvo de interesse do homem comum.

Nesta narrativa social veremos também o que tomamos por três eixos organizadores, particulares e interdependentes, constituintes desta narrativa dominante da bioidentidade: reflexividade, autonomia e vontade, discutidos por Ortega (2005b) como práticas bioascéticas comuns aos dias atuais. Quanto à reflexividade, veremos um encadeamento de acontecimentos voltados à taxação contínua de nós mesmos, ou seja, o envolvimento de personagens na narrativa com a autoperitagem. Nesta mesma direção seguem a autonomia e da vontade, que, respectivamente, tratam da responsabilidade dos personagens na narrativa por cuidarem de si mesmos e também por sua mobilização ou forte impulso para seguirem as orientações médicas, respeitando, assim, os referenciais estéticos, higiênicos e de saúde da atualidade. No processo analítico que faremos neste estudo, cada um destes eixos organizadores será mais apropriadamente explicitado, mas importa-nos agora ressaltar que será em relação a estes eixos organizadores de reflexividade, autonomia e vontade que faremos a análise sobre negação e/ou aceitação na narrativa pessoal à narrativa social dominante da bioidentidade.

Tomando o discurso da bioidentidade como narrativa social, realizamos nosso estudo sobre a construção de sentidos de identidade adotando a noção de “posicionamento agentivo”, e, adicionalmente, recorrendo à “análise de posicionamento” como importante ferramenta para nossa investigação. Retomando-se o que antes apresentamos, entendemos então que a construção de sentidos de identidade, tal como vimos apresentando, é admitida como: (1) dependente do de recursos discursivos nas quais as pessoas constroem suas posições na narrativa; (2) flexível, uma vez que a cada organização narrativa teremos posições diferentes, constituindo sentidos de identidade particulares e contextualizados; e, simultaneamente, (2) individual e culturalmente reguladas, uma vez que se sustentam em normas, regras e narrativas sociais, mas também dependem do uso de recursos discursivos de cada participante, do enredamento particular que fazem em sua história.

Vejamos agora a implicação destas considerações em nosso estudo, a partir de seus objetivos e unidade de análise, especificados a seguir conjuntamente ao método utilizado e ao processo analítico.

Capítulo 3

O Presente Estudo

Vimos até então apresentando que nosso estudo toma como referência duas áreas da psicologia, sendo uma delas as perspectivas narrativistas e outra a psicologia discursiva. Ambas trazem contribuições particulares aos estudos sobre o fenômeno da identidade, tema de nosso interesse nesta tese. Na convergência entre estas áreas, trouxemos as noções de “posição agentiva”, análise de posicionamento e narrativas sociais como ferramentas importantes para abordarmos a construção de sentidos de identidade, o que nos abre à possibilidade de investigar empiricamente a bioidentidade, um discurso bastante aceito nas ciências sociais, humanas e filosofia, e que diz de uma forma particular de subjetividade comum ao homem ocidental nos dias de hoje.

3.1. Objetivo e unidade de análise

Isto posto, no presente estudo temos como **objetivo** estudar a construção dos sentidos de bioidentidade em narrativas de pessoas que tenham se submetido à cirurgia da bariátrica. Dizemos que os sentidos aos quais nos interessamos são os relativos à bioidentidade, porque nosso foco se faz sobre uma temática que não tem uma caracterização particular na psicologia, como o vemos com as identidades de gênero, por exemplo, mas que tem a especificidade de versar sobre uma definição do humano a partir de referenciais somáticos.

Para tanto, em nosso estudo consideramos as pequenas histórias como **unidade de análise**, definidas a partir das narrativas pessoais construídas pelas participantes, em situação de entrevista narrativa (Jovchelovitch & Bauer, 2008), e considerando o início e finalização de um tema por parte do narrador.

3.2. O hospital e as participantes

Este estudo foi realizado em hospital da Região Metropolitana do Recife, o Hospital dos Servidores do Estado – HSE, que foi criado em 1925, com objetivo de atender os contribuintes da entidade mantenedora do hospital e a população de baixa renda. Depois de sucessivas reformas estruturais e administrativas, hoje atende exclusivamente aos usuários e dependentes do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Pernambuco-SASSEPE. Este sistema é exclusivo a funcionários do estado de Pernambuco, ativos e inativos, e seus dependentes. Não é, então, cadastrado ao SUS. Hoje o hospital tem um quadro funcional de 1.905 funcionários e possui ambulatório, bloco cirúrgico, emergência, acomodações para internamento, UTI, além de salas destinadas a atividades diversas, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia. Só no ambulatório são realizados cerca de 1.800 atendimentos por dia, segundo dados do sistema de saúde.

Dentre as atividades do hospital, há o Programa de Obesidade, que realiza mensalmente até duas cirurgias bariátricas do tipo Fobi-Capella (cirurgia mista com maior componente restritivo). O programa conta com uma equipe composta por médicos – cirurgião geral, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, gastroenterologista –, psicóloga, nutricionista, assistentes sociais, fisioterapeuta e fonoaudióloga, os quais são responsáveis diretos pelo acompanhamento dos pacientes antes, durante e após a realização da cirurgia bariátrica.

Duas pacientes que fizeram a cirurgia neste hospital compuseram este estudo: uma delas, aqui chamada pelo codinome de Ísis, realizou a cirurgia em 2008, quando tinha 30 anos, pesava 116 kg. Afrodite, codinome de nossa segunda participante, na ocasião deste estudo tinha 24 anos, era solteira e pesava 145 kg. De acordo com nossa perspectiva, Ísis e Afrodite fizeram suas narrativas conjuntamente à pesquisadora, que por isso é também considerada uma participante deste estudo. Na

ocasião desta investigação, a pesquisadora tinha 36 anos, era estudante, psicóloga, mestre em psicologia, casada e tinha uma filha com idade de quatro anos.

3.3. Material

Foram realizados dois tipos de registros neste estudo. Para os encontros com a equipe de saúde, nos quais foram apresentadas as rotinas dos candidatos à cirurgia, cirurgiados e da própria equipe, foram feitos registros manuais, de lápis ou caneta, em caderno de papel. Na ocasião das entrevistas, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Questionário (ver apêndices C e D), além de instrumento para registro em áudio das entrevistas, lápis ou caneta e caderno para registro das observações da pesquisadora.

3.4. O Programa de Obesidade e o contato com cirurgiados

As primeiras visitas realizadas no hospital foram dedicadas a conhecer suas instalações, setores e respectivos profissionais responsáveis. Nesta ocasião, a pesquisadora foi acompanhada pela chefe da equipe de psicologia do hospital, que também apresentou os profissionais da equipe envolvidos na cirurgia. Em seguida, conversou com assistentes sociais, que descreveram a rotina do paciente desde sua primeira consulta com o cirurgião, até sua volta ao hospital após a cirurgia. Estas conversas foram registradas manualmente em um caderno.

As visitas seguintes foram dedicadas ao estabelecimento de primeiro contato com possíveis participantes deste estudo. Para tanto, a pesquisadora participou de reuniões do Programa da Obesidade, que é obrigatório aos candidatos à cirurgia e facultativo aos cirurgiados que fizeram a operação no hospital. O programa promove reuniões geralmente na primeira sexta-feira de cada mês,

às 15:00 horas, no auditório do hospital e têm duração média de uma hora e trinta minutos. As reuniões são presididas pelo cirurgião geral, chefe da equipe do programa, que faz uma apresentação aproximada de trinta minutos, em *data show*, com slides informativos sobre obesidade (o que é, causas possíveis, consequências à saúde) e cirurgia bariátrica (o que é, quais os tipos existentes, para quem é indicada, procedimentos envolvidos antes, durante e após a cirurgia, cuidados do paciente para que a cirurgia seja um sucesso, possíveis complicações). Após sua apresentação, psicóloga, nutricionista, assistentes sociais, que em geral estão presentes na reunião, fazem recomendações dirigidas especialmente aos candidatos à cirurgia e em seguida convidam os cirurgiados presentes a darem depoimentos. Em geral, os cirurgiados contam sobre a experiência da obesidade, o processo cirúrgico, sua recuperação à operação e como é sua vida hoje.

A pesquisadora participou de três reuniões e, nestas ocasiões, a equipe de saúde fez sua apresentação, dizendo do apoio que o hospital oferecia à pesquisa e concedendo-lhe a palavra para explicar, resumidamente, o estudo. Ao final das reuniões, a pesquisadora fez contato com alguns cirurgiados e os convidou a melhor conhecerem a pesquisa em encontro que aconteceria no próprio hospital, em horário de sua conveniência. Para aqueles que consentiram, foi marcado este encontro.

A partir da primeira reunião, a pesquisadora obteve das assistentes sociais uma listagem com nomes dos cirurgiados no hospital desde 2005, dentre os quais foram selecionados os possíveis participantes da pesquisa, ou seja, aqueles que tivessem feito a cirurgia no intervalo de um mês a até dois anos, naquele hospital. Aqueles que não compareceram às reuniões, foram contatados por telefone, sendo inicialmente informados pelas assistentes sociais e/ou psicóloga que seriam procurados pela pesquisadora. Seguidamente, a pesquisadora os contatava por telefone e os convidava a participar da pesquisa.

3.5. A rotina hospitalar nos espaços-tempos durante e depois da cirurgia bariátrica

Os obesos são orientados para que seu primeiro contato com o programa seja através das assistentes sociais, que falam sobre a rotina de consultas, a obrigatoriedade da participação nas reuniões mensais do programa, inscrevendo-os, inclusive, no Programa de Obesidade. O obeso deverá marcar sua primeira consulta com o endocrinologista, para então encaminhar-se ao cirurgião geral, que posteriormente realizará sua cirurgia e presidirá as reuniões do programa. A partir de então deverá procurar o cardiologista, o gastroenterologista e o pneumologista, para então consultar-se à fisioterapeuta, à fonoaudióloga e então à nutricionista. Enquanto consulta-se e faz os exames solicitados pelos diversos especialistas, o obeso segue mensalmente participando das reuniões do programa e é lá que marca pessoalmente os encontros individuais e/ou coletivos com o profissional da psicologia. O candidato é considerado apto a realizar a cirurgia somente quando todos os pareceres dos especialistas antes mencionados forem favoráveis. De posse destes pareceres, o paciente segue às assistentes sociais, que colocarão seu nome em uma lista de espera. O período entre a primeira consulta com o endocrinologista e o dia da cirurgia pode ser, em média, 12 meses.

As cirurgias geralmente acontecem às quartas-feiras. O paciente se interna na segunda, faz a cirurgia na quarta pela manhã, segue à UTI da sala de cirurgia, na quinta vai ao apartamento e no domingo recebe alta, para os casos em que o processo cirúrgico e/ou o pós-cirúrgico se dá sem qualquer intercorrência. Quando surgem complicações, os pacientes são mantidos no hospital em internamento e novas cirurgias bariátricas são feitas, em geral, quando este paciente recebe alta. O hospital realiza o número máximo de duas cirurgias por mês. Após receberem alta, os pacientes deverão retornar para consulta com o cirurgião 15 dias após a realização da cirurgia, depois aos 02 meses, em seguida aos 06 meses, para então passar a fazer revisões anuais. As atividades cotidianas são permitidas já após a alta do hospital, embora sejam liberados para dirigir vinte e um dias após a

cirurgia e aos três meses, para realizar atividades físicas. A gravidez é recomendada após o primeiro ano da operação.

3.6. As entrevistas narrativas

Os encontros destinados ao estudo eram marcados no hospital, geralmente em frente ao auditório no qual se davam as reuniões do programa de obesidade. Pesquisadora e cirurgião seguiam à sala de atendimento psicológico que fora concedida pela equipe de psicologia para a realização das entrevistas. A sala tinha cerca de 3m x 2m e possuía uma mesa, seis cadeiras, uma estante, livros, revistas, aparelho de som e ar-condicionado. É dedicada ao atendimento individual e coletivo da equipe de psicologia que atende em todo o hospital, não sendo, portanto, exclusiva ao programa.

As entrevistas foram realizadas com a pesquisadora posicionada em frente às entrevistadas, com a porta fechada e nela afixada, ao lado de fora, uma placa sinalizando “Em Atendimento”, para evitar interrupções e repetindo um procedimento comum aos atendimentos psicológicos feitos no hospital. O gravador foi posicionado sobre a mesa, que estava ao lado direito da pesquisadora e ao lado esquerdo da entrevistada. Foram realizadas quatorze entrevistas no hospital, dentre as quais foram selecionadas duas para comporem este estudo. Como critérios para esta seleção foram fundamentais as condições do registro em áudio, que tenham permitido uma transcrição adequada da entrevista, e o tempo decorrido entre a participação da entrevistada no estudo e a realização da cirurgia, de forma que tivéssemos uma participante com menos de seis meses e outra com pelo menos um ano de cirurgia realizada. Assim contaríamos com histórias relacionadas a experiências bastante diferentes tomando como referência as alterações corporais. Doze meses após a operação, o cirurgião já perdeu grande percentual de peso, enquanto que, com menos de seis meses, o paciente sabe que o processo de perda de peso está em início.

Para produção das narrativas de vida sobre as quais faríamos a análise da construção de sentido de identidade, fizemos adaptações à técnica de Entrevistas Narrativas (EN), desenvolvida por F. Shütze, que, em 1977, fez sua sistematização em manuscrito, não publicado, em alemão (Jovchelovitch & Bauer, 2008). Em nosso estudo, tomamos como referência os trabalhos feitos no Brasil por Lira, Catrib e Nations (2003) e Germano e Serpa (2008), que fazem aplicação da técnica em investigações empíricas na área de saúde, e Jovchelovitch e Bauer (2008), que melhor apresentam a técnica em língua portuguesa. Com esta técnica esperamos construir uma situação de trocas simbólicas na qual o entrevistado contasse, junto ao pesquisador, uma história de sua vida pautada no tema da cirurgia bariátrica. Não queríamos, portanto, promover a construção de uma narrativa autobiográfica *stricto senso*, mas uma narrativa pessoal que fosse pautada no tema da cirurgia bariátrica. Seguindo a adaptação da EN feita neste estudo, as entrevistas ocorreram seguindo as quatro etapas descritas abaixo, dentre as quais somente as etapas 1, 2 e 3 foram registradas em áudio.

- Etapa 1: Iniciação. Após acomodados na sala de atendimento psicológico, a pesquisadora agradecia a vinda da participante e já iniciava a gravação em áudio, informando que explicaria o estudo e, caso não concordasse em participar da pesquisa, a entrevista seria interrompida e a gravação apagada. Com seu consentimento, a pesquisadora informava que este era um estudo dedicado a uma tese doutorado em psicologia da Universidade Federal de Pernambuco e tinha como objetivo conhecer como é a vida de uma pessoa após se submeter a uma cirurgia bariátrica. Por isso então conversaria somente com pessoas que fizeram a operação e exclusivamente neste hospital (onde estavam alocados naquele momento), por este ter se interessado por colaborar com esta pesquisa. Explicava então que sua participação seria necessária em único encontro, no qual a conversa aconteceria em quatro etapas, descritas resumidamente pela pesquisadora. Em seguida, para melhor apresentação do estudo, a pesquisadora convidava a entrevistada à leitura conjunta

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora entregava uma cópia à entrevistada e, com outra cópia em mãos, fazia a leitura em voz alta do termo. Após esta leitura, a entrevistada confirmava à pesquisadora seu interesse por participar da pesquisa, assinando o termo. A partir de então, a pesquisadora seguia com a aplicação do questionário, que continha perguntas referentes à identificação da entrevistada - tais como idade, estado civil, escolaridade, religião e teve como objetivo obter da entrevistada informações específicas sobre suas condições quando fez a cirurgia e na ocasião de sua participação na pesquisa, como peso, altura, comorbidades, IMC, medicações tomadas, data da cirurgia.

- Etapa 2: Narração central. Após aplicação de questionário, a pesquisadora explicou a entrevistada que, nesta segunda etapa, ela contaria uma história e que a pesquisadora evitaria interrompê-la, fazendo-o apenas quando não entendesse o que fosse dito. Explicou ainda que, como não faria interrupções, a pesquisadora faria anotações em um caderno, para que pudesse, caso fosse necessário, perguntar o que não tivesse ficado esclarecido quando estivessem na etapa 3. Seguidamente, a pesquisadora dava a seguinte instrução: “Eu gostaria que você me contasse a história da sua vida. Você pode voltar no tempo o quanto quiser, ir ao futuro também o quanto quiser, mas é importante que me fale sobre como é sua vida nos dias de hoje. Quando você acabar de contar sua história, você então me avisa e nós passaremos à etapa 3”. A escolha desta solicitação se fez em função de entendermos que, por estar no ambiente do hospital e por saber dos objetivos da investigação, o entrevistado já estaria dirigido para o tema de nosso interesse, que é sua experiência após submeter-se à cirurgia bariátrica. Evitamos uma pergunta específica como “me fale de sua vida após a cirurgia bariátrica” para que não impuséssemos a cirurgia como tema central de sua história, evitando que a participante organizasse sua narração em termos de outros temas que poderiam ser também importantes, como a própria experiência da obesidade vivida antes da cirurgia. Assim, embora a pergunta convidasse à construção de uma

narrativa pessoal, acreditamos que o contexto geral do estudo conduziria os entrevistados a construir uma narrativa sobre suas vidas e pautada na cirurgia bariátrica, como era de nosso interesse. Esta etapa foi foco de atenção para análise de posicionamento feita neste estudo.

- Etapa 3: Perguntas. Aqui o entrevistador realizou perguntas sobre a história contada e que careciam de melhor esclarecimento. Diferentemente da proposta original da técnica, aqui incluímos, quando necessário, tanto perguntas sobre acontecimentos da vida da entrevistada, sequência cronológica, personagens envolvidos em uma situação, como sobre as razões que tenham levado a entrevistada a tomar certas decisões. Segundo Jovchelovitch e Bauer (2008), perguntas sobre justificativas e opiniões convidam a racionalizações e, para os autores, estes não é objetivo desta etapa, voltada à busca de informações novas, adicionais. Estas perguntas sobre razões e motivos deveriam ser feitas na etapa 4, quando não se faz registro em áudio. Em nosso entendimento, entretanto, o enredo desta etapa não precisaria ser diferenciado como “enredo de informações adicionais” e “enredo de racionalizações”. Os dois podem aparecer juntos, em um único enredo construído em uma conversa, sem prejuízo para a investigação e para o participante. Coube à pesquisadora avaliar a necessidade de perguntas nesta direção. Após realizadas as perguntas, a pesquisadora avisava então que, conforme antes combinado, o registro em áudio seria finalizado para que fosse iniciada a etapa 4.
- Etapa 4: Fala conclusiva. Sem realizar registro em áudio, a pesquisadora fechava o caderno, o colocava sobre a mesa, e perguntava se entrevistada gostaria de falar algo mais ou de perguntar alguma coisa. Em geral, elas continuavam falando sobre algum assunto e aí então é que a pesquisadora lhes fazia alguma pergunta que achasse necessária, seja sobre um acontecimento, o motivo de uma decisão ou uma temática que possa ter parecido mais delicada para a entrevistada, como por exemplo, a ansiedade frequentemente mencionada existir, sem razão

aparente, ao se chegar aos setenta quilos. Quando a conversa se estabelecia e a entrevistada narrava acontecimentos a respeito do que foi perguntado, a pesquisadora dizia que iria fazer anotações a respeito, reabria o caderno e anotava suas observações. A conversa era finalizada quando a pesquisadora ou a entrevistada sinalizava que estava satisfeita com o que tinha contado, usando expressões como “pronto”, “é isso” e/ou através de gestos como olhar o relógio, arrumar bolsa e roupas, levantar-se da cadeira. A pesquisadora, então, agradecia sua participação no estudo e, em alguns casos, saía do hospital em companhia da entrevistada; em outros, despedia-se na porta da sala de atendimento psicológico onde fora realizada a entrevista.

Após registradas em áudio, as entrevistas foram transferidas para banco de dados da pesquisadora e transcritas tomando como referência o sistema de codificação sugerido por Marcuschi (2008), recorrendo-se particularmente a marcadores de pausas, silêncio, ênfase na pronúncia de uma sílaba ou palavra, gestos, comentários do analista, dúvidas quanto à fala do entrevistado, alongamento de vogal, dentre outros.

Ressaltamos que este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas da UFPE (ver Apêndice E).

3.7. Análise de Posicionamento, Análise Narrativa e Estudos de Casos

As narrativas pessoais de Ísis e Afrodite, construídas com a pesquisadora, foram analisadas tomando como referência o modelo de análise narrativa. Este tipo de análise tem uma diversidade de abordagens, que em comum tem a forma historiada. Dentre esta diversidade, a que será aqui implementada tem como base a ideia da narrativa como performance e como construção interacional (Riessman, 2005). Tomando-se a narrativa como performance, entende-se que o contar uma história

é uma forma de agir, que envolve e persuade sua audiência. Nesta perspectiva sobressaem-se os estudos sobre construções de sentido de identidade, nos quais a pergunta do analista envolve o “como” os narradores querem ser conhecidos e como eles envolvem a audiência “fazendo suas identidades”. Na narrativa como uma construção interacional, prevalece a ideia de que a audiência constrói conjuntamente a narrativa, situada historicamente e culturalmente. Nesta visão entende-se que contar uma história é um processo de construção conjunta, onde aquele que conta e aquele que ouve criam sentidos colaborativamente.

Nesta linha investigativa, o estudo de caso passa a ser uma alternativa importante. Este recurso teórico-metodológico permite que a construção de saber se faça pelo detalhamento de informações a respeito de um dado objeto de investigação, privilegiando o entendimento do processo de construção, de emergência e transformação ao longo do tempo; no nosso caso, especificamente, ao longo do enredo. Neste estudo interessamo-nos pela construção de sentidos de bioidentidade, procurando identificar as posições que emergem e se modificam ao longo de uma história, e que recursos discursivos são usados pelo narrador e sua audiência ao longo do enredo que constrói. O estudo de caso, então, adequa-se ao objetivo deste estudo e permite que possamos construir interpretações dentro do objetivo que definimos. Seguimos, assim, numa linha de investigação já comumente adotada em Psicologia, voltada a entender o fenômeno por seu detalhamento, procurando identificar os elementos envolvidos neste processo de emergência e transformação. Estudos variados têm sido desenvolvidos nesta direção, como, por exemplo, aqueles voltados à comunicação e à linguagem no início da vida (Lyra, 2000, 2007; Lyra & Souza, 2003), às emoções (Pantoja, 2001; Garvey, submetido; Villachan-Lyra, Meira & Garvey, submetido), à interação humano-computador (Meira & Peres, 2009; Oliveira & Meira, 2010).

A análise que faremos neste estudo toma como referência os estudos de Bamberg e colegas (Bamberg, 1997a, 1997b, 2006, 2008a, 2008b, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2006) e é chamada por “análise de posicionamento”, uma proposta particular

de análise narrativa realizada nas pequenas histórias e que tem como foco a proposição de posições morais nas quais os narradores são colocados (1) em relação a eles mesmos, (2) a outros personagens da narrativa e (3) em relação a uma narrativa social dominante. Esse será nosso olhar neste estudo. Falemos mais detidamente sobre este modelo de análise narrativa a seguir, mas destacamos antes que, como temos abordado, nosso interesse se fará especialmente sobre a grande história produzida na entrevista narrativa, sendo o resultado da etapa 2 desta entrevista nosso foco maior de atenção. As informações da etapa 1 ajudaram-nos a construir o perfil das entrevistadas, além de viabilizarem a autorização para realização da investigação. Enquanto que as etapas 3 e 4 foram utilizadas para esclarecimentos às narrativas construídas previamente.

A partir de agora proporemos um conjunto de categorias, suas definições e recursos discursivos utilizados para identificação destas categorias nas narrativas e que viabilizaram a análise de posicionamento que fizemos neste estudo. Este já é um ponto de destaque neste trabalho porque percebemos que carece de maior explicitação na literatura exatamente como os pesquisadores/analistas podem efetivar esta análise. Em geral, os estudos de Bamberg e colegas (Bamberg, 2006, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2006) não precisam os elementos no discurso que contribuem para que uma posição seja definida, o conjunto de categorias que servem como parâmetro para análise ou uma sistemática relativa ao processo analítico. Neste estudo procuraremos especificar cada uma das categorias que nos foram necessárias para que a análise de posicionamento fosse viabilizada: as pequenas histórias, as posições, o espaço-tempo (antes, durante e depois da cirurgia) e, como é especificidade desta tese, as noções de reflexividade, autonomia e vontade. Começemos por melhor compreender as pequenas histórias.

3.7.1. A separação em pequenas histórias

Nos estudos de Bamberg e colegas (Bamberg, 1997a, 1997b, 2006, 2008a, 2008b, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2006) as análises de posicionamento são feitas sobre as chamadas pequenas histórias, que, como antes dissemos, constituem uma perspectiva teórico-metodológica na qual se defende que a construção de sentido de identidade no discurso se faz sobre situações conversacionais cotidianas, localmente e retoricamente elaboradas. Consideraremos, tal como já explicitado, a viabilidade teórico-metodológica e analítica sugerida por este autor (Bamberg, 2008b) em se fazer análise de posicionamento em grandes histórias, desde que mantidos os três enfoques acima descritos, analisados em histórias menores, fragmentadas da grande história. Como realizamos entrevistas narrativas, obtivemos, na etapa 2 da entrevista narrativa, o que Bamberg e colegas caracterizam como grandes histórias, face esta ter sido desencadeada em uma situação diferente das cotidianas – uma vez que as participantes estavam em uma sala reservada à psicoterapia, já conhecida pelas cirurgiadas como tendo esta função, em conversa particular com uma pesquisadora e respeitando procedimentos caracterizados como etapas de uma pesquisa. Mais ainda, as entrevistadas eram convidadas a contar sua trajetória de vida, o que não é uma atividade habitual, corriqueira às pessoas. Precisamos então, para seguir a análise de posicionamento usada pelo autor e colegas, fragmentá-las em histórias menores ou pequenas histórias (PH), após a sua transcrição. Face à adaptação que fazemos aos estudos de Bamberg e colegas, adotamos como critério para definir uma pequena história a narração de uma situação-problema pelas participantes. Esse nos pareceu um critério adequado, uma vez que, nos estudos de Bamberg, Georgakopoulou e Korobov, as pequenas histórias versam sobre uma situação ou problema, em resposta a uma pergunta lançada pelo moderador, o que será o elemento central da conversação (ou pelo menos desencadeador da mesma) e integrador da interação entre os participantes em uma dada situação de tempo-espço.

No estudo de Bamberg e Georgakopoulou (2008) sobre masculinidade adolescente que analisamos em capítulo precedente, o ponto comum da conversação entre o moderador e os jovens com idades variando entre 10 e 15 anos, na saída da escola, era o que achavam atraente em garotas, pergunta feita pelo moderador. Aqui, como não fizemos proposição específica de uma problemática, mas uma solicitação geral para que nos contassem a trajetória de suas vidas, definimos como **pequena história uma narrativa na qual se desenvolva uma situação-problema específica, com personagens e em dado tempo-espço.**

Como situação-problema consideramos a definição de um acontecimento na narrativa que modifica uma condição anterior da personagem principal e que caracteriza um conjunto de outros acontecimentos subseqüentes. No caso de Ísis, foram identificadas 17 pequenas histórias, como veremos mais detidamente em sua análise, nas quais ela trata sobre, por exemplo: problemas causados pela obesidade, cirurgia da sobrinha, separação da irmã, morte do avô, morte do primo, o dia da cirurgia, mudança de vida após a cirurgia. Tome-se como exemplo as pequenas histórias que se seguem, nas quais as situações-problemas são indicadas em sublinhado¹².

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina
Pequena História 4 (PH4) – Antes da cirurgia
Situação-Problema: cirurgia da sobrinha

- 1 Eu passei por um processo (+) há, o que?, cinco anos mais ou menos atrás, mais ou menos isso,
- 2 porque depois que o meu menino nasceu foi quando eu comecei a engordar,
- 3 foi um, um período, assim, muito turbulento pra mim.
- 4 Em janeiro, eu tenho uma sobrinha que ela fez uma cirurgia de (incompreensível),
- 5 e ela quase ficou à beira da morte e eu sofri demais.
- 6 Então, no que ela estava ali, naquele período (+) muito (+).
- 7 Foi aquela coisa assim, desgastante, eu sofria e eu descontava aqueles meus traumas na alimentação.
- 8 Comia bastante (+)
- 9 Como se aquilo fosse compensar, mas na realidade quem tava se prejudicando era eu, não é?

¹² Para facilitar a leitura das transcrições das narrativas, mencionamos como nota as convenções das transcrições, fundamentadas em Marcuschi (2008). Ver também apêndice A.

/.../	Transcrição parcial. Corte na produção de alguém.
(())	Comentários do analista.
::	Alongamento de vogal.
(+)	Pausa para cada 0.5 segundo
MAIÚSCULA	Ênfase ou acento forte.
(incompreensível)	Dúvidas e suposições.

Nesta Pequena História 4 (PH4), Ísis fala de um período turbulento (linha 3), iniciado nesta narração como o risco da vida em que viveu a sobrinha pela cirurgia que fez (linha 4) e das repercussões contadas por Ísis como decorrência deste acontecimento, como seu sofrimento (linha 5) e o comer bastante (linha 8). Este período é continuado a ser descrito na pequena história 5 (PH5), na qual a situação problemática passou a ser a separação da irmã (linha 1). Com esta separação, muda-se o contexto de sua vida, quando assume a maternidade provisória sobre suas sobrinhas (linha 7).

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina
Pequena História 5 (PH5) – Antes da cirurgia
Situação-Problema: separação da irmã

- | | |
|---|---|
| 1 | E depois disso, por mais um mês, <u>a mãe dessa minha sobrinha, que é minha irmã, ela se separou do marido,</u> |
| 2 | E foi aquele tormento enorme. Ela veio pra Recife e as minha sobrinha ficou lá. |
| 3 | Então ela começou, as minhas sobrinha sofreram bastante, ficaram morando com o pai |
| 4 | e eu tive que ser mãe dela, |
| 5 | porque ela era muito novinha, tinha uma com cinco anos, já crescida e a outra que ia fazer três anos. |
| 6 | Eram duas filhas que ela tinha, são duas filhas. |
| 7 | Então eu fui mãe dos meus dois filhos e das minhas sobrinha/.../ |

Feitas estas definições, o trabalho analítico foi voltado às posições admitidas pelas entrevistadas em relação a elas mesmas e em relação à rede social da narrativa, ou seja, aos demais personagens participantes das pequenas histórias. Esclareçamos agora este processo de análise.

3.7.2. Análise das posições: identificação dos personagens

A análise de posicionamento, como antes mencionamos, tem como foco a proposição de posições morais do narrador (1) em relação a ele mesmo, (2) em relação a outros personagens da narrativa, e (3) em relação a uma narrativa social dominante, considerando-se os recursos discursivos usados pelos narradores no enredamento de suas histórias.

Para que possamos estabelecer um lugar moral dos personagens na narrativa, faz-se necessário inicialmente identificar estes **personagens**. Como personagens admitimos **os seres**

humanos ou não humanos que desenvolvam ações na narrativa e/ou a eles seja atribuído um estado, um modo de ser.

O primeiro personagem de interesse neste estudo é aquele ao qual se referem as histórias, as personagens principais Ísis e Afrodite, sobre quem a construção de sentidos de bioidentidade nos interessa. Para proposição da posição moral do narrador em relação a ele mesmo, particularmente se temos uma narrativa autobiográfica, história de vida ou narrativa pessoal, comumente a análise de posicionamento volta-se para o uso do pronome pessoal em primeira pessoa do singular ou do plural, ou seja, pelo uso do “eu” e do “nós”, além dos pronomes adjetivos como “meu”, “minha”, “me”, “mim”, “comigo”, “nosso”, “nos”, “conosco”.

Estando estes pronomes presentes ou omissos na narrativa, pode-se identificar que o narrador fala de si mesmo e a partir de então tratar de como ele o posiciona moralmente, como veremos mais adiante. Na pequena história 3, por exemplo, Afrodite nos diz “eu evitava, às vezes eu evitava sair, outras não”. Temos a indicação, pelo pronome “eu”, que Afrodite fala de si mesma, o que nos permite analisar o lugar moral ao qual se coloca como personagem na narrativa. De forma semelhante temos, na pequena história 4, em que Afrodite diz: “já fui pra psicólogos, já passei várias, várias vezes”, donde o pronome “eu” está omissos, embora o tempo verbal indique que o pronome ao qual se referia a narradora era o pessoal, em primeira pessoa do singular, mais uma vez sinalizando para si mesma como uma personagem na história.

Os pronomes “eu” e “nós” não são os únicos recursos discursivos usados pelo narrador para falar de si. No estudo com adolescentes feitos por Bamberg e Georgakopoulou (2008), o jovem Victor fala de si por um amigo, Wally, que conta na conversação uma história dita ao seu ouvido por Victor sobre a opinião de um suposto amigo sobre o que lhe atraía em garotas. Ou seja, Wally conta a história de Victor aos colegas e ao moderador, mas sinaliza que este amigo não existiria e Victor, assim, falava de si mesmo. Neste caso, não há menção a “eu” ou “nós”, mas a “ele”. No uso do “ele” (suposto amigo), por Wally, Victor fala de si mesmo. Neste caso, esta identificação dos personagens

(e sua conseqüente posição moral) só foi possível pela da análise do **enredo**, aqui entendido como o **encadeamento dos acontecimentos na narrativa**, estabelecido pela sucessão de ações realizadas por personagens. Antes de prosseguirmos, vale salientar que cada pequena história tem seu enredo próprio, definido pelo conjunto de acontecimentos que farão parte daquela história. Todos estes enredos, juntos, constituem a narrativa pessoal de Afrodite e de Ísis. Quando falamos em encadeamento de acontecimentos, falamos ainda em uma sucessão de ações desenvolvidas por um ou mais personagens. Como exemplo, temos um personagem A, que realiza uma ação B e seguidamente este personagem A, realiza agora a ação C. Este encadeamento constitui, como entendemos, um enredo de uma narrativa. A realização única de uma ação por um personagem não é considerada, assim, um enredo de uma história.

Dando continuidade, ao longo desta análise, veremos Ísis e Afrodite falarem de si mesmas usando outros pronomes, presentes ou omissos, como “você” ou mesmo “ele”. Na pequena história 10, por exemplo, Afrodite nos diz: “Fiquei, tava super tranqüila, assim a, a equipe de doutor ((diz nome do médico)), todo mundo, sabe, da pessoa que vai lá limpar seu quarto (+) quando você ta lá”. Ela inicia a narrativa usando o “eu” como um pronome omissa ao verbo “fiquei”, mas conclui a sentença falando em “seu” e não “meu” quarto, assim como “você ta lá” e não “eu estava lá”. Considerando-se que a história tratava da trajetória de vida de Afrodite e que a pesquisadora, com quem falava, não havia feito cirurgia no hospital, lá estando para fins de pesquisa, e considerando-se também o início da narrativa, quando falava de sua tranqüilidade, admitimos que Afrodite falava de si mesma. A exemplo do estudo de Bamberg e Georgakopoulou (2008b) citado acima, esta admissão só pode ser feita quando analisado o enredo da narrativa, ou seja, a seqüência de acontecimentos narrados pelas entrevistadas.

É importante ressaltar que o uso de pronomes permite não somente a identificação do personagem principal do qual se trata a narrativa, mas também dos demais personagens. Para que investiguemos a construção do sentido de bioidentidade na narrativa, a posição do narrador em

relação aos demais personagens é também foco de nossa análise. Os pronomes “ele”, “eles”, “você”, “tu”, “vocês”, por exemplo, foram identificados como indicadores destes personagens.

Outra forma de identificação advém do reconhecimento, na narrativa, a seres em geral, gramaticalmente usados como substantivos na narração, como nomes de pessoas, de lugares, instituições – em nosso caso, especificamente, filho, filha, marido, mãe, médico, enfermeira, psicóloga, pessoas, etc. Também foram considerados personagens nomes de ações, estados e qualidades, uma vez tomados como seres, como por exemplo: justiça, verdade, doença, limpeza, glória. No caso particular deste estudo, Ísis, por exemplo, coloca a gordura e a obesidade como personagens em sua narrativa, atribuindo-lhes a ação de atrapalhar a vida das pessoas e moralmente as posicionando como obstáculos em sua vida. Para identificação dos personagens, tome-se como exemplo a análise mencionada no Quadro 1 a respeito de fragmentos de pequenas histórias contadas por Ísis e por Afrodite.

Quadro 1. Exemplo do processo analítico para definição de personagens nas pequenas histórias dos estudos de caso 1 e 2.

	Estudo de Caso 1 Ísis-Karina	Estudo de Caso 2 Afrodite-Karina
Trecho da Pequena História (PH)	“Porque, assim, <u>você</u> fica sem noção porque às vezes <u>eu</u> não tinha prazer de ir pra lugar nenhum. Porque <u>eu</u> já achava que quando <u>eu</u> chegasse num lugar <u>todo mundo</u> ia me olhar. E, realmente, acontecia. Tem lugares que, pra mim, era um terror ir. <u>Eu</u> já não queria mais sair com meu <u>marido</u> pra canto nenhum /.../ (PH2)	É, assim, sou, lá em casa, meu <u>pai</u> , minha <u>mãe</u> , <u>eu</u> e o meu <u>irmão</u> , né? E <u>ele</u> também é gordinho, mas não chegou a, a, ao estado que <u>eu</u> fiquei, né, de cento e quarenta e nove quilos/.../ e em casa por uma parte <u>eu</u> tinha apoio e outras vezes não” (PH2)
Situação-Problema	Sem prazer de ir pra lugar nenhum	O apoio em casa
Personagens	Ísis (“eu”, “você”), todo mundo, marido	Afrodite (“eu”), pai, mãe, irmão

3.7.3. Análise das posições: os qualificadores e o lugar moral

Identificados os personagens, a análise seguiu à proposição das posições morais admitidas pelo narrador para ele mesmo e para os demais personagens da narrativa pessoal em cada pequena história. Lembremos que uma **posição**, no sentido admitido por Bamberg e colegas, refere-se metaforicamente a um **lugar moral do participante em uma conversação, atribuído a si mesmo e a outros personagens, em relação a uma narrativa social dominante**. Segundo os autores, uma posição depende de como um falante é ouvido e o que ouvimos depende de como posicionamos outra pessoa. Assim, tal como anteriormente mencionado, um choro pode ser interpretado como um protesto se posicionarmos aquele que chora como uma pessoa dominante. São exemplo de posições morais dominante, frágil, confidente, submisso, meigo, confiante.

Neste estudo, tomamos como recursos discursivos para proposição das posições admitidas por Ísis e Afrodite em suas narrativas, (1) os personagens, (2) um conjunto de qualificadores atribuídos aos personagens e (3) o enredo. Os personagens são importantes porque a eles são dirigidas as adjetivações ou qualificadores importantes para caracterizar seu lugar moral. Já os **qualificadores** constituem uma categoria particularmente criada para dizer da **adjetivação atribuída aos personagens das narrativas**. Estes qualificadores podem ser adjetivos relacionados diretamente a um personagem da narração, como no caso em que Afrodite diz: “E aí os quinze primeiros dias da, da cirurgia assim, é complicado, porque eu sou muito medrosa” (PH11). Afrodite diretamente se qualifica como quem tem medo, medrosa. Como veremos mais adiante, uma posição é definida por um conjunto de qualificadores e pelo enredo da narrativa no espaço-tempo de antes, durante e depois da cirurgia, e, assim, esta qualificação não constitui sozinha, uma posição.

Na maioria dos casos, entretanto, os qualificadores do personagem não são narrados de forma direta, como no exemplo anterior. A caracterização de substantivos pode ser feita também na forma de oração adjetivada, onde o destaque se dá para o verbo. Vejamos o que diz Ísis ao se qualificar, antes da cirurgia, como em desconforto, pela menção a sentimentos de mal-estar, como preocupação

e sofrimento: “Mas antes eu me preocupava demais, às vezes, sofria demais por problemas que não eram meu” (PH3). Neste caso, são as ações narradas por Ísis, de se preocupar e de sofrer, que nos permitem identificar que ela se qualifica como preocupada e sofredora. O mesmo pode ser feito para outro personagem na narrativa, como o faz Afrodite: “acho que todo mundo lá, lá em casa, principalmente minha mãe, que foi a (++) que eu briguei, sabia, que eu achava que ela não me entendia, coisas do tipo assim (+) acho que ela foi uma das pessoas que ficaram mais feliz” (PH9). Nesta fala de Afrodite ela qualifica todo mundo e sua mãe com sentimentos de conforto e bem-estar, pela descrição do estado de felicidade que passaram a ter.

Por vezes as narradoras atribuem falas a personagens na narrativa, e assim podem qualificar outros personagens e a si mesmas. “Assim, é (+) desde pequeninha, já (+) já nasci gordinha, mainha fala. Sim, era aquela coisa (+) é, lindinha, porque era gordinha, e os médicos, os pediatras falando, ‘não mãe, quando ela crescer, ela vai emagrecer’, e o tempo foi passando, o tempo foi passando” (PH1). Neste fragmento da pequena história contada por Afrodite, ela qualifica a si mesma como gordinha e lindinha, o que é apresentado como uma forma direta de adjetivação a si mesma. Mas também usa a fala de médicos e pediatras para qualificar sua condição de gordinha como estranha, incomum ao seu desenvolvimento, e aceitável apenas por ser “pequeninha”. Segundo Afrodite, quando estes dizem: “não mãe /.../”, negam uma possível certeza desta de que sua filha ficaria gordinha, como se ser gorda fosse preocupante para sua mãe. Ao mesmo tempo, a estranheza à condição de gorda também é comum aos médicos, porque eles admitem, dizendo que ela vai emagrecer, que o aumento de peso não seria esperado em seu desenvolvimento, enquanto o emagrecimento, este sim, configuraria um resultado comum à evolução da criança. Discutiremos mais detidamente este ponto na análise do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, mas agora nos interessa ressaltar que a qualificação de si pode ser feita na fala atribuída a outro(s) personagem, e sem que um adjetivo seja diretamente atribuído pela narradora para si mesma ou a outro personagem na história.

Em síntese, um qualificador deve ser identificado pelo (1) personagem, que é aquele que é qualificador, (2) adjetivo, com o qual o personagem recebe um atributo ou qualidade, (3) oração adjetivada, na qual se destaca o verbo como qualificador e (4) na fala de outros personagens.

Mas como dissemos, para que seja definida uma posição, necessitamos de um conjunto de qualificadores usados pelas narradoras para um personagem, ao longo do enredo de sua narrativa. Em nosso trabalho uma posição não será definida exclusivamente a partir de um qualificador, embora ele sinalize para o lugar moral que se coloca a narradora. Uma posição depende de como estes qualificadores são enredados na narrativa, ou seja, de como os qualificadores dos personagens de uma pequena história podem ser integrados aos de outra pequena história, construindo um lugar moral comum, uma posição seja do personagem principal, seja de outro(s) na narrativa. Ísis, por exemplo, inicia, na pequena história 4, a narração de uma seqüência de infortúnios ocorridos antes da cirurgia, como o adoecimento de uma sobrinha, a perda de um primo, a separação da irmã, a morte do avô, a morte da avó do esposo e finalmente seu pensamento em se matar. Em cada um deles, Ísis se qualifica como em sofrimento, mas adicionalmente, como veremos na análise do estudo de caso 1 a seguir, ela também fala de seu progressivo aumento de peso, gerado por um personagem criado por ela como interferindo sobre suas ações e a impelindo a comer. Quando analisamos o conjunto de qualificadores atribuídos a ela por ela mesma e a integração destes na construção do enredo das pequenas histórias que antecederam a cirurgia, propomos que Ísis se posiciona como descontrolada, embora ela poucas vezes se qualifique diretamente como sem controle. No quadro 2 exemplificamos como foi feita a seleção dos qualificadores em uma pequena história, tanto no que se refere aos qualificadores da narradora em relação a ela mesma, como desta em relação a outros personagens.

Na análise realizada mais adiante veremos que esta pequena história, com os qualificadores atribuídos a estes personagens, permitem-nos definir para Ísis a posição de sofrida, uma das posições admitidas para ela no espaço-tempo anterior à cirurgia. Na continuidade agora apresentamos

exatamente o trabalho analítico utilizado para definir estes espaços-tempos, importantes parâmetros para acompanhamento do processo de construção dos sentidos de biodetidade nas narrativas construídas por Ísis e Afrodite.

Quadro 2. Exemplo do processo analítico para definição dos qualificadores dos personagens na Pequena História 6, do estudos de caso 1.

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina Pequena História 6 (PH6) – Antes da cirurgia Situação-Problema: A morte do primo		
E neste mesmo ano, quando foi em abril, dia vinte e cinco de abril do mesmo ano, eu perdi um primo com câncer, até aqui, ele faleceu aqui no hospital. E era um primo, aquele primo, sabe, que você gosta de mais. Cê ama seus primos, porque eu amo meus primos, eu tenho uma família, assim, que a gente é muito unido. Mas num tem aquele primo que você é mais chegado? E ele um menino muito novo, com vinte e um anos, faleceu, chegou a falecer por conta de um câncer. E eu sofri muito muito muito muito muito com com (+) a perca dele e foi um (+) não tem aquele ano que é o terror, que é um ano cheio de percas? Pronto! Foi esse ano.		
Personagem	Fragmentos da Pequena História	Qualificador(es)
Ísis (“eu”)	“eu perdi um primo com câncer” “eu amo meus primos” “E eu sofri muito muito muito muito muito com com (+) a perca dele”	Sofrida
Primo	“E era um primo, aquele primo, sabe, que você gosta de mais” “E ele um menino muito novo”	Amado Jovem
Família	“eu tenho uma família, assim, que a gente é muito unido”	Unida

3.7.4. O espaço-tempo nas pequenas histórias

Além da identificação dos personagens e de seu posicionamento moral, cada pequena história foi categorizada como dizendo respeito a: antes, durante ou depois da cirurgia bariátrica. Esta separação nos foi importante pela possibilidade de comparação que criamos em relação às posições de Ísis e Afrodite, tomando as cirurgias bariátricas como um possível marco transformador destas posições e nos permitindo acompanhar, de forma processual, a construção de sentidos de bioidentidade na narrativa, objetivo de nosso estudo.

A definição de cada período compreendeu a consideração de três critérios: (1) o tempo cronológico no qual se deu a situação-problema na narração; (2) os espaços geográficos ocupados

pelos personagens em cada pequena história e (3) o conjunto de relações estabelecidas nas conversações realizadas pelos personagens nestas histórias. Estes três critérios foram reconhecidos tomando em consideração a própria noção de tempo e de espaço que a Psicologia Discursiva admite. Lembremos que, neste campo da psicologia, cada período, que referimos ao longo deste texto como **espaço-tempo**, não somente diz de um **tempo cronológico (momento)** e um **espaço geográfico (lugar)**, mas também contempla um conjunto de relações sociais. Para Harré e Gillett (1999), como antes mencionamos, os sistemas de localização desta psicologia são os “arranjos de pessoas” (p. 31) ou “espaço de pessoas” (p. 32) e o uma “seqüência de vocalizações” (p. 32) que é admitida como tempo e pode ser definida como enredamentos particulares de acontecimentos. Quando Ísis fala sobre o antes da cirurgia, não somente se reporta a uma cronologia que antecede a data da operação, mas também a lugares específicos que freqüentava e pessoas com as quais desenvolvia conversações diferenciadas em comparação aos lugares e pessoas com as quais convive nos dias de hoje, que inclui, dentre outras coisas, a academia de ginástica, encontros com nutricionista e cirurgião geral para acompanhamento de sua evolução pós-cirúrgica. Além disso, Ísis hoje se relaciona diferentemente com uma narrativa social dominante de bioidentidade em comparação à época em que era uma obesa mórbida.

Assim, definimos como espaço-tempo **antes da cirurgia o período narrado que antecedia sua freqüência a qualquer unidade de saúde com o propósito de vir a realizar a cirurgia bariátrica**, tais como clínicas, consultórios, hospitais, centros de saúde, etc. Assim decidimos porque neste espaço-tempo, antes de começar a lidar com os profissionais destas unidades, as narradoras têm uma rede de relações específica, com narrativas caracterizadas por enredos particularmente relacionados à obesidade, donde os problemas enfrentados pelo narrador geralmente envolvem o ganho e a perda de peso, orientada ou não por profissionais. Antes da cirurgia, por exemplo, Ísis fala dos problemas decorrentes de ser obesa e de seu processo de ganho de peso, o que envolve constrangimentos pessoais no mercado de trabalho, e sentimentos de desconforto em relação ao

marido, aos filhos, à igreja e a ela mesma. Já Afrodite fala de seu relacionamento tumultuado com a mãe, as tentativas para emagrecer com a ajuda de profissionais de spa, psicólogos, além da depressão vivida e da dificuldade de aceitação pessoal.

Como espaço-tempo chamado por **durante a cirurgia** reconhecemos **o período que se inicia com a frequência a unidades de saúde para iniciar os procedimentos necessários à realização da cirurgia – como as primeiras consultas no hospital, a participação no Programa da Obesidade – e se finaliza com a saída do hospital após a realização da cirurgia e recebimento de alta por parte da equipe médica.** Assim o fizemos porque neste período as narradoras passam a lidar com uma rede social diferenciada, modificando a qualidade de suas conversações – que passam a incluir as orientações necessárias à cirurgia – e em espaços geográficos também específicos, marcados por redes de poder particulares. Neste espaço-tempo durante a cirurgia, as histórias incluem agora uma variedade de profissionais atuantes pela saúde, como médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, com os quais elas passam a conhecer sobre peculiaridades da cirurgia bariátrica e da obesidade, o que, por sua vez, compõem novos enredos. As narradoras passam a usar um novo vocabulário, técnico e especializado, o que torna suas histórias constituídas por um conjunto de referenciais médicos antes não comuns em suas narrações. No caso de Ísis, durante a cirurgia ela trata de sua dúvida por fazer a cirurgia, dos medos de morrer e da UTI, da importância dos filhos e de Deus para auxiliá-la a tomar a sua decisão por submeter-se à operação, e do bom tratamento recebido pela equipe de saúde do hospital.

Por **depois da cirurgia** definimos **o período que se inicia com a chegada da narradora em sua casa ou outro local no qual faça sua recuperação pós-cirúrgica até os dias atuais, podendo incluir planos para o futuro.** Neste espaço-tempo temos como arranjo social familiares, amigos, colegas de trabalho, pessoas em geral, comuns ao período anterior à cirurgia, mas agora integrados à equipe de saúde incluída na narrativa durante a cirurgia bariátrica, como enfermeiras, médicos, nutricionista. Os enredos nesta narrativa tratam de novos acontecimentos e possibilidades comuns à

perda de peso e à redefinição do contorno corporal, como a realização de atividades físicas, para Ísis, a necessidade de reformar suas roupas, no caso de Afrodite e, para ambas, o reconhecimento de uma nova vida, com planos de novas conquistas e a menção aos sentimentos de conforto, de bem-estar, de prazer. O uso de vocabulário técnico, já emergente no espaço-tempo durante a cirurgia, permanece neste período. Ísis avalia o primeiro ano da cirurgia como sem “intercorrência”: “uma vez ou duas que eu tive hipoglocemia, hipoglicemia/.../” (PH12).

Para definição destes períodos, recorreremos ao que chamamos por marcadores espaço-temporais, ou seja, recursos discursivos que na narração serviram para definir o período no qual a situação problema na pequena história aconteceu. Os marcadores considerados para classificação da pequena história em antes, durante ou depois da cirurgia são (1) referências lingüísticas comuns a lugares (geográficos), (2) a momentos (cronológicos), como advérbios de lugar (abaixo, acima, adiante, aí, além, ali, aquém, aqui, atrás, dentro, fora, longe, perto, etc), de tempo (agora, ainda, amanhã, anteontem, antes, breve, cedo, depois, nunca, ontem, tarde, jamais, etc), tempos verbais na oração e indicações específicas a datas, idade, períodos (“cinco anos mais ou menos atrás”, “desde pequeninha”) e locais, como “na UTI”, “no hospital”, “no programa”. Como em nossa concepção de espaço-tempo são importantes também os arranjos sociais, tomamos ainda como referência também para a definição como antes, durante e depois da cirurgia (3) os personagens constituintes da narração e com os quais as narradoras, personagens principais, desenvolveram conversações, tais como médicos, enfermeiras, familiares, Deus, amigos, psicóloga, nutricionista, pessoas em geral.

Como exemplo de análise realizada para definição do espaço-tempo no qual se deu a situação-problema na pequena história, considere o quadro a seguir, considerando que, em **negrito**, identificamos os marcadores de momento (referente ao tempo cronológico), em *italico*, os personagens que caracterizam o arranjo social e em sublinhado os marcadores de lugar (espaço geográfico):

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina
Pequena História 8 (PH8)– Durante a cirurgia
Situação-Problema: Tentando realizar a cirurgia

1 **E aí com 18, foi, com 18 anos, é (+) 18 não, eu já tava na faculdade** já (+)
 2 *as meninas* disseram: ‘por que tu não faz a cirurgia de redução de estômago? (+)
 3 É (+) *a gente vê pessoas* que emagrecem, não sei quê’.
 4 Aí *eu* comecei, né, Hospital ((diz nome de hospital A)), ((diz nome de hospital B)).
 5 **Já freqüentei** muitas reuniões lá no ((diz nome de um hospital A)),
 6 e não saía do lugar, porque *eu* poderia estar com todos os meus exames prontos,
 7 mas *eu não conseguia* marcar com *a psicóloga*,
 8 (+) que era *a psicóloga* do programa e era ((incompreensível)),
 9 era (+) **foi** muito difícil. /.../

Nesta pequena história vemos Afrodite reportar-se, inicialmente, ao espaço-tempo da faculdade, quando “as meninas” lhe indicaram a cirurgia de redução de estômago. Ela então passa a participar de um novo arranjo social, que então inclui psicóloga, no espaço geográfico dos hospitais, quando estava com aproximadamente 18 anos. Note-se como, embora este não tenha sido elemento de destaque no quadro acima, a narrativa de Afrodite inclui vocabulário específico, agora falando em cirurgia de redução do estômago para emagrecimento, reuniões, hospitais (A e B), exames. De acordo com o critério que utilizamos neste estudo, a participação de uma rede social que inclui profissionais de saúde com vistas a vir a realizar a cirurgia bariátrica, parcialmente retratada acima, permite-nos já caracterizá-la como fazendo parte do espaço-tempo durante a cirurgia.

É importante ressaltar ainda que em algumas pequenas histórias a entrevistada falava de diferentes tempos cronológicos: presente, passado e/ou futuro. Ratificamos que a caracterização do espaço-tempo, mesmo nestes casos, considerava o momento (tempo cronológico), o lugar (espaço geográfico) e o arranjo social (personagens) no qual se deu a situação problema da narrativa.

Como exemplo, temos a pequena história 1, do estudo de caso 1, na qual Ísis inicia sua narrativa falando dos dias atuais, com o pronome pessoal em primeira pessoa e verbo no tempo presente, reportando-se ao aqui e agora: “Hoje eu me sinto em uma dádiva”. Mas em seguida desenvolve a narrativa falando dos problemas causados pela obesidade, em especial, a discriminação vivida por ela em um processo de seleção para uma vaga em um emprego: “e no fim, a pessoa que ia escolher só faltou dizer na minha frente, assim, na minha, na minha lata, como diz a história, que eu

não iria ficar por conta da aparência”, diz Ísis na continuidade desta pequena história 1. Neste caso, identificamos como situação problemática na narrativa a perda de oportunidades por causa da obesidade, o que se dá em tempo cronológico que antecede a cirurgia, num espaço geográfico relativo ao mercado de trabalho, e a outra candidata e a “pessoa que ia escolher” como personagens que compõem a rede social. Sob estes critérios, a pequena história 1, embora integre cronologias diferentes, foi caracterizada como sendo relativa ao período que antecede à cirurgia. O Quadro 3 indicado adiante exemplifica o processo de análise para definição dos espaços-tempos nos quais se deram as pequenas histórias das narrativas pessoais.

Quadro 3. Exemplo de processo analítico para definição do espaço-tempo no qual se deu a caracterização das pequenas histórias.

Estudo de Caso 1 Afrodite-Karina			
Fragmento da Pequena História (PH)	E desde pequenininha, sempre gordinha (+). Muitas vezes, assim, eu me lembro que educação física, eu sempre me escondia, por quê? Porque eu era a única gor, a única não, era gordinha, mas era a mais gordinha da turminha/.../ (PH4).	só sei que dia 20 de maio (+) eu fiz minha cirurgia (++). Fiquei, tava super tranqüila, assim a, a equipe de doutor ((diz nome do médico)), todo mundo, sabe, da pessoa que vai lá limpar seu quarto (+) quando você ta lá, desejando boa sorte, da enfermeira, do próprio médico (+) todo mundo, assim foi, eu passei uma semana aqui, mas foi assim uma semana ótima, as pessoas, sabe, o carinho, o tratamento que você recebe (+)/.../ (PH10).	E a cirurgia assim foi, foi essencial assim pra minha mudança (+) e:: é isso. Eu tô muito bem realizada, assim (+). Se me perguntar ‘faria de novo?’. Faria dez vezes, cinquenta vezes, passaria três meses internada. Não me importaria, só pelo prazer (+) de poder ver que a roupa tá folgada, de poder receber um elogio dos meus pais (+) ‘Karina, como tá magra, oh, ((diz seu nome)) não sei o que’/.../ (PH17).
Situação-Problema	A aceitação de si mesma	A semana da cirurgia	As mudanças com a cirurgia
Momento	Quando pequenininha Na educação física	20 de maio Semana da cirurgia	Dias atuais e possibilidade de futuro (“faria”)
Lugar	Na educação física	Hospital (referência a “aqui”) Quarto no hospital	Aqui e agora (“tô feliz”) Hospital (como futuro possível, se fizesse a cirurgia outra vez)
Arranjo Social (Personagens)	Afrodite, turminha	Médico, enfermeira, todo mundo, pessoas, Afrodite (“eu”, “você”)	Afrodite, Karina, pais
Espaço-tempo da PH	Antes da Cirurgia	Durante a cirurgia	Depois da cirurgia

Além do estabelecimento das posições do narrador em relação a si mesmo e a outros personagens da história, a “análise de posicionamento” ainda inclui um olhar sobre a afiliação que faz o contador da história a narrativas sociais dominantes; em nosso caso, a narrativa da bioidentidade. Identificar como a narradora se afilia a esta narrativa social, negando-a ou aceitando-a, nos permitirá concluir o processo analítico e assim fundamentar a proposição do processo de construção de bioidentidade para o narrador. Vejamos este aspecto na próxima seção.

3.7.5. A narrativa social da bioidentidade: reflexividade, autonomia e vontade

Um aspecto diferencial na análise de posicionamento como instrumento para investigar a construção de identidade está na abordagem da vinculação da narrativa pessoal à narrativa social, tal como vimos nos estudos de Bamberg, Georgakopoulou e Korobov (Bamberg, 2006, 2008a, 2008b; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Korobov & Bamberg, 2006). Para Bamberg (1997b, 2004, 2005), como antes dissemos, a análise do posicionamento do narrador em relação a si mesmo e aos outros, incluído o posicionamento em relação às narrativas sociais, permitem uma abordagem mais integrada da relação agente-mundo, estabelecendo uma continuidade entre as perspectivas que defendem o “ser posicionado”, como na abordagem clássica da Teoria do Posicionamento dos estudos de Davies, Harré e van Langenhove (Davies & Harré, 1999; Harré & colaboradores, 2009, van Langenhove & Harré, 1999), e do “posicionar a si mesmo”, classicamente defendido pelos estudos do *self* como contador de histórias proposto por Jerome Bruner (1987, 1991, 1997a, 1997b).

Em nosso estudo, a narrativa social dominante que consideramos como referência é a da bioidentidade. Como vimos, nesta narrativa social há uma proposição de definição do humano pelo valor à vida, onde o cuidado de si é voltado para a manutenção de padrões médicos, estéticos e de saúde. Neste discurso, a constituição das bioidentidades está intrinsecamente relacionada às chamadas *asceses* ou, no caso específico da atualidade, às *bioaceses*, conceito discutido por Ortega

(2003, 2004, 2005b, 2008) à luz dos trabalhos de Valantasis (1995) e Foucault (2006). As ascetes são tomadas como práticas, atividades ou exercícios, que colocam o indivíduo na transição de uma subjetividade à outra, realizadas em um sistema moral, religioso e filosófico com finalidade de atingir um objetivo específico. Na atualidade, são práticas ascéticas as dietas, os exercícios físicos, a submissão às cirurgias plásticas. Diferentemente das atividades ascéticas cristãs, voltadas a Deus e à liberdade, estes exercícios são voltados ao controle e ao assujeitamento, e como são direcionados à valorização da vida como bem supremo, são por Ortega (2003, 2004, 2005b, 2008) particularmente chamados de bioascéticos.

Ainda no discurso da bioidentidade dissemos que três noções são fundamentais, importantes para a realização das práticas bioascéticas: reflexividade, autonomia e vontade. Defendemos nesta tese que estas noções são eixos organizadores do discurso da bioidentidade, uma vez que a tomamos como uma narrativa social dominante. E será exatamente considerando estes eixos como referência que faremos a análise da afiliação da narrativa pessoal à narrativa social da bioidentidade de Ísis e Afrodite, em cada pequena história construída com a pesquisadora.

Para fins analíticos, fez-se necessário propor uma definição para cada uma destas noções. Em seus estudos, Ortega (2003, 2004, 2005b, 2008) não precisa o que caracterizaria a reflexividade, a autonomia e a vontade, embora as explique tal como o fizemos no capítulo 1 desta tese. Em se tratando de uma investigação empírica, faz-se necessário especificar cada uma destas noções, uma vez que precisaremos localizá-las nas narrativas dos estudos de caso, para então as analisarmos em termos de sua afiliação à narrativa social da bioidentidade. Fazemos agora este trabalho de especificação destas noções, tomando como referência os estudos de Ortega, Costa, Goldenberg, Kehl, Costa e outros estudiosos já mencionados. Antes, pois, de definirmos cada um deles, explicitemos o que tomamos por eixo organizador, que foi como interpretamos estas noções.

Os estudos de Bamberg, Georgakopoulou e Korobov (Bamberg, 1997a, 1997b, 2006, 2008a, 2008b, no prelo; Bamberg & Georgakopoulou, 2006; Korobov & Bamberg, 2006) e, no Brasil,

Lopes de Oliveira (2004) e Yokoy (2007), por exemplo, costumemente se referem às interpretações freqüentes ao adolescente que são lançadas pela psicologia em seus estudos empíricos. Nestes estudos há argumentações específicas sobre como se constrói a subjetividade, identidade ou *self*, e os fundamentos teórico-metodológicos que sustentam estes estudos, justificando métodos de investigação e o processo analítico utilizado. Não é este o caso do discurso da bioidentidade. Há variadas conjecturas a este respeito, em diferentes campos de saber, mas desconhecemos trabalhos empíricos em psicologia a respeito da bioidentidade para com estes estabelecer uma análise crítica comparativa. Assim, decidimos por recortar, de diferentes discursos da filosofia, sociologia, antropologia, o que nos pareceu ser fundamental para caracterizar o homem ocidental e da atualidade neste discurso da bioidentidade. O que definimos como fundamental para este estudo caracteriza o que chamamos por eixo organizador. **Um eixo organizador é entendido por nós, então, como um elemento do discurso usado para explicar um conjunto de ações sistematicamente realizadas por um ou mais personagens.** No caso do discurso da bioidentidade, são eixos organizadores as noções de reflexividade, autonomia e vontade. Ou seja, para entendermos uma identidade somática necessariamente falaremos destas noções que explicam ações das pessoas (personagens) nos dias de hoje e em nossa sociedade.

- **Reflexividade**

No discurso da bioidentidade, a **reflexividade**, como antes dissemos, é proposta como o processo constante usado pelo homem atual para se vigiar, para governar a si mesmo. Nos termos de Ortega (2005b), é um processo de “autoperitagem” (p.155), onde as pessoas constantemente usam informações sobre si, taxando-se, selecionando alimentos que devam ser ingeridos, acompanhando resultados biomédicos. Dieta e *fitness* são exemplos dados pelo autor de como esta reflexividade se faz presente no cotidiano: pela decisão, tomando como base o que se conhece sobre os alimentos,

sobre a quantidade certa de calorias que se deve comer por dia, pela necessidade de se definir a “energia que se deve queimar” pela atividade física. O homem assim reflete sobre si mesmo, se vigia e se governa.

Tomando nesta tese a **reflexividade** como uma organização narrativa, propomos que o narrador toma a reflexividade como eixo organizador em sua história quando ele fala de **quaisquer atos realizados por um personagem, dirigidos a objetos, e que estejam relacionados à vigilância pessoal pelo respeito a referenciais médicos, estéticos e/ou de saúde presentes nos recursos explicativos associados a uma ação e/ou ao objeto da ação.**

Para identificar a reflexividade como um eixo organizador nas narrativas construídas por Ísis e Afrodite com a pesquisadora, consideramos as ações e as descrições que as narradoras faziam para estas ações, sendo importantes (1) o personagem, (2) a ação realizada, marcada discursivamente pelo verbo, o (3) objeto da ação, ou seja, o que está sendo feito – onde se vai, o que se come, o que se diz, o que se pensa, o que se acredita, etc –, e o que chamamos por (4) recursos explicativos, que são os recursos discursivos usados pelo narrador nos quais justifica, compara, explica a ação realizada e/ou objeto da ação, assim como as condições nas quais a ação é feita – especificando onde, quando, com que frequência –, tomando como referência padrões médicos, estéticos e de saúde. Os recursos explicativos, vale salientar, são usados pelo narrador ao longo da narrativa, para diferentes ações e objetos. Na reflexividade interessa-nos os recursos que estão relacionados ao cuidado de si pela preocupação com a saúde; são estes que iremos selecionar para falar de reflexividade nas narrativas pessoais de Ísis e Afrodite.

Em geral, o personagem que caracteriza a narrativa como reflexividade é a própria narradora, no caso, Ísis ou Afrodite. Quando a narrativa se organiza tendo a reflexividade como seu eixo é sobre elas que estão falando, sobre uma ação que façam voltada a sua própria vigilância e autogoverno. Uma diversidade de ações pode contemplar uma narrativa de reflexividade, mas o

ponto central está em sua relação ao objeto e aos recursos explicativos, no quais se estabelece a relação entre a ação e os referenciais de saúde.

Quando uma pessoa diz: “eu como salada porque tem menos caloria”, temos a personagem indicada pelo pronome “eu”, falando de uma ação de “comer” o objeto “salada”, mas que se ratifica como relacionada à reflexividade pela justificativa: “porque tem menos caloria”. É com ela que o falante indica se autogovernar, se vigiar, se autoperitar tomando em consideração referenciais de saúde. Ela não come qualquer alimento, mas aquele que atende um critério específico de garantia e manutenção da saúde e qualidade de vida, usando para isso um conceito técnico, “caloria”. A ação e o objeto, relacionados ao personagem, embora sejam indicativos de um valor à vida, não são suficientes para que saibamos de sua afiliação à narrativa social da bioidentidade. É com o uso do recurso explicativo, neste caso, a justificativa para a ação, que os referenciais médicos e de saúde são anunciados e assim podemos falar de uma aceitação da narrativa social dominante pela adoção, na narrativa pessoal, da reflexividade como eixo organizador.

Para exemplificar este processo analítico consideremos o Quadro 4. No fragmento da pequena história 13, vemos Ísis reportar-se a um conjunto de ações e objetos relacionados à manutenção da saúde, o que fica ratificado pelos recursos explicativos usados por Ísis. Ela descreve um conjunto de ações planejadas em seu tempo de execução para fornecer um suposto resultado no condicionamento físico, e que inclui a definição de sua hora para levantar. Aeróbica com estepe, com localizada, ela faz por uma hora. Hidroginástica, por mais uma hora. Assim ela respeita uma orientação comum de repetição e sistematização da atividade física, e ainda conclui o fragmento da pequena história sugerindo que esta será uma ação continuada, porque faz parte de sua vida. Assim Ísis faz o autogoverno pela reflexão sobre si mesma, voltada especificamente ao cumprimento de orientações para garantia da saúde e qualidade de vida.

Quadro 4. Exemplo de processo analítico para identificação na narrativa pessoal da noção de reflexividade.

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina

Pequena História 13 (PH13) – Depois da cirurgia

Situação-Problema: Hoje em dia começa a se controlar

Voltei à atividade física com quatro meses de operada.

Tô na academia, malho de duas a três horas por dia

Tô aqui hoje, mas me levantei cinco horas da manhã.

Seis horas já estava na academia, fiz até oito e quarenta a academia.

Quando eu terminei, fiz uma hora de aeróbica com estepe, com localizada.

Depois mais uma hora de hidroginástica.

Tô aqui e tô satisfeita (+), entendeu? Assim, faz parte da minha vida/.../

Personagem	Ação	Objeto	Recurso explicativo
Ísis (“eu”)	Voltar	Atividade física	Com quatro meses de operada
	Estar	Academia	--
	Estar	Aqui hoje	--
	Levantar	--	Cinco horas da manhã
	Estar	Academia	Seis horas já estava
	Fazer	A academia	Até oito e quarenta
	Fazer	Aeróbica com estepe, com localizada	Uma hora
	Fazer	Hidroginástica	Mais uma hora
	Estar		Aqui, satisfeita. Assim, faz parte da minha vida

- **Autonomia**

A autonomia, de acordo com a narrativa social dominante da bioidentidade, está intrinsecamente relacionada à reflexividade, e se refere à responsabilidade que as pessoas devem ter com garantia de sua própria saúde. As escolhas feitas devem garantir o afastamento dos “riscos” e caracterizar o cuidado consigo, melhorando performances e preparando para o exercício das atividades individuais com excelência, tal como discutem Castro (2007), Costa (2005), Goldenberg e Ramos (2007) e Ortega (2005b). Os que desenvolvem comportamentos de risco e criam uma situação de dependência, são marginalizados e lidam com discursos de repugnância e discriminação. Neste trabalho, considerando estas colocações sobre a responsabilidade individual para o cuidado de si, definimos **autonomia** pela **realização de ações voltadas ao cumprimento de orientações médicas, estéticas e/ou de saúde.**

Para identificar a autonomia como um eixo organizador nas narrativas construídas por Ísis e Afrodite, consideramos principalmente (1) o personagem, (2) a ação realizada e (3) o objeto da ação. Se na reflexividade os chamados recursos explicativos sinalizavam sobre a reflexão do personagem a respeito de si mesmo, aqui a ação e seu objeto indicarão se o personagem assume a responsabilidade por seus cuidados. Tomando como exemplo o Quadro 4 anteriormente apresentado, vimos na narrativa de Ísis a menção a um conjunto de ações comprometidas com sua saúde e qualidade de vida, todas relacionadas ao exercício de atividades físicas. Quando ela diz: “Tô na academia, malho de duas a três horas por dia”, o pronome “eu”, omissso nesta oração, vincula Ísis à ação de “malhar”, colocando-a numa condição de responsável por sua saúde pela realização de uma atividade recomendada particularmente para ela, como cirurgiada.

Note-se como, neste processo analítico, o reconhecimento da ação e/ou de seu objeto como relacionados à saúde são necessários ao analista, que deverá reconhecer também quem está executando esta ação, ou seja, o personagem na história. Para melhor ilustrar a análise feita para identificação da autonomia em cada pequena história, consideremos o Quadro 5 a seguir.

Quadro 5. Exemplo de processo analítico para identificação na narrativa pessoal da noção de autonomia.

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina Fragmento da Pequena História 5 (PH5) – Antes da cirurgia Situação-Problema: Perder e recuperar peso		
Já tentei muitas vezes assim fazer regime, já fui pra spa, mas assim eu perdia, mas recuperava em tempo assim de um mês, dois meses, eu perdia, passava o que, seis meses me tratando pra perder vinte quilos, eu acho que o máximo que eu já perdi antes da cirurgia (+)/.../		
Personagem	Ação	Objeto
Afrodite (“eu”)	Tentar fazer	Regime
	Ir	Spa
	Perder	vinte quilos
	Recuperar	--

Nesta pequena história, Afrodite fala de ações e objetos que dizem de sua responsabilidade por cuidar de si: tentar fazer regime e ir a spa e por isso caracterizamos que em sua narrativa, neste

espaço-tempo anterior à cirurgia, ela se organiza narrativamente de forma autônoma, afiliando-se ao discurso social da bioidentidade. Com a continuidade da análise deste estudo de caso 2 poderemos aprofundar como esta organização narrativa é feita ao longo de cada pequena história e sua relação com as posições admitidas para Afrodite.

- **Vontade**

O último dos eixos organizadores do discurso da bioidentidade trata da vontade, considerada essencial para a efetivação das chamadas práticas bioascéticas. O sucesso ou o fracasso no respeito às orientações dos profissionais de saúde e o conseqüente cuidado consigo são atrelados ao exercício da vontade. O autogoverno, a vigilância pessoal, a responsabilidade que cada um deve ter por evitar comportamentos de “risco” dependem de seu desejo, de sua vontade, de seu querer. Neste discurso, cabe salientar, a vontade já é atrelada aos referenciais de saúde, porque se fala que os que não conseguem ser responsáveis por si mesmos têm vontade fraca ou falta de vontade. Nesta perspectiva, o desejo já é previamente relacionado a seu objeto, ou seja, há vontade se ela for dedicada à garantia e à manutenção da saúde.

Em nosso estudo, diferentemente, chamaremos de **vontade** o reconhecimento na narrativa de **impulso, desejo ou qualquer outro elemento desencadeador de uma ação e/ou relacionado a um objeto**. Não predefiniremos a vontade como atrelada à saúde, porque procuraremos identificar na narrativa de que vontade, impulsos, desejos tratam as narradoras, nos diferentes espaços-tempos das pequenas histórias. Consideramos que antes e depois ao menos as vontades de comer serão diferentes, uma vez que, com a intervenção cirúrgica, a vontade de comer deve diminuir em função da sensação de saciedade gerada com a redução do estômago.

Nesta perspectiva, mais uma vez a identificação da vontade como eixo organizador na narrativa dependerá do reconhecimento de (1) personagem, (2) ação, (3) objeto e (4) enredo. Aqui vale ressaltar ao menos duas particularidades. Em alguns casos, a vontade na narrativa será definida tomando em consideração primordialmente a ação, sendo o objeto importante para nos indicar o alvo de interesse do personagem. Em outros casos, entretanto, a definição da vontade se fará primordialmente pelo objeto. Quando a ação é o elemento principal para identificação desta vontade, considera-se o uso de verbos em que o reconhecimento a este impulso esteja implícito na narração, como no caso de “querer”, “desejar”, “interessar”. Tome-se como exemplo quando Ísis diz, em relação ao espaço-tempo posterior à cirurgia: “Quero que Deus me dê o direito de viver pelo menos daqui a mais uns quarenta ANOS, pra eu aproveitar BEM a decisão que eu tomei e a oportunidade que ele me deu de fazer essa cirurgia” (PH16). O verbo “querer” anteriormente sublinhado indica, em nossa análise, o reconhecimento, por parte da narradora, de uma vontade ou impulso para viver, que pode ser conferido por Deus. É a identificação desta vontade na narrativa, neste caso, relativa ao objeto direito de viver por mais quarenta anos, no espaço-tempo posterior à cirurgia, que nos interessa.

Mas em outros casos, como dissemos, a análise focalizará o objeto da ação. Consideremos então quando Afrodite diz, também em relação ao espaço-tempo posterior à cirurgia: “Mas eu tô bem, tô ótima, tô outra pessoa, tô outra pessoa mesmo (+). Do que eu do antes, de janeiro (+) pra, pra agora. Eu já tenho várias coisas. Tá viajando, claro, tenho vontade também”. Neste caso, é o objeto “vontade”, relacionado ao verbo “ter”, que nos indica que a narradora reconhece em sua história um impulso – a vontade – para agir, no caso, para viajar.

Outro elemento que nos ajuda ao reconhecimento da vontade é o enredo. Por vezes o narrador não fala de um querer, desejo ou vontade de um personagem, mas quando analisamos a sequência de ações que ele desenvolve, notamos que há um propósito comum a cada uma delas, porque estas ações estão dirigidas a um mesmo objetivo. No caso de Afrodite, como mencionado no Quadro 5, ela

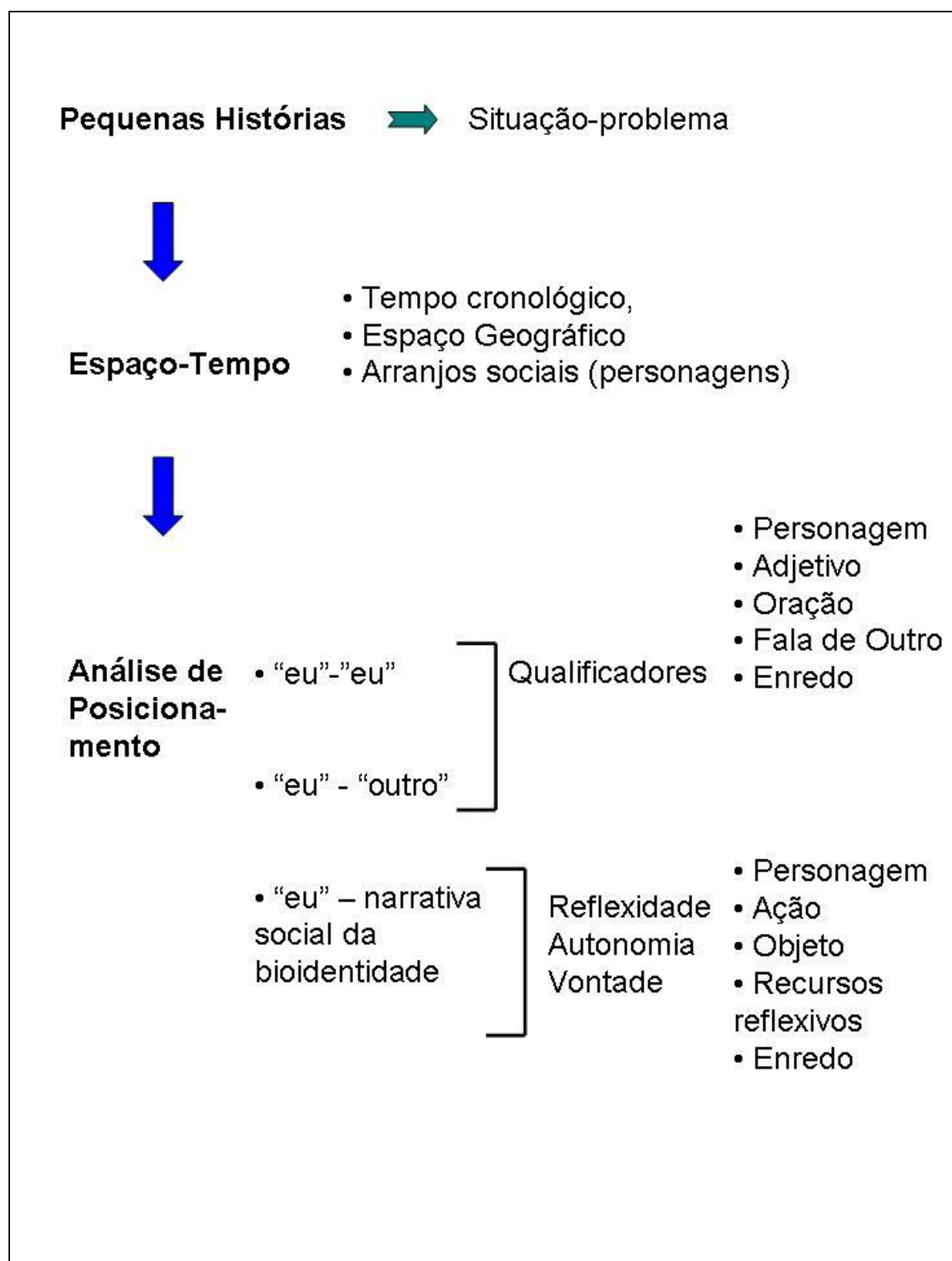
fala de tentar fazer regime e ir a SPA, na pequena história 5. Mas quando vemos outras histórias relativas ao espaço-tempo anterior à cirurgia, reconhecemos outras ações que proporcionam perda de peso, como procurar psicólogo para saber qual era seu problema e morar na casa da tia por achar que lá seria melhor para perder peso. Uma única ação talvez não fosse suficiente para nos dizer de uma vontade para perder peso, mas quando elencamos um conjunto de ações que constituem o enredo de uma ou mais de uma pequena história, podemos falar de um impulso voltado a um objeto específico, no caso, de emagrecer, embora o narrador não atribua ao personagem um desejo pelo uso que faça ao verbo querer ou ao objeto vontade.

Até agora apresentamos um conjunto de definições importantes à análise, assim como os respectivos recursos discursivos considerados para identificar nas narrativas estas definições. No Quadro 6 a seguir resumimos estas definições e recursos, para facilitar o acompanhamento dos estudos de caso que faremos a seguir e, em seguida, apresentamos um fluxograma para ilustrar o processo analítico e as categorias envolvidas em cada um das análises de posicionamento realizadas com o objetivo também de facilitar o entendimento do leitor deste processo.

Quadro 6. Resumo das categorias analíticas, sua definição e recursos discursivos utilizados à identificação nas narrativas.

Categoria	Definição	Recursos discursivos
Pequena História	narrativa na qual se desenvolva uma situação-problema específica, com personagens e em dado tempo-espço.	Situação-problema da narrativa
Personagem	seres humanos ou não humanos que desenvolvam ações na narrativa e/ou a ele sejam atribuídos estados, modos de ser.	Pronomes, enredo, indicação a seres em geral
Qualificador	formas de adjetivação atribuídas aos personagens das narrativas	Personagem, adjetivo, oração adjetivada, fala de outros personagens
Enredo	encadeamento dos acontecimentos na narrativa.	Personagem, ação (verbo).
Posição	lugar moral do participante em uma conversação, atribuído a si mesmo e a outros personagens, em relação a uma narrativa social dominante	Personagem, conjunto de qualificadores e enredo
Espaço-Tempo	tempo cronológico (momento), espaço geográfico (lugar) e arranjos sociais.	Locução adverbial de tempo e de lugar, personagens
Antes da cirurgia	período narrado que antecedia sua freqüência a qualquer unidade de saúde com o propósito de vir a realizar a cirurgia bariátrica, tais como clínicas, consultórios, hospitais, centros de saúde, etc.	
Durante a cirurgia	período que se inicia com a freqüência a unidades de saúde para iniciar os procedimentos necessários à realização da cirurgia – como as primeiras consultas no hospital, a participação no Programa da Obesidade – e se finaliza com a saída do hospital após a realização da cirurgia e recebimento de alta por parte da equipe médica.	
Depois da cirurgia	período que se inicia com a chegada da narradora em sua casa ou outro local no qual faça sua recuperação pós-cirúrgica até os dias atuais, podendo incluir planos para o futuro.	
Reflexividade	quaisquer atos realizados por um personagem, dirigidos a objetos, e que estejam relacionados à vigilância pessoal pelo respeito a referenciais médicos, estéticos e/ou de saúde presentes nos recursos explicativos associados a uma ação e/ou ao objeto da ação.	Personagem, ação ou estado, objeto, recursos explicativos
Autonomia	realização de ações voltadas ao cumprimento de orientações médicas, estéticas e/ou de saúde.	Personagem, ação, objeto
Vontade	reconhecimento na narrativa de impulso, desejo ou qualquer outro elemento desencadeador de uma ação e/ou relacionado a um objeto.	Personagem, ação, objeto

Figura 6. Fluxograma do processo analítico e categorias utilizadas para estudos de caso 1 e 2.



Tendo feitas as especificações necessárias ao trabalho analítico, é importante ressaltar ainda que o discurso da bioidentidade, como uma proposição filosófica para definição do humano, não se restringe a um grupo específico, mas é dirigida às sociedades particularmente ocidentais da atualidade. Em nosso estudo, entretanto, trabalhamos com a aplicação deste conceito a um público em particular, de cirurgiados, ex-obesos mórbidos em processo de redefinição de seu contorno corporal. Além disso, a organização narrativa, tal como vimos defendendo, será pautada em normas e convenções socioculturais, mas também no enredamento particular que somente o narrador, em dado espaço-tempo poderá fazer. Assim, parte de nosso trabalho analítico incluirá identificar a singularidade na narrativa construída por Isis e Afrodite na redefinição das noções de reflexividade, autonomia e vontade, tanto por comporem um grupo particular para o qual a bioidentidade está sendo discutida, como por seu movimento discursivo original de construção da narrativa com a pesquisadora, numa situação de particular de entrevista em uma sala de atendimento psicológico, dentro de um hospital e com apoio da instituição. Localizando pontos comuns e singulares a estes conceitos de reflexividade, autonomia e vontade nas narrativas, em cada pequena história, é que poderemos falar de afiliação à narrativa social da bioidentidade.

Esclarecido o processo analítico, mais um ponto é ainda importante mencionarmos e que diz respeito especificamente à rotina dos pacientes do hospital, desde candidatos à cirurgia até cirurgiados, tendo recebido alta médica. Esse esclarecimento é ainda importante para que entendamos o contexto que caracteriza especialmente os espaços-tempos durante e posterior à cirurgia bariátrica. Finalizada a apresentação desta rotina, seguiremos especificamente aos estudos de caso, começando pela díade Ísis-Karina.

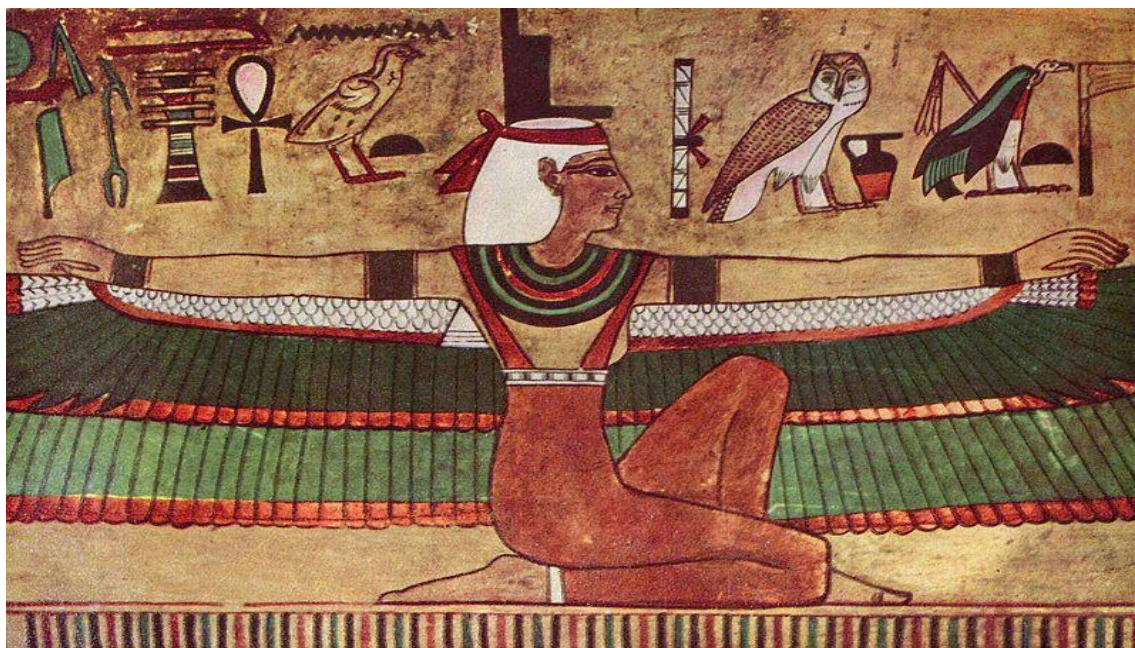


Figura 7. “A Deusa Ísis”. Pintura em mural, autor egípcio.

A Deusa Ísis

A mais famosa das deusas egípcias, Ísis foi venerada como a representação maior da essência materna e da esposa perfeita.

Ela era vista igualmente como um símbolo do que há de mais singelo, dos que morrem e daqueles que nascem. Uma mitologia tardia atribui às cheias do Rio Nilo às lágrimas derramadas por Ísis pela perda de seu amado, Osíris.

Era zelosa com escravos ou nobres, pecadores ou santos, governantes ou governados, homens ou mulheres. Todos tinham seu olhar, sua proteção e solicitude, sendo sempre extremamente maternal. Como protegia também o reino natural, Ísis respeitava todas as dimensões da vida.

Capítulo 4

Estudos de Casos

4.1. Estudo de Caso 1: Ísis-Karina

Ísis é casada, 30 anos, mãe de dois filhos, uma menina com dez anos e um menino com seis. Tem nível médio concluído e é vendedora autônoma. Reside e é natural de cidade do interior de Pernambuco. Fez a cirurgia em 2008, doze meses antes de participar deste estudo, quando tinha 116 kg e IMC = 45,54 kg/m². Não tinha registro de comorbidade e não tomava medicamentos na ocasião da entrevista, quando tinha peso de 77,8 kg e IMC = 30,03 kg/m², ou seja, tinha perdido 38,2 kg de seu peso anterior à cirurgia. Não apresentava nenhuma doença e não toma medicação além daquelas recomendadas para os cirurgiados.

Ao longo desta análise veremos que Ísis narra a si mesma como uma pessoa preocupada com a família, com os problemas das pessoas que lhe rodeiam. Ela cuida e sofre pelos parentes, assume responsabilidades para ajudá-los, envolvendo-se com os problemas dos que lhe são caros. Esta atenção para com entes queridos foi particularmente importante para que a nomeássemos como Ísis, deusa egípcia reconhecida por seu zelo com as mais diversas entidades vivas.

Na narrativa abaixo apresentamos o primeiro encontro entre a pesquisadora e esta participante até a realização da entrevista narrativa.

Ísis me conheceu no dia em que participei da primeira reunião do programa de obesidade. Na ocasião, o cirurgião geral me apresentou ao grupo logo ao início da reunião, dizendo que o hospital estava apoiando uma pesquisa realizada pela Dra. Karina, psicóloga, que estava fazendo uma pesquisa de interesse do hospital. Disse “quanto mais informação sobre obesidade, melhor” e incentivou os presentes a participarem do estudo. Seguiu sua apresentação, que contou com quinze *slides*, e ao final, passou a palavra à psicóloga, que se apresentou ao grupo, uma vez que a acabara de ingressar na equipe. A nutricionista e assistentes sociais deram também orientações gerais. O cirurgião me cedeu a palavra e então expliquei se tratar de uma pesquisa sobre a vida depois da cirurgia, por isso procuraria somente as pessoas que fizeram a operação e caso quisessem participar, já me procurassem

ao final da reunião. A palavra foi cedida aos cirurgiados. Dois pacientes contaram um pouco de sua história de obesidade e da cirurgia; uma delas falou de sua satisfação com a equipe, e especialmente, com o cirurgião, divulgando comunidade no *orkut* que criou para ele. A reunião foi finalizada, cerca de uma hora e meia após seu início, e então fui procurada por alguns cirurgiados para fazer a entrevista. Ísis estava presente, foi indicada pela psicóloga como tendo feito a cirurgia e eu então a procurei para que marcássemos um encontro. Ísis disse que, como mora no interior, só poderia vir a Recife no dia da reunião do programa e que não tinha certeza se poderia vir à reunião do mês seguinte. Nós então marcamos encontro para outra sexta-feira de reunião, dois meses depois de nos conhecermos. Avisei a Ísis que, como já tinha marcado dois outros encontros com pessoas que também só poderiam vir ao hospital naquela data, só teria horário às 14:45 horas, de forma que o encontro com ela possivelmente se daria no horário da reunião, impedindo que a ela comparecesse desde o início. Ísis consentiu que assim fosse feito e chegou antes do horário marcado. A entrevista teve duração de quarenta e três minutos. Quando finalizada, fomos juntas à reunião do programa, que já se finalizava.

A narrativa pessoal de Ísis, construída com a pesquisadora na etapa 2 da entrevista narrativa, foi subdividida em dezessete pequenas histórias, sendo as pequenas histórias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 relativas ao período anterior à cirurgia, as 10, 11 e 14 referentes ao período da cirurgia bariátrica e as pequenas histórias 12, 13, 15, 16 e 17 relativas ao pós-cirúrgico. As pequenas histórias da narrativa pessoal de Ísis estão apresentadas no Anexo A.

Na “análise de posicionamento”, como vimos apresentando, analisamos as posições do narrador (1) em relação a ele mesmo, (2) em relação a outros personagens da história e (3) em relação a uma narrativa social dominante, em nosso caso, da bioidentidade, para a qual tomaremos como referência as noções de reflexividade, autonomia e vontade. Esta análise das posições, como vimos defendendo, nos permitirá falar da construção de sentidos de bioidentidade na narrativa para aquelas que realizaram a cirurgia bariátrica. Além disso, estas posições também constituirão as três análises de posicionamento que faremos neste estudos, cada uma delas abordando os espaços-tempos de antes, durante e depois da cirurgia. Iniciemos, então, com a análise de posicionamento 1, onde veremos as posições de Ísis em relação a ela mesma em cada espaço-tempo no qual foram caracterizadas as pequenas histórias de sua narrativa pessoal.

4.1.1. Análise de Posicionamento 1: as posições de Ísis

Nesta análise de posicionamento 1 veremos as posições estabelecidas por Ísis em relação a ela mesma para os espaços-tempos de antes, durante e depois da cirurgia bariátrica e por isso nosso foco se fará sob personagens, enredo e os qualificadores. Vejamos então como Ísis, em nosso processo analítico, posiciona a si mesma.

“Hoje eu me sinto em uma dádiva”. Assim Ísis inicia a sua história. Ela qualifica os dias de hoje, nos quais está cirurgiada, reportando-nos a uma condição de esplendor, usando “dádiva” como um qualificador para seus sentimentos atuais. Em relação **ao período que antecede a cirurgia**, como agora veremos, Ísis não usa qualquer qualificador no qual ela se adjective como em bem-estar. Ao contrário, qualificar-se hoje como “em dádiva” será o ponto de partida para um conjunto de pequenas histórias nas quais ela fala sobre o espaço-tempo que antecede a cirurgia como de “não-dádiva”. Nos acontecimentos encadeados nas pequenas histórias deste período, ou seja, nos enredos destas narrativas, especificamente as pequenas histórias 1 a 9, ela se posiciona como descontrolada e sofrida.

O sofrimento e o descontrole de Ísis por ela narrados e atribuídos a si mesma são iniciados já na pequena história 1¹³, quando ela aborda o constrangimento de ser excluída de um processo seletivo para uma vaga de emprego pela sua aparência como obesa, mesmo estando preparada para assumir a vaga. Vejamos um fragmento desta pequena história a seguir.

¹³ Mais uma vez, para facilitar a leitura das transcrições das narrativas, mencionamos como nota, em ambos os estudos de caso, as convenções das transcrições, fundamentadas em Marcuschi (2008). Ver também apêndice A.

/.../	Transcrição parcial. Corte na produção de alguém.
(())	Comentários do analista.
::	Alongamento de vogal.
(+)	Pausa para cada 0.5 segundo
MAIÚSCULA	Ênfase ou acento forte.
(incompreensível)	Dúvidas e suposições.

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina

Fragmento da Pequena História 1 (PH1)

Situação-Problema: Perda de oportunidades por causa da obesidade

- 1 /.../Tá bom. Hum. Hoje eu me sinto em uma dádiva.
2 Porque, eu sei que, assim, ah, não é você ter o corpinho bonito que é tudo, não é? Felicidade não é só isso, né?
3 Mas, assim, a gente sabe que a gordura ela atrapalha muito na vida da gente.
4 E eu já perdi muitas oportunidades na vida por conta da obesidade, entendeu?
5 Eu fiz um curso, eu sei que não é, assim, desestimando, querendo ser melhor do que ninguém,
6 mas eu sei que eu me saí bem.
7 Fui pruma entrevista de emprego e, assim, passei por todas as etapas
8 e no fim, a pessoa que ia escolher só faltou dizer na minha frente, assim, na minha, na minha lata,
9 como diz a história, que eu não iria ficar por conta da aparência. Entendeu?
10 Mas aí colocou uma pessoa que,
11 se fosse mais nova de que eu era assim, tipo, uns dois anos antes, no máximo,
12 mas que tinha o corpo muito bonitinho, um rosto muito bonitinho,
13 e ele não ia deixar de dar a vaga a uma pessoa com uma aparência bem satisfatória do que a minha,
14 que tinha cento e dezesseis quilos, entendeu?
15 Então, assim, são coisas que falam bem mais alto,
16 assim, na auto-estima da gente de que só um corpo bonito, né?

Ísis fala da perda de oportunidades por causa da obesidade, e é com base na centralidade desta problemática na narrativa, que usa qualificadores para si mesma e para os demais personagens. Tais qualificadores foram categorizados neste estudo como sendo de quatro tipos: desconforto, conforto, controle e descontrole. Estes qualificadores serão nossas referências para análise de todas as pequenas histórias neste estudo de caso e importantes para que tratemos das posições estabelecidas por Ísis.

Como **qualificadores de desconforto** temos as formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas por Ísis a um personagem e que indiquem **sofrimento, constrangimento, prejuízo, atrapalho**. A ideia é que com estes qualificadores o narrador anuncie qualquer mal-estar em relação a um personagem da história, podendo este personagem ser ela mesma ou outro da narrativa. Como **qualificadores de conforto**, temos as formas de adjetivação atribuídas por Ísis a um personagem e que indiquem **alegria, prazer, felicidade, coragem**. De forma semelhante, relaciona-se estes qualificadores à ideia de bem-estar atribuída a qualquer personagem na história.

Já com os **qualificadores de controle**, ao personagem é associada uma adjetivação que indique a responsabilidade que este tem por seus próprios atos ou pela tomada de decisões, admitindo, assim, o domínio sobre suas ações. Com os **qualificadores de descontrole**, Ísis anuncia

a inexistência desta responsabilidade por parte do personagem, sinalizando que o mesmo não controla suas próprias ações, não se governa, não se responsabiliza pela tomada de decisões. O ponto central é que estes qualificadores digam do poder que o personagem tem sobre si.

É importante ressaltar ainda que uma qualificação poderá incluir uma diversidade de adjetivações. Nosso enfoque para os qualificadores acima apontados é para o elemento que os caracteriza, nos casos, poder e/ou bem-estar, mal-estar. Cada narrador fará uma caracterização particular do que, por exemplo, considera desconforto.

Seguindo agora em nossa linha interpretativa, nesta primeira história Ísis qualifica quatro personagens: ela mesma, uma concorrente no processo seletivo, a pessoa que fazia a seleção e a obesidade. Particularmente sobre a obesidade, é importante destacar que ela nos parece ser considerada personagem, porque Ísis atribui ações para a obesidade (também chamada como “gordura” na história) e transforma este conceito abstrato em um ser: ela atrapalha, gera perdas, proporciona uma aparência insatisfatória e faz Ísis perder uma vaga de emprego. Ou seja, Ísis não somente a define como personagem, como a adjetiva com qualificadores de desconforto. Ela indica os males que a gordura causou a ela mesma e sugere que essa não é uma qualificação unicamente atribuída por ela. Com o “a gente sabe” (linha 3), Ísis dá ciência que esta qualificação da obesidade não é particular, mas que lhe parece comum, compartilhada. Ao menos a pesquisadora, sua interlocutora e psicóloga, que conhece sobre obesidade, faz um estudo sobre isso, sabe da plausibilidade desta afirmação, desta “verdade”: a gordura atrapalha a nossa vida! E não é somente a vida de Ísis que ela atrapalha, mas a vida “da gente” - da pesquisadora, dela e das pessoas em geral.

Por outro lado, quando Ísis coloca a obesidade como um personagem que gera problemas na vida das pessoas, ela atribui à gordura qualificadores de controle, mas aqui com a peculiaridade de não se referir à responsabilidade que esta tem sobre sua vida, da própria obesidade, mas ao poder que tem sobre a vida das pessoas. É sobre a vida dos outros que ela tem poder, e o poder de atrapalhar. Ísis fala então deste poder sobre sua própria vida: “eu não iria ficar por conta da aparência” (linha 9).

Ao qualificar a obesidade com desconforto e controle, Ísis também atribui a si mesma qualificadores de desconforto e descontrole. A obesidade que atrapalha é a sua obesidade. É a história de obesa que ela começa a contar. Entretanto, este desconforto Ísis não indica diretamente, mas nas ações e adjetivos que atribui a outros personagens. Em relação ao profissional que fazia a seleção, por exemplo, ela diz: “a pessoa que ia escolher só faltou dizer na minha frente, assim, na minha, na minha lata, como diz a história, que eu não iria ficar por conta da aparência” (linhas 8 e 9), sugerindo um julgamento preconceituoso, discriminatório e seu desconforto com a situação, uma vez que tinha feito um curso, estava preparada e não era tão mais velha que sua concorrente. Ao falar desta concorrente, Ísis também se qualifica em desconforto, porque atribui a ela mesma a qualidade de não ter boa aparência: “e ele não ia deixar de dar a vaga a uma pessoa com uma aparência bem satisfatória do que a minha, que tinha cento e dezesseis quilos, entendeu?” (linhas 13 e 14). Usando “bem” e “satisfatória”, como marcadores de qualidade e “mais” como de intensidade, ela se qualifica em aparência contrária e acentua a diferença entre ambas as aparências. Ao mesmo tempo então que usa qualificadores de conforto para a concorrente de corpo e rosto “bonitinhos”, ela atribui a si adjetivos de desconforto.

Mas nesta história Ísis também trata de sua impossibilidade de controlar sua vida, de ser responsável pelo o que acontece com ela. Ela faz um curso, se sai bem, procura emprego, passa em todas as etapas, mas não fica com a vaga. A gordura atrapalha. Quando Ísis coloca a obesidade como um personagem com controle, ela também tira dela mesma o domínio sobre sua vida. O que era necessário ser feito para conseguir uma vaga ela fez, mas foi “atrapalhada” pela obesidade, que causa esse tipo de problema a todas as pessoas. Ela, então, qualifica-se como em descontrole, como não pudesse se responsabilizar pelo o que acontecia com ela mesma, uma vez que ela já vinha atribuindo vida própria à obesidade, que tinha poder sobre ela. Este descontrole será progressivamente melhor desenvolvido em cada pequena do período anterior à cirurgia. Para melhor caracterizar o processo analítico em termos dos qualificadores usados nesta pequena história 1, vejamos o quadro 7 a seguir.

Na continuidade das pequenas histórias referentes ao período anterior à cirurgia, Ísis adjetiva a si mesma usando sempre qualificadores de desconforto e de descontrole. No primeiro caso, é recorrente a menção que faz a si mesma como em sofrimento, desprazer, falta de coragem, sentimentos de mal-estar por ela nas mais diferentes situações. Ísis fala de não sentir prazer de sair para lugar algum, de ter vergonha de sair com o marido, de não se suportar, ter raiva de si mesma, sentir-se culpada por comer e, no ápice de seu mal-estar com sua aparência, pensou em se matar. Assim fala Ísis: “Eu já não queria mais sair com meu marido pra canto nenhum, porque eu tinha vergonha de sair com ele /.../ Tinha dias que eu não me suportava, nem me agüentava” (PH2).

Quadro 7. Qualificadores e tipos de qualificadores por personagem, a partir da análise de fragmento da pequena história 1, do estudo de caso 1 Ísis-Karina.

Personagem	Fragmentos da Pequena História	Qualificador(es)	Tipo de Qualificador
Ísis (“eu”)	E eu já perdi muitas oportunidades na vida por conta da obesidade, entendeu? eu sei que não é, assim, desestimando, querendo ser melhor do que ninguém, mas eu sei que eu me saí bem. eu não iria ficar por conta da aparência.	Prejudicada Preparada Excluída Aparência insatisfatória	Desconforto Descontrole
Outra candidata	mas que tinha o corpo muito bonitinho, um rosto muito bonitinho	Corpo bonito Aparência satisfatória	Conforto
Profissional da seleção	só faltou dizer na minha frente, assim, na minha, na minha lata, como diz a história, que eu não iria ficar por conta da aparência. E ele não ia deixar de dar a vaga a uma pessoa com uma aparência bem satisfatória.	Seleciona pela aparência, discrimina	Desconforto
Obesidade	a gordura ela atrapalha muito na vida da gente	Atrapalha Gera perdas	Controle Desconforto

A partir da pequena história 4, Ísis fala de sofrimento especificamente para explicar o que pode ter causado sua obesidade, quando começa a narrar uma série de infortúnios pelos quais passou e que culminaram com o seu aumento de peso, o que chama por um “período turbulento”. Notemos, nos fragmentos das pequenas histórias que estão sublinhados, a adjetivação que Ísis atribui a si mesma: “eu tenho uma sobrinha que ela fez uma cirurgia de (incompreensível), ela quase ficou à

beira da morte e eu sofri demais” (PH4). Em seguida ela fala da separação de sua irmã, cujos dois filhos passaram a ficar sob sua responsabilidade: “Eu não tinha mais dois filhos só, mas eram quatro. E aquilo ali eu ficava nervosa, muita preocupação. E eu comia e aquela comida eu não sentia me satisfazer” (PH5). Depois Ísis fala da morte de seu primo querido, muito jovem, com câncer: “E eu sofri muito muito muito muito muito com com (+) a perda dele” (PH6); conta em seguida o falecimento de seu avô, e da avó de seu esposo: “Durante (incompreensível) de sete, mais ou menos, assim, de sete meses eu perdi muita gente, aquilo me fez mal”. Após estes infortúnios, Ísis fala, então, de seu aumento de peso: “Foi quando, em agosto, depois que meu avô foi, morreu, eu fui na rua, me pesei. Eu engordei vinte e sete quilos nesse período. Vinte e sete quilos (+). Que foi horrível. Então, assim, e eu fiquei revoltada comigo mesma, sabe, Karina?” (PH8). E na última pequena história deste espaço-tempo anterior à cirurgia, Ísis então fala em tirar a sua vida: “E eu não vou dizer a você não, foram VÁRIAS VEZES que passou pela minha mente de tirar a minha vida. Porque aquilo tava me atormentando” (PH9).

Nestas histórias, Ísis se qualifica com frequência como em mal-estar: intensamente sofrida, insatisfeita, revoltada, nervosa, preocupada, culpada, cheia de perdas, atormentada, suicida são alguns dos qualificadores de desconfortos que ela admite para si neste período. Ísis inclusive acentua em sua narrativa este desconforto usando marcadores de intensidade (“muito”) atrelados aos adjetivos ou nas orações nas quais adjetivam ela própria ou às pessoas com as quais se relacionava e que tinham passado por sofrimento. Quando uma pessoa muito querida sofria, o sofrimento de Ísis também era intenso.

E são estes qualificadores, atrelados aos enredos de sucessivas perdas, narrados como período turbulento, que nos permitem colocar Ísis em relação a ela mesma e neste espaço-tempo anterior à cirurgia como na **posição de desconforto**. Esta posição é definida, como entendemos, **como um lugar moral caracterizado por um conjunto de qualificadores de mal-estar atribuídos a um**

personagem na narrativa e/ou gerado por este a outro personagem na história, e que caracterize uma condição de dor, de perda, de sofrer.

No decorrer destas histórias, além de Ísis sempre se atribuir qualificadores de desconforto, de sofrimento intenso, também se coloca como irresponsável por seu ganho de peso, usando, para isso, qualificadores de descontrole. O interessante aqui é vermos que particularmente neste caso Ísis assim se qualifica não somente pelos adjetivos ou orações adjetivas que atribui a si mesma, mas especialmente pelos personagens.

Já na pequena história 2, ela fala da responsabilidade do marido que, ao não falar nada de sua gordura, não a despertava, como se, metaforicamente, estivesse adormecida, desatenta, e não se visse engordar: “Porque às vezes, quando o marido pega a gente no pé, tá gordinha, uma coisa ou outra, às vezes você pode até despertar. Mas ele, assim, nunca falou nada”. Mais adiante, ela se coloca como traumatizada, perturbada pelos acontecimentos aflitivos que vivia e, nesta condição, passava a comer muito, como se esta não fosse uma decisão deliberada, mas de uma pessoa psiquicamente afetada, fora de um padrão normal de ação, que por isso agia também em dissonância a um padrão de alimentação. “Foi aquela coisa assim, desgastante, eu sofria e eu descontava aqueles meus traumas na alimentação. Comia bastante, como se aquilo fosse compensar /.../” (PH4). Na pequena história 5, Ísis já sugere, em uma metáfora, seu desconhecimento sobre o que se passava com ela: “E eu comia e aquela comida eu não sentia me satisfazer. Era como se tivesse um oco no estômago”. Quanto mais eu comia, mais tinha vontade de comer”. Ou seja, Ísis ignorava sua satisfação, não tinha sensações sobre ela, como se a causa estivesse no que metaforiza como um “oco”, um vazio em seu estômago, que a fazia comer.

E continua narrando: “E o pior não era nada, é que depois daquilo ali eu fui aumentando e eu ficava atordoada, porque eu não queria fazer aquilo, mas era mais forte de que eu” (PH5). Aqui Ísis explicita dois movimentos contraditórios. Em um, ela é ciente de seus desejos, no caso, de não querer, supostamente, comer (“fazer aquilo”). Em outro, o que se assemelha a um “oco no

estômago”, é mais forte que ela, a domina, a controla, e a mantém comendo bastante. Ísis assim reconhece um novo personagem, impreciso, oculto na oração “era mais forte de que eu”. Mas um personagem dominador e que interfere sobre sua decisão. Particularmente interessante neste caso é que este personagem parece pertencer a ela mesma. Quando Ísis fala em “oco no estômago”, metaforiza recorrendo a algo que é interno, fisiológico. Quando fala “Quanto mais eu comia, mais tinha vontade de comer”, recorre também a algo que é pessoal, pelo uso do pronome “eu”. A vontade era dela, de Ísis.

Assim, nesta narração ela parece reconhecer ao mesmo tempo um “eu” que quer parar de comer, e um “eu” que tinha vontade de comer, mas que ao mesmo tempo ela não reconhecia como sendo ela própria, um “não-eu” (“era mais forte de que eu”), que se assemelha a um oco no estômago, que interfere sobre sua vontade. Temos então dois personagens, qualificados de forma diferente: um “eu” que não quer comer e um “não-eu”, pertencente a Ísis, forte, dominador, que a faz comer. Desta relação dialética entre “eu” e “não-eu”, resulta uma Ísis sofredora, que come bastante e começa a sinalizar na narrativa, na referência a dois personagens com qualidades diferentes, que ela não pode se responsabilizada por sua própria obesidade.

Mais adiante, na pequena história 8, Ísis explicita qualificadores de descontrole para si mesma, como vemos sublinhado a seguir: “Mas era mais forte de que eu. Eu não conseguia me controlar /.../ E, assim, e eu não me dava conta. Então aconteceu esse fato na minha vida que (+) eu não tive controle”. Assim Ísis então se ratifica como não podendo ser responsabilizada por suas ações, agora usando adjetivos para ela mesma, referida no uso do pronome “eu”. Entendemos, vale salientar, que esse “eu” ao qual se refere Ísis é o resultado de “eu” que não quer comer e “não-eu” que quer comer e que, ambos, fazem parte de Ísis, embora tenham ações e qualidades diferentes.

Com base então neste processo de análise sobre qualificadores, personagens e enredo, admitimos que Ísis, neste espaço-tempo que antecede a cirurgia bariátrica, além da posição de desconforto, admite para si mesma a **posição de descontrole**. Esta posição, como entendemos, pode

ser definida como **lugar moral caracterizado por um conjunto de qualificadores de desgoverno atribuídos a um personagem na história**. No quadro 8 sintetizamos as posições de Ísis em relação a ela mesma, para então seguimos ao posicionamento que Ísis faz de si mesma durante a cirurgia.

Após falar em tirar sua vida na pequena história 9, Ísis conta no **espaço-tempo durante a cirurgia** sobre seu ingresso no Programa de Obesidade do hospital. Este período, como dissemos, se inicia com a frequência a unidades de saúde para realizar os procedimentos necessários à cirurgia bariátrica – como as primeiras consultas, as conversas com profissionais – e se finaliza com a saída do hospital após a realização da cirurgia e recebimento de alta por parte da equipe médica. Ísis nos fala deste espaço-tempo nas pequenas histórias 10, 11 e 14 e sobre elas faremos a análise das posições de Ísis em relação a ela mesma.

Quadro 8. Posições de Ísis por fragmentos de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo anterior à cirurgia bariátrica.

Descrição da Posição	Descrição do Qualificador	Fragmentos de Pequenas Histórias (PH)
Conforto: lugar moral caracterizado por um conjunto de qualificadores de bem-estar atribuídos a um personagem na história.	Desconforto: formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas pelo narrador a um personagem e que indiquem constrangimento, sofrimento, prejuízo, atrapalho vivido por este e/ou causado a outrem.	Tinha dias que eu não me suportava, nem me agüentava. Eu tentava não a (+) horrível. Era terrível pra mim (PH2). Foi aquela coisa assim, desgastante, eu sofria e eu descontava aqueles meus traumas na alimentação (PH4).
Descontrole: lugar moral caracterizado por um conjunto de qualificadores de descontrole atribuídos a um personagem na história.	Descontrole: o narrador atribui ao personagem a qualidade de não se responsabilizar por seus próprios atos, não ter o domínio por suas ações, de não tomar decisões.	Quanto mais eu comia, mais tinha vontade de comer./.../porque eu não queria fazer aquilo, mas era mais forte de que eu (PH5). “Por que eu fui comer?, por que fez isso? por que eu fui fazer isso?, eu tô piorando” ((desolada)). Mas era mais forte de que eu. Eu não conseguia me controlar (+). Entendeu? (PH8)

Antes da cirurgia, Ísis se posicionou como descontrolada e em desconforto. Agora, durante a cirurgia, veremos uma progressiva mudança em sua posição. Na pequena história 10, pela primeira vez usa um qualificador de conforto em relação a ela mesma, depois de ter se referido à “dádiva”

como única adjetivação de bem-estar em todo o período anterior à operação. E este conforto é usado exatamente quando Ísis fala da cirurgia. Vejamos como ela narra este acontecimento.

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina
Fragmento da Pequena História 10 (PH10)
Situação-Problema: O dia da cirurgia

- 1 /.../E chegou o dia da minha cirurgia.
- 2 E eu fiquei muito feliz com isso.
- 3 Um pouco temerosa, né, porque é todo um, é natural a gente tem aquele medo DA cirurgia.
- 4 Não é me, mas eu passei tranqüilo e fiquei satisfeita, sabe?

Quando diz, na linha 2, que ela ficou “feliz”, Ísis então se adjetiva com um qualificador de conforto, embora a ela atrele outras adjetivações de mal-estar, em uma referência ao medo da cirurgia (linha 3). Essa será uma organização comum as suas narrativas neste período. Adjetivações pessoais de bem-estar e desconforto se sucedem, como na pequena história 14, quando diz: “Eu tinha um pouquinho de medo da uti, porque uti, uti, a gente fica com aquela coisa, uti. Mas, assim, passei pelo processo da uti numa boa. Não tive problema nenhum” (PH14). Mais uma vez ela altera entre qualificadores de conforto e de desconforto em relação à cirurgia. O estabelecimento de ambos qualificadores para si mesma, ao longo de diferentes pequenas histórias, contribui para que posicionemos Ísis como em ambigüidade neste espaço-tempo durante a cirurgia. Como **posição de ambigüidade** definimos **o lugar moral caracterizado pela atribuição ao personagem de qualificadores que representam adjetivações contraditórias em um mesmo espaço-tempo**, como, por exemplo, controle e descontrole, conforto e desconforto.

Esta ambigüidade se faz também em relação aos qualificadores de controle. Durante a cirurgia, Ísis usa tanto qualificadores de controle, como de descontrole para falar de si, especialmente nas pequenas histórias 11 e 14. Na primeira, Ísis inicia a narrativa falando de sua dúvida por fazer a cirurgia, mas termina tratando da tomada de decisão, após uma brincadeira entre seus filhos na qual um deles admite que não gostava de mulher gorda, só de mãe gorda: “Aí quando eu voltei (incompreensível), ‘sabe de uma coisa, acho que eu vou fazer, porque a gente só morre quando tem que morrer’. Botei Deus na frente, e fiz a cirurgia e hoje estou satisfeiTÍSSIMA” (PH11). Ísis cria

uma justificativa, após qualificar-se como em dúvida, indecisa, mas toma a sua decisão e faz a cirurgia, responsabilizando-se, assim, por suas ações e controlando sua vida. A adjetivação se faz, neste caso, pela oração, que marca a dúvida e a decisão.

Mais adiante, na pequena história 14, Ísis narra uma situação de descontrole na UTI do hospital, mas que é seguida por uma qualificação de controle. Vejamos como narra essa história:

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina
Fragmento da Pequena História 14 (PH14)
Situação-Problema: A estadia no hospital

- 1 /.../ Eu tinha um pouquinho medo da uti, porque uti, uti, a gente fica com aquela coisa, uti.
- 2 Mas, assim, passei pelo processo da uti numa boa. Não tive problema nenhum.
- 3 Às vezes, na uti, (incompreensível) “ai meu Deus, queria sair daqui, queria tá lá no quarto com mainha”
- 4 porque minha mãe que me acompanhou.
- 5 Mas ali mesmo eu me auto (+). Entendeu? Assim, me conscientizava
- 6 “não, ((diz seu nome)), calma, só são vinte e quatro horas, você tá bem, amanhã você não vai mais estar aqui.
- 7 Pior são essas pessoas que estão aqui, à beira da morte e não sabem o dia que vão sair.
- 8 E você o médico já falou que vai tá bem. Amanhã você vai estar no quarto”.
- 9 Eu mesma me conscientizava e aquilo ali eu passei tranquila/.../.

Notemos que Ísis começa a descrever uma situação de desconforto, na qual ela fala de um desejo do “eu” – pronome omissa na linha 3 –, por sair da UTI, e que assim colocava em risco sua recuperação. Como Ísis não poderia de lá sair, ciente da rotina cirúrgica do hospital, ela, usa mais uma vez o personagem “não-eu”, que novamente mostra o poder que tem sobre “eu”. Com a presença do “não-eu” na narrativa, Ísis se qualifica como em descontrole, mas não pela adjetivação, e sim pelo personagem, uma vez que a responsabilidade pelas ações não poderia ser atribuída a duas entidades com interesses diferentes: uma que quer sair da UTI, outra que sabe que não pode se ausentar.

O “não-eu” mais uma vez é caracterizado como pertencente a Ísis, embora não seja apresentado como “eu”. Notemos, na linha 6, que este outro personagem fala com ela chamando-a por seu próprio nome (como se ele não fosse ela, Ísis) e usando o pronome “você”. Mas parece constituir-se porque ela diz: “Eu mesma me conscientizava”. Com os pronomes “eu” e “me”, Ísis assume que aquela voz, do “não-eu” era sua. Diferentemente das histórias referentes ao espaço-tempo anterior à cirurgia, entretanto, desta vez o “não-eu” não entra em conflito com o “eu”, não há

divergência entre eles. O “não-eu” auxilia o “eu”, uma vez que, pela primeira vez na narrativa, está consoante aos interesses do “eu”, que embora quisesse sair da UTI, evoca o “não-eu” para que ela se mantenha. Assim, ao mesmo tempo que o “não-eu” e o “eu” sinalizam para um descontrole sobre a situação, também indicam um começo de controle, pela convergência que passa a existir entre eles e pela solução deles decorrente, que foi a tranquilidade de Ísis para passar pela situação (linha 9).

Por estas razões antes mencionadas, admitimos que a posição que Ísis assume durante a cirurgia é a de ambigüidade no que se refere às qualificações de conforto e de desconforto, de controle e de descontrole. No quadro a seguir exemplificamos melhor esta posição.

Quadro 9. Posições de Ísis por fragmentos de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo durante a cirurgia bariátrica.

Descrição da Posição	Descrição do Qualificador	Fragmentos de Pequenas Histórias (PH)
Ambigüidade: o lugar moral caracterizado pela atribuição, a um mesmo personagem, de qualificadores que representam adjetivações contraditórias em único espaço-tempo. Durante a cirurgia, Ísis apresenta qualificadores de conforto e desconforto para si, além de descontrole e controle.	Desconforto: formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas pelo narrador a um personagem e que indiquem constrangimento, sofrimento, prejuízo, atrapalho vivido por este e/ou causado a outrem.	E chegou o dia da minha cirurgia. E eu fiquei muito feliz com isso (PH10). aí eu voltei pro progama, mas ainda tava assim com medo, um pouco temerosa, entendeu? (PH 11) Eu tinha um pouquinho medo da uti, porque uti, uti, a gente fica com aquela coisa, uti. (PH14)
	Conforto: formas de adjetivação atribuídas por Ísis a um personagem e que indiquem alegria, prazer, felicidade, coragem.	Um pouco temerosa, né, porque é todo um, é natural a gente tem aquele medo DA cirurgia (PH10). Mas, assim, passei pelo processo da uti numa boa. Não tive problema nenhum (PH14).
	Descontrole: o narrador atribui ao personagem a qualidade de não se responsabilizar por seus próprios atos, não ter o domínio por suas ações, de não tomar decisões.	Assim, me conscientizava “não, ((diz seu nome)), calma, só são vinte e quatro horas, você tá bem, amanhã você não vai mais estar aqui. Pior são essas pessoas que estão aqui, à beira da morte e não sabem o dia que vão sair. E você o médico já falou que vai tá bem. Amanhã você vai estar no quarto”. Eu mesma me conscientizava e aquilo ali eu passei tranqüila.../ (PH14).
	Controle: ao personagem é associada uma adjetivação que indique a responsabilidade que este tem por seus próprios atos ou pela tomada de decisões, admitindo, assim, o domínio sobre suas ações.	Aí quando eu voltei (incompreensível), “sabe de uma coisa, acho que eu vou fazer, porque a gente só morre quando tem que morrer”. Botei Deus na frente, e fiz a cirurgia e hoje estou satisfeiTÍSSIMA (PH11).

O espaço-tempo posterior à cirurgia é iniciado com a chegada da narradora em sua casa para sua recuperação pós-cirúrgica até os dias atuais (incluindo referências ao futuro) e corresponde às pequenas histórias 12, 13, 15, 16 e 17. Neste período, Ísis atribui para si um conjunto de qualificadores agora bastante diferenciados em relação aos períodos anteriores. Ela agora admite para si uma diversidade de qualificadores de conforto, não somente pela afirmação direta destes, como pela negação aos de desconforto que possuía no período anterior a cirurgia bariátrica. Ísis fala em: tranquilidade, felicidade, auto-estima, tudo de bom, satisfação, prazer, sentir-se bem, não ter culpa, não ter vergonha. Mais ainda, diferentemente dos espaços-tempos anteriores, Ísis também se adjetiva como controlada, o que nos permitiu posicioná-la neste espaço-tempo como controlada e em conforto.

Como **posição de conforto definimos o bem-estar atribuído a um personagem na narrativa e/ou gerado por este a outro personagem na história**. No caso de Ísis, a posição de conforto decorre, como antes já sinalizamos, pelo conjunto de sucessivas qualificações de conforto que usa para si. Vejamos no quadro a seguir alguns destes exemplos, para diferentes pequenas histórias.

Quadro 10. Qualificadores e tipos de qualificadores atribuídos a Ísis por ela mesma, a partir da análise de fragmentos de pequenas histórias do espaço-tempo depois da cirurgia

Personagem	Fragmentos de Pequenas Histórias	Qualificador(es)	Tipo de Qualificador
Ísis (“eu”)	Aí, isso aí, a gente sabe que tem uma coisinha física ou outra. Mas eu estou muito bem, satisfeita (PH12). Tô aqui e tô satisfeita (+), entendeu? (PH13). Assim, passei (+) os trinta dias de líquido (+) tranqüila/.../ E hoje é que eu tô bem mesmo, porque eu tô comendo ((ri)). E tô comendo feliz e sem culpa (+). Sabe? (PH15) Hoje, assim, eu não tenho vergonha de sair com o meu marido pros canto (PH16). Minha vida, de fato, é outra coisa. Tenho prazer pra tudo (PH17).	Bem Satisfeita Feliz Sem culpa Não tem vergonha Com prazer	Conforto

Mas, como dissemos, além da posição de conforto que admitimos para Ísis em função do conjunto de qualificadores de bem-estar que atribui a si mesma em todas as pequenas histórias do espaço-tempo posterior à cirurgia bariátrica, a ela atribuímos também a posição de controle. Os qualificadores de controle, por sua vez, são estabelecidos por Ísis diretamente a si mesma, pelo uso que faz do pronome “eu” e pela menção que faz ao domínio que tem sobre sua vida: “E hoje em dia eu começo mais a me controlar” (PH13). Ísis não mais usa o personagem “não-eu”. Agora, com frequência ela faz sucessivas descrições de ações que atribui a si mesma, recorrendo ao “eu”, ao “me”, “meu”, “minha” e ao verbos conjugados na primeira pessoa do singular. Ísis também se qualifica pelas orações adjetivadas e estes exemplos vemos em sublinhado no fragmento da pequena história 13.

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina

Fragmento da Pequena História 10 (PH10)

Situação-Problema: Hoje em dia começa a se controlar

- 1 /.../Como eu tava dizendo às meninas, semana passada fiz onze meses que eu fiz a minha cirurgia,
- 2 comi um cachorro quente. Fazia onze meses que eu não comia.
- 3 Foi o melhor cachorro quente da minha vida, que eu comi sem culpa (+). Sabe?
- 4 Voltei à atividade física com quatro meses de operada.
- 5 Tô na academia, malho de duas a três horas por dia. Tô aqui hoje, mas me levantei cinco horas da manhã.
- 6 Seis horas já estava na academia, fiz até oito e quarenta a academia.
- 7 Quando eu terminei, fiz uma hora de aeróbica com estepe, com localizada.
- 8 Depois mais uma hora de hidroginástica. Tô aqui e tô satisfeita (+), entendeu? Assim, faz parte da minha vida.
- 9 No dia que eu não vou pra uma atividade física, fica aquela coisa em mim faltando.
- 10 E hoje em dia eu começo mais a me controlar. Em tudo, alimentação, nos meus sentimentos.
- 11 Procurou viver mais os meus problemas (+), sabe?/.../

Em quase toda esta pequena história vemos Ísis tomar decisões e assim atribuir a ela mesma, indicada pelo pronome “eu” uma diversidade de ações que se iniciam com a decisão por quando comer um cachorro quente depois de esperar o tempo que considerou adequado para tal (linha 2), até a rotina de atividades físicas, que inclui uma disciplina com tempo específico para cada atividade (linhas 4 a 8). Ísis assim toma para si a responsabilidade por cuidar de sua saúde, por seguir as orientações médicas e contribuir para o sucesso da cirurgia.

Esta responsabilidade ela assume também em relação ao futuro, pelos planos que constrói para sua vida: “Quero (+) recuperar aquele trabalho que ficou lá fora, lá atrás (+). O que a obesidade deixou lá atrás vai ficar lá atrás, mas agora eu vou lutar. Esse ano, se Deus quiser, final de ano vou retomar, vou fazer minha faculdade (incompreensível), vou tocar a bola pra frente, quer dizer, minha auto-estima, entendeu, o apoio é outro” (PH16). Ísis parece passar a gora a governar a sua própria vida, decidindo o que e quando comer, decidindo pela disciplina de exercícios que precisa fazer e finalmente retomando os projetos. É assim que, pelo conjunto de qualificadores de controle que atribui a si mesma pela referência ao pronome “eu”, nos enredos das pequenas histórias, que admitimos neste período posterior à cirurgia a posição de controle para Ísis. O quadro a seguir resume estas posições do espaço-tempo depois da cirurgia.

Quadro 11. Posições de Ísis por fragmentos de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo depois da cirurgia bariátrica.

Descrição da Posição	Descrição do Qualificador	Fragmentos de Pequenas Histórias (PH)
Conforto: lugar moral caracterizado por um conjunto de qualificadores de bem-estar atribuídos a um personagem na narrativa e/ou gerado por este a outro personagem na história.	Conforto: formas de adjetivação atribuídas por Ísis a um personagem e que indiquem alegria, prazer, felicidade, coragem.	Minha vida, de fato, é outra coisa. Tenho prazer pra tudo. Prazer com meu marido, prazer de sair, prazer comigo mesma, sabe? De tudo tudo tudo tudo. Prazer de sair, de ir pra igreja, que às vezes nem pra igreja eu queria ir (PH17).
Controle: lugar moral caracterizado por um conjunto de qualificadores de controle atribuídos a um personagem na história.	Controle: ao personagem é associada uma adjetivação que indique a responsabilidade que este tem por seus próprios atos ou pela tomada de decisões, admitindo, assim, o domínio sobre suas ações.	Hoje em dia eu me preocupo, não vou dizer que deixei de ser humano, de me preocupar com as pessoas, mas dentro do limite. Me preocupo, até um tempo que isso, até o limite que isso me prejudique (+) entendeu? (PH13)

Vimos então que, ao longo da narrativa pessoal Ísis assume posições diferentes em cada espaço-tempo. Em nossa análise, antes da cirurgia ela assume as posições de descontrole e desconforto. Durante a operação, a de ambigüidade, e depois, as de controle e de conforto. Vejamos agora a análise de posicionamento 2, na qual focalizamos a posição que estabelece para os demais personagens em cada pequena história.

4.1.2. Análise de posicionamento 2: Ísis e os demais personagens

Esclarecidas as posições de Ísis em relação a ela mesma, cabe explicitarmos melhor sobre as posições que Ísis atribui a outros personagens nas narrativas. **Antes da cirurgia**, Ísis fala de vários personagens, que têm alguns pontos em comum. Eles parecem ser usados por Ísis como instrumentos para que ela ingresse em um processo contínuo de desconforto e/ou de descontrole. Esse parece ser o caso de seu marido, a concorrente do processo seletivo, o profissional que fazia a seleção, a irmã, as sobrinhas, o primo, o avô, a avó do marido, seus filhos, o “não-eu”, seus filhos, a própria obesidade e Deus. Cada um deles, de forma particular, contribui para que ela sofra e/ou não se responsabilize pela quantidade desmedida com que comia. O marido, como antes dissemos, não chamava a atenção de Ísis para seu ganho de peso, e, nesta imparcialidade, contribui para que ela atribua a ele parte da responsabilidade por sua obesidade. A irmã, as sobrinhas, o primo, o avô e a avó do marido são as pessoas que passam por infortúnios e assim fazem Ísis sofrer e comer mais, perdendo o controle de si pelo trauma que vivia. Para eles Ísis atribui qualificadores de desconforto e de controle, pelo sofrimento que causam nela e pelo sofrimento que eles viveram. Seus filhos contribuem pela referência que faz ao ganho de peso advindo da gravidez: “eu quando tive a minha primeira menina, depois dela eu engordei bastante também” (PH3); “porque depois que o meu menino nasceu foi quando eu comecei a engordar” (PH4).

Notemos que esta é uma interpretação coerente com as posições de descontrole e de desconforto que Ísis atribui a si mesma antes da cirurgia. Se ela sofria e não se responsabilizava por seus atos, outros podiam receber esta responsabilidade, e estes personagens acabam por ser imbuídos deste poder. Até a obesidade pode ser incluída nesta interpretação. Como uma personagem, ela possui a qualidade de desconforto, pela condição de gerar mal-estar a Ísis, mas também assume responsabilidades pelo encaminhamento da vida, tirando-a do domínio de suas ações. Exceção a este

tratamento é feita ao personagem Deus, na pequena história 9. Ele é também um instrumento, mas para afastar Ísis das situações de desconforto, como no caso do suicídio, quando Deus tira Ísis do sofrimento e nele se refugia. Vale destacar como ainda assim ela também se ratifica como sem controle, por atribuir a Deus a responsabilidade pela vida, por sua vida: “Mas eu agradeço primeiramente a Deus, porque eu sou uma pessoa evangélica e (+) vinha esses pensamentos, que pra mim são pensamentos malignos, porque só quem tem direito de tirar a vida é Deus. E eu procurava refúgio nele e era onde eu encontrava” (PH9).

Estes personagens receberam, assim, qualificadores de desconforto e controle, pelo sofrimento a eles relacionado e pela responsabilidade que têm sobre sua vida, em especial, porque aos acontecimentos a eles relacionados ela atribui a causa de sua obesidade. Mais uma vez a exceção deve ser ressaltada para Deus, para quem ela atribui qualificador de controle e conforto. Por esta razão, as posições atribuídas por Ísis são de desconforto e de controle para os demais personagens da história antes da cirurgia, excetuando-se Deus, quem ela posiciona com controle e conforto.

Antes da cirurgia vimos que, à exceção de Deus, Ísis posiciona os personagens das pequenas histórias com qualificadores de controle e desconforto. Eles assumiam parte da responsabilidade por Ísis engordar, especialmente pelo mal-estar que a eles estava atrelado, nos infortúnios vividos. **No espaço-tempo durante a cirurgia**, Ísis também usa qualificadores de desconforto e de conforto para alguns dos personagens, mas desta vez os de desconforto são majoritariamente pertencentes aos momentos anteriores à cirurgia (considerando aqui o tempo cronológico exclusivamente). Quando ela tinha a dúvida se faria ou não a operação, quando tinha medo de morrer, quando tinha medo da UTI, quando se coloca na condição da Ísis que ia decidir por fazer a cirurgia, ela também atribuía a outros personagens qualificadores de desconforto.

É o que acontece na pequena história 11. Nela Ísis conta de sua dúvida por fazer a cirurgia, do medo de morrer e de seus filhos passarem pelo sofrimento que seu pai passou com uma madrasta, como temos em sublinhado: “‘Será que é isso mesmo que eu devo fazer?’. Porque eu pensava nos

meus dois filhos, né, que são muito pequenos. Meu Deus, meu pai (+) ele ficou sem mãe com oito anos, e eu acompanhei muito, assim, ele já sofreu muito, passou muita coisa na vida por conta da futura mãe". Em seguida ela fala de ter tomado a decisão após uma brincadeira entre seus filhos, na qual um deles diz que não gostava de mulher gorda, só de mãe gorda. Seu filho recebe qualificadores de desconforto, pela discriminação com obesos e constrangimento causado a ela, mas também de conforto, pelo reconhecimento e compadecimento à situação da mãe, mulher gorda: "Aí ele voltou e disse: "Mainha, MULHER GORDA eu não quero não, mas mãe gorda eu quero, visse?" - , contribuindo para que Ísis tome a decisão por fazer a cirurgia: "Aí quando eu voltei (incompreensível), 'sabe de uma coisa, acho que eu vou fazer, porque a gente só morre quando tem que morrer'. Botei Deus na frente, e fiz a cirurgia e hoje estou satisfeiTÍSSIMA".

Entretanto, quando passa a falar de sua estadia no hospital, para fazer a operação, aos personagens já são atribuídos qualificadores de conforto; equipe de saúde, psicólogos, enfermeiras, médicos recebem agora atributos de bem-estar, como sublinhado no fragmento da pequena história 14 abaixo apresentada:

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina
Fragmento da Pequena História 14 (PH14)
Situação-Problema: A estadia no hospital

- 1 /.../É uma equipe muito boa,
- 2 a gente é muito bem acompanhada.
- 3 Muito importante o pro, o o a equipe de psicologia/.../
- 4 As vinte e quatro horas de uti não tive problema nenhum,
- 5 fui pro apartamento, fui muito, lá, o apartamento, fui muito bem recebida lá,
- 6 a enfermaria, as enfermeiras, uma equipe muito boa,
- 7 os médicos também, não tenho do que reclamar.

Em relação aos demais personagens da história, então, Ísis tanto qualifica como conforto, como por desconforto, mas o interessante a notar é que os qualificadores usados são modificados, de um pólo de insatisfação e mal-estar, para outro de bem-estar e conforto exatamente quando Ísis sai de um momento cronologicamente anterior à cirurgia a outro da cirurgia, quando na semana de internação, como se esta já fosse um marco de mudança no posicionamento que Ísis faz às pessoas

que a rodeiam em sua vida. Vejamos agora como podemos falar do posicionamento em relação ao período posterior à operação.

No período posterior à cirurgia, Ísis também modifica a qualificação que faz aos personagens nas pequenas histórias, chamando-nos atenção, em primeiro lugar, a diminuição do número de personagens e a modificação que estes recebem quanto a sua qualificação. Como personagens identificamos equipe de psicologia, tia, médico, Deus, marido, alguém, pessoas, e, mais uma vez, a obesidade. Depois da cirurgia, Ísis se concentra em falar de si mesma, de seu bem-estar, do controle que tem da sua vida, das decisões que toma. Ninguém a atrapalha, ninguém gera desconforto, mal-estar. Mas os personagens que ela menciona, em sua maioria, estão relacionados à qualificações de conforto. A psicóloga preparou Ísis para não querer comer, o seu médico a orientou para saber da desnutrição comum após à cirurgia, Deus lhe provém o direito à vida, a retomar seus planos e as pessoas que antes Ísis achava que a recriminava por sua obesidade, hoje pensa que eram acostumadas e indiferentes ao seu peso. Exceção apenas para a obesidade, a tia e o médico dela, a quem Ísis atribui qualificadores de desconforto. A tia, por exemplo, Ísis qualifica como sofrida pela gastroplastia que fez com o médico, o qual ela adjetiva como mercenário, uma vez que não proporcionou atendimento psicológico e “só se interessou pelo dinheiro que iria receber” (PH15).

Esta qualificação diferenciada em desconforto e conforto, entretanto, tem um ponto em comum: todas contribuem para que Ísis se posicione como em conforto e/ou controle. Quando fala da tia e de seu médico, por exemplo, o faz também quando ressalta as benesses que viveu com a sua equipe e com a sua cirurgia. Nesta mesma pequena história 15 Ísis continua: “Enquanto eu fiz com com um tempo com a psicologia, mas pra mim foi ótimo. Porque eu passei tranqüila”. Em todas as qualificações feitas aos demais, sem exceção, Ísis está relacionada com eles e os toma para posicionar a si mesma como em bem-estar e/ou em controle. No quadro 10 mostramos exemplos de personagens e seus qualificadores, e assim finalizamos a análise de posicionamento 2.

Quadro 12. Qualificadores e tipos de qualificadores atribuídos a Ísis por ela mesma, a partir da análise de fragmentos de pequenas histórias do espaço-tempo depois da cirurgia

Personagem	Fragmentos de Pequenas Histórias	Qualificador(es)	Tipo de Qualificador
Tia	porque eu tive uma tia que fez a gastroplastia e (+) há quase oito anos atrás, ela chorava. Ela gritava dizendo que tava com fome, queria comer (PH15).	Sofrida	Desconforto
Obesidade	O que a obesidade deixou lá atrás vai ficar lá atrás, mas agora eu vou lutar (PH16).	Gera perdas	Desconforto
Deus	Esse ano, se Deus quiser, final de ano vou retomar, vou fazer minha faculdade (incompreensível), vou tocar a bola pra frente, quer dizer, minha auto-estima, entendeu, o apoio é outro.	Dá direito à vida	Conforto

4.1.3. Análise de Posicionamento 3: Ísis e a narrativa social da bioidentidade

Uma vez tendo apresentado as posições de Ísis em relação a ela mesma e em relação aos demais personagens, interessa-nos agora analisar seu posicionamento em relação à narrativa dominante foco de nosso interesse, que é a narrativa social da bioidentidade. Passemos então a este processo analítico, considerando os espaços-tempos de antes, durante e depois da cirurgia para cada um dos eixos organizadores desta narrativa, que são a reflexividade, a autonomia e a vontade.

- **Reflexividade**

Em sua narrativa referente ao **período anterior à cirurgia**, Ísis se afilia à narrativa social da bioidentidade pelo reconhecimento no discurso deste espaço-tempo como de desconfortos e descontrole, ou seja, pela negação às recomendações estéticas e de saúde e pela aceitação destas como uma condição de dádiva para os dias atuais. Assim organizar o passado, exatamente quando obesa, a aproxima da narrativa social da bioidentidade, mas na especificidade de tratar de uma

experiência não prevista nesta narrativa, que é a de ser gorda. Ao trazer, em sua narrativa pessoal, estes elementos da narrativa da bioidentidade, veremos Ísis construir uma história singular, com particularidades a sua vida e à ocasião em que é contada, mas que conserva elementos comuns a um discurso social.

Relembremos que tomamos por reflexividade quaisquer atos realizados por um personagem e dirigidos a objetos, e que estejam relacionados à vigilância pessoal pelo respeito a referenciais médicos, estéticos e/ou de saúde presentes nos recursos explicativos associados a uma ação e/ou ao objeto da ação. Relembremos ainda que, para identificar este eixo na narrativa consideramos: (1) o personagem, (2) a ação realizada ou estado anunciado, marcados discursivamente pelo verbo, e o (3) objeto da ação, ou seja, o que está sendo feito – onde se vai, o que se come, o que se diz, etc –, e os (4) recursos explicativos, que são os recursos discursivos usados pelo narrador nos quais justifica, explica a ação realizada e/ou objeto da ação, assim como as condições nas quais a ação é feita – especificando onde, quando, com que frequência –, tomando como referência padrões médicos, estéticos e de saúde. Como exemplo, vimos o caso em que uma pessoa diz “eu como salada porque tem menos caloria”. Temos a personagem indicada pelo pronome “eu”, falando de uma ação de “comer” o objeto “salada”, e que ratifica sua afiliação à reflexividade pela justificativa: “porque tem menos caloria”. É com esta justificativa que o falante indica se autogovernar, se vigiar, se autoperitar tomando em consideração referenciais de saúde quando recorre a um vocabulário técnico, pelo uso da palavra “caloria”.

No espaço-tempo que antecede à cirurgia, Ísis parece construir na narrativa uma forma particular de reflexividade. Antes da operação não é a autoperitagem voltada aos referenciais médicos que parece caracterizar a reflexão que faz de si. Não são a dieta, os exercícios físicos ou quaisquer outras atividades voltadas à manutenção de um corpo saudável e esbelto que ela, aos 116 quilos, conta em sua história. Antes da cirurgia Ísis parece interessada em (1) afirmar o que se perde sendo obesa – as conseqüências geradas pela obesidade – e (2) o que pode ter causado seu ganho de

peso. E assim ela qualifica a si e aos outros personagens com adjetivos de desconforto, de conforto, de descontrolo e de controlo. Ao início de sua narrativa, na pequena história 1, como vimos, Ísis fala das perdas geradas pela obesidade, o que continua nas pequenas histórias 2 e 3. Progressivamente, já na pequena história 4, ela passa a esclarecer as causas da obesidade: fala da atuação do personagem “não-eu” que, na luta com o “eu” interfere para que ela coma bastante no “período turbulento” de perdas, separação, adoecimentos, morte e pensamentos suicidas. Ísis enreda uma história na qual ela refletia sobre como ela própria chegou “a esse ponto”.

Em termos das categorias usadas para identificar a reflexividade na narrativa, vemos que Ísis cria um novo personagem, que chamamos por “não-eu”, e que desenvolve ações que a fazem comer. Este personagem surge, tanto quanto o personagem “eu”, como atrelado a recursos explicativos nos quais Ísis justifica sua ação de comer. Os verbos usados por Ísis tanto se referem às ações desenvolvidas por ela, como para descrever estados pessoais, sendo comuns aqueles de sofrimento. Nestes casos, os verbos e seus objetos são também relacionados, pelos recursos explicativos, ao estabelecimento de causas à obesidade desenvolvida por Ísis. Tomemos como exemplo de reflexividade em fragmentos de pequenas histórias relativas ao espaço-tempo que antecede a cirurgia, o Quadro 13 mostrado adiante.

Vemos assim, nas narrativas elaboradas por Ísis, relativas ao período anterior à cirurgia, uma afiliação à narrativa social da bioidentidade, que se caracteriza tanto pela adoção de pontos comuns a este eixo organizador da narrativa, como pela modificação da proposição que fizemos para definição deste conceito. Ísis reflete, sim, sobre si mesma, e este é o primeiro ponto de adesão à narrativa da bioidentidade. Mas o faz modificando esta narrativa social tanto pela originalidade esperada no processo de construção de qualquer narrativa, tanto pelo fato de tratarmos de uma pessoa que aqui representa um grupo específico, de obesos, para quem, como já dissemos, a explicação da bioidentidade não foi especificamente endereçada. De forma semelhante veremos também em relação à reflexividade durante e depois da cirurgia, assim como à autonomia e à vontade.

Quadro 13. Processo analítico para a reflexividade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 1 Ísis-Karina, antes da cirurgia.

Personagem e Ação	Objeto	Recursos Explicativos	PH
E eu já perdi	muitas oportunidades na vida	por conta da obesidade, entendeu?	1
Eu não tinha	prazer de ir pra lugar nenhum.	Porque eu já achava que quando eu chegasse num lugar todo mundo ia me olhar.	2
Só sofro	pelos meus problema, mais os de ninguém.	Porque isso me prejudicou demais. Demais porque eu sofria pelos problemas das outras pessoas e o que acontece? Quem sofria só era eu.	3
Eu passei	por um processo (+) há, o que?, cinco anos mais ou menos atrás, mais ou menos isso,	porque depois que o meu menino nasceu foi quando eu comecei a engordar,	4
Eu ficava	atordoada,	porque eu não queria fazer aquilo	5
Eu perdi	muita gente	aquilo me fez mal e eu só descontava na comida.	7
Eu comia	--	chegava aquela culpa na minha mente. “Por que eu fui comer?, por que fez isso? por que eu fui fazer isso?, eu tô piorando” ((desolada)).	8

Durante a cirurgia, por sua vez, Ísis já não mais se interessa por falar da obesidade, mas pelo processo no qual (1) decide por fazer a cirurgia e (2) por sua experiência da cirurgia, em sua estadia no hospital e, em ambos os casos, Ísis inclui referenciais médicos, estéticos e de saúde.

Tome-se como exemplo quando Ísis nos diz: “Será que é isso mesmo que eu devo fazer?”. Porque eu pensava nos meus dois filhos, né, que são muito pequenos. Meu Deus, meu pai (+) ele ficou sem mãe com oito anos/.../ porque eu tinha medo de MORRER e deixar meus dois filhos” (PH11). A justificativa sublinhada ao questionamento sobre se deve fazer a cirurgia, anuncia, neste recurso explicativo, uma reflexão de Ísis sobre uma decisão a ser tomada considerando a consequência sabida do risco de morte envolvido em um procedimento cirúrgico. Para Ísis, não era a reflexão sobre a manutenção ou respeito às orientações médicas e estéticas que lhe eram importantes, mas a decisão por realizar uma ação em prol da saúde. Ela então continua, agora na pequena história 14, abordando o segundo ponto em questão, que era a experiência da cirurgia. Ísis agora reflete sobre o pós-cirúrgico, quando ainda estava no hospital. Usa um vocabulário técnico, comum ao ambiente da saúde, falando em UTI, psicologia, quarto, apartamento, médico, enfermeira, mas se sobressai a

reflexão que faz sobre como ela resolveu um problema da ocasião: o medo da UTI. Ísis nos conta como ela desenvolve uma interlocução com ela mesma (compondo um diálogo entre “eu” e “não-eu”) e assim se conscientiza, se tranqüiliza. Este diálogo, inclusive, é o recurso explicativo que usa para a ação de conscientizar-se e com ele narra seu domínio de uma informação especializada, comum a quem conhece o ritual pós-cirúrgico e, ainda, usa esta informação em benefício pessoal.

Mais uma vez podemos falar que Ísis se afilia à narrativa social da bioidentidade por sua narrativa incluir um discurso de reflexividade, e que este, mais uma vez, traz particularidade em relação a este discurso por incluir uma reflexão caracterizada pela definição de uma decisão e pela realização de uma ação relativa à saúde, ao cuidado de si pela intervenção relativa a padrões estéticos e de saúde. Se nas pequenas histórias referentes ao período da cirurgia bariátrica vimos Ísis refletir sobre a decisão da cirurgia e o pós-cirúrgico imediato relativo a sua estadia no hospital, nas pequenas histórias do **espaço-tempo posterior à cirurgia** vemos a narrativa de Ísis se organizar como reflexividade em termos: (1) da recuperação no pós-cirúrgico imediato, e (2) de seu cotidiano passado o primeiro mês da operação e, mais uma vez para ambos os casos, Ísis recorrerá a informações técnicas e especializadas.

Quanto à sua recuperação, Ísis fará sua autoperitagem procurando identificar como se deu este restabelecimento, o que viveu e, inclusive, identificando as causas do que tenha passado. É o que vemos, por exemplo, na pequena história 12, quando Ísis diz:

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina
Fragmento da Pequena História 14 (PH14)
Situação-Problema: A estadia no hospital

- 1 Fazem onze meses, né, hoje já vai fazer um ano que eu operei.
- 2 NÃO senti nada, às vezes uma coisa ou outra, um entalozinho, uma coisinha,
- 3 por não mastigar direito, uma coisa ou outra. Mas, assim, nenhuma intercorrência.
- 4 Uma vez ou duas que eu tive hipoglocemia, hipoglicemia, mas, assim, uma coisa que dá (incompreensível)
- 5 e também porque a gente sabe,
- 6 como o médico fala: “no primeiro ano (+) a cirurgia tira uma doença chamada obesidade
- 7 e coloca, de certa forma, uma doença chamada desnutrição”.
- 8 Aí, isso aí, a gente sabe que tem uma coisinha física ou outra.
- 9 Mas eu estou muito bem, satisfeita.

Em toda esta pequena história, Ísis reflete sobre si recorrendo a referenciais médicos, como entalo, intercorrência, hipoglicemia. Quando diz, nas linhas 2 e 3, que sentiu um “entalozinho/.../”, usa como recurso explicativo para este objeto relacionado ao verbo sentir, a justificativa de não mastigar direito, especializada e comum às orientações médicas. De forma semelhante temos na justificativa à hipoglicemia, quando Ísis refere-se à fala médica, mais uma vez recorrendo a informações especializadas no cuidado de si.

Progressivamente Ísis passa a fazer outro tipo de reflexão, agora parecendo a autoperitagem ser caracterizada como um processo de seleção sobre os alimentos e sobre seus comportamentos, construindo uma forma de viver pautada nas recomendações médicas, vigiando-se e controlando-se, a exemplo do que diz Francisco Ortega (2005) na narrativa social sobre a bioidentidade: “Os alimentos que consumimos implicam uma seleção reflexiva, refletem um estilo de vida, um ‘hábito’ (no sentido bourdieuano de marca de distinção), um critério da biossociabilidade (...)” (p. 155). Nestas narrativas, Ísis reflete sobre como era e como agora deve ser mantida sua saúde. Ela cuida de si definindo uma disciplina de atividades físicas, definindo uma dieta, selecionando os sentimentos que lhe fazem bem e evitando comportamentos que ela sabe lhe fazerem mal, tanto por sentir-se mal, tanto por fazê-la comer mais. Comparemos o que ela disse nos espaços-tempos de antes e depois da cirurgia: “Então eu passei, eu sou uma pessoa assim, hoje em dia eu tirei mais isso da minha vida. Mas antes eu me preocupava demais, às vezes, sofria demais por problemas que não eram meu. Hoje em dia eu não faço mais isso. Só sofro pelos meus problema, mais os de ninguém” (PH3). “Hoje em dia eu me preocupo, não vou dizer que deixei de ser humano, de me preocupar com as pessoas, mas dentro do limite. Me preocupo, até um tempo que isso, até o limite que isso me prejudique (+) entendeu?” (PH13). O quadro 14 a seguir sintetiza a organização narrativa de Ísis em relação à reflexividade.

Quadro 14. Reflexividade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.

Reflexividade		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
afirma (1) o que se perde sendo obesa – as consequências geradas pela obesidade – e (2) o que pode ter causado seu ganho de peso.	decide (1) por fazer a cirurgia e (2) por sua experiência da cirurgia, em sua estadia no hospital e, em ambos os casos, Ísis inclui referenciais médicos, estéticos e de saúde.	Reflete sobre (1) sua recuperação no pós-cirúrgico imediato, e (2) de seu cotidiano passado o primeiro mês da operação. Para ambos os casos, Ísis recorrerá a informações técnicas e especializadas.

- **Autonomia**

A narrativa de Ísis inclui também em seu enredo afiliações à narrativa social da bioidentidade no que tange à autonomia. Mais uma vez lembremos que definimos autonomia como a realização de ações voltadas ao cumprimento de orientações médicas, estéticas e/ou de saúde, e pode ser identificada pelas categorias (1) personagem, (2) ação realizada e (3) objeto da ação. Antes dissemos também que no processo analítico seria importante ao pesquisador reconhecer a ação desenvolvida pelo personagem e/ou seu objeto como relacionados à saúde, além de identificar o personagem que desenvolvem esta ação.

No momento anterior à cirurgia, podemos destacar alguns pontos em especial como forma particular de Ísis de falar de autonomia em sua narrativa pessoal. O primeiro deles é que Ísis não menciona, neste período, orientações médicas e de saúde e, sendo assim, não as segue, não as toma como referência. Ela se refere à perda de peso pela realização de uma técnica de emagrecimento, mas este acontecimento não parece constituir um eixo organizador de sua narrativa, uma vez que, como antes falamos na reflexividade, Ísis se empenha em esclarecer as perdas decorrentes da obesidade e os motivos pelos quais ela ganhou tanto peso. Não há, portanto, ações voltadas a seguir referências médicas, estéticas e/ou de saúde. Mas para afastar-se. O descontrole, especificamente no comer

muito, e os estados de sofrimento, como vimos, são comuns nestas pequenas histórias. O segundo ponto a destacarmos é sobre os personagens. Ao criar um personagem que a domina e que a constitui, mas, contraditoriamente, não é intitulado como “eu” (por isso o nomeamos como “não-eu”), Ísis se exime da responsabilidade por realizar a ação de comer bastante. Ou seja, além de agir de forma a distanciar-se destas orientações, ela não admite que seja responsável por estas ações. Nas narrativas pessoais das pequenas histórias relativas ao espaço-tempo anterior à cirurgia, Ísis então se afasta das referências de saúde e não se responsabiliza pelas ações relacionadas a este afastamento. Ela se afilia assim à narrativa social da bioidentidade pela negação à responsabilidade por seus atos e pela realização de atos que não correspondem à preocupação com o afastamento dos comportamentos de “risco” que mencionam Castro (2007), Costa (2005), Ortega (2004, 2005a, 2007), por exemplo.

Durante a cirurgia, Ísis se coloca, como vimos, em uma posição de ambigüidade na qual admite para si qualificadores de controle e descontrole (além de conforto e desconforto), sendo o descontrole possível pelo reconhecimento aos personagens “eu” e “não-eu”, com desejos distintos. O controle, por sua vez, é admitido pela convergência decorrente da interlocução entre os dois personagens, quando Ísis, por exemplo, passa a seguir as orientações médicas e se tranqüiliza ao conseguir manter-se na UTI.

Nestas histórias 10, 11 e 14 do espaço-tempo da cirurgia vemos então uma afiliação à narrativa da bioidentidade no que tange à autonomia pela (1) realização de atividades pautadas em orientações médicas e de saúde, e pela (2) responsabilidade que Ísis passa a ter em relação a estas ações. Tome-se como exemplo a própria decisão de fazer a cirurgia: “Botei Deus na frente, e fiz a cirurgia e hoje estou satisfeiTÍSSIMA”. O objeto “cirurgia” atrelado ao verbo fazer já nos sinalizam para a realização de uma atividade que pode ser feita por um médico, sob sua indicação, supervisão e acompanhamento. Mais ainda, esta ação é comumente indicada por razões de saúde. Outro ponto interessante, e que diz desta responsabilidade que ela passa a admitir, é como Ísis, no pós-operatório

imediatamente, muda a relação entre “eu” e “não-eu”. Ambos personagens mantêm características diferentes: o “não-eu” permanece forte, dominador, leva a termo seus interesses, como o de comer muito antes da cirurgia e acalmar o “eu” durante a operação. Já o personagem “eu” parece fraco, não consegue fazer o que deve ser feito, como parar de comer em excesso e manter-se calmo. Mas nesta ocasião da UTI, da conversação entre ambos surge uma Ísis satisfeita e tranqüila, como se o “não-eu” agora estivesse interessado em seguir as orientações médicas, ou mesmo ecoasse as vozes dos profissionais de saúde “calma, só são vinte e quatro horas, você tá bem, amanhã você não vai mais estar aqui”, como não o fazia antes; e o “eu”, contrariamente, não conseguisse seguir estas recomendações, mas respeitasse o “não-eu” como instrumento para fazê-lo. Estabelecida uma convergência entre os diferentes, Ísis parece começar a ter mais autonomia, a governar as ações especificamente relacionadas à manutenção de sua saúde.

Depois da cirurgia, Ísis já se coloca em uma posição de controle, passando a governar sua vida. Como vimos, ela não mais usa o personagem “não-eu” e atribui com frequência a si mesma, pelos pronomes “eu”, “me”, “mim”, “minha” a responsabilidade por suas ações e/ou os objetos destas. O que vale salientar, em relação à narrativa social da bioidentidade, é que estas ações, pelas quais ela se responsabiliza, são voltadas ao cumprimento de orientações médicas, estéticas e/ou de saúde.

Ísis cria a sua própria dieta, definindo critérios que parecem estar sintonizado com as recomendações dos profissionais de saúde. Ao nos falar que comeu um cachorro quente, por exemplo, ela nos diz de uma transgressão: o cachorro quente é um alimento calórico, de difícil digestão, que contribui para engordar. Mas logo ela indica que esta ação não é fortuita e não existe sem uma regra: há onze meses que não comia, ou seja, ela não vinha frequentemente ingerindo este alimento calórico, e criou um prazo que considerou mais adequado à digestão do alimento sem gerar complicações aos procedimentos cirúrgicos. Ao mesmo tempo em que indica em sua narrativa reflexividade como eixo organizador, também admitimos que, por esta ação de comer estar atrelada a

uma regra, é uma ação voltada à saúde, que toma estes referenciais em consideração, e por isso também nos diz de sua autonomia. De forma semelhante temos em relação às atividades físicas que são contadas por Ísis na pequena história 13. Malhar e ir à academia, fazer todo o conjunto de atividades físicas que menciona, indicam uma narrativa elaborada, neste espaço-tempo posterior à cirurgia, que tem como eixo organizador a autonomia que ela tem para desenvolver ações voltadas à saúde e qualidade de vida.

Assim, vemos uma narrativa pessoal que se afilia à narrativa social da bioidentidade, que incluir, por sua vez, o enredo de uma história contada por pessoa que foi obesa e está em processo de perda de peso. Ísis organiza sua narrativa considerando a autonomia, um eixo da narrativa social da bioidentidade, mas a torna particular quando narra sua dieta e atividades físicas, especificando tipo e frequência destas atividades, tipo de alimento que deve ser ingerido e quando deve ser ingerido, singularidades comuns a sua condição de cirurgiada. Vejamos a síntese em relação à autonomia quadro a seguir.

Quadro 15. Autonomia nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.

Autonomia		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
(1) Não há ações voltadas a seguir referências médicas, estéticas e/ou de saúde uma vez que não menciona estas referências; (2) Na criação de personagens com interesses contraditórios, se exime da responsabilidade por realizar a ação de comer bastante, divergente as comuns orientações de saúde e estéticas.	(1) realização de atividades pautadas em orientações médicas e de saúde, e (2) responsabilidade que Ísis passa a ter em relação a estas ações. É estabelecida uma convergência entre “eu” e “não-eu” e Ísis segue recomendações em prol de sua saúde.	(1) responsabiliza-se por suas ações. O personagem “não-eu” não mais faz parte das narrativas; (2) ações são voltadas à garantia e manutenção da saúde, como atividades físicas e dietas.

- **Vontade**

Com a vontade tem-se o reconhecimento na narrativa de um impulso, desejo ou qualquer outro elemento desencadeador de uma ação e/ou relacionado a um objeto, e pode ser identificada pelo personagem, pela ação, pelo objeto e pelo enredo. São importantes, como dissemos, alguns verbos que falem deste impulso, como por exemplo “querer”, “desejar”, “interessar”, quando a identificação da vontade se faz primordialmente pela ação, e pelo objeto, quando o personagem refere-se ao objeto “vontade” (ou qualquer outro narrado como impulsionador) como atrelado ao verbo “ter”, quando diz, por exemplo, “eu tinha vontade de comer”. É importante também considerarmos o enredo de uma ou mais de uma pequena história para que digamos da vontade de um personagem.

Nas pequenas histórias que **antecedem a cirurgia**, Ísis aborda diretamente este impulso por duas maneiras diferentes: (1) sua falta e (2) sua presença. No primeiro caso, Ísis reconhece a ausência de um elemento motivador para que ela desenvolva ações. Nos fragmentos de pequenas histórias a seguir sublinhamos personagem, verbo e objeto que caracterizam esta falta de vontade na narrativa: “Tem lugares que, pra mim, era um terror ir. Eu já não queria mais sair com meu marido pra canto nenhum” (PH2); “Quanto mais eu comia, mais tinha vontade de comer. E o pior não era nada, é que depois daquilo ali eu fui aumentando e eu ficava atordoada, porque eu não queria fazer aquilo, mas era mais forte de que eu” (PH5). Ísis então ressalta a falta de um impulso e de um desejo para, especificamente, sair de casa e para comer (“fazer aquilo”). Mas, também como vimos especificamente neste último fragmento da pequena história 5, Ísis reconhece, pela primeira e única vez em todas as narrativas deste espaço-tempo, um impulso ou desejo: a vontade de comer. Aqui novamente Ísis se afilia à narrativa social da bioidentidade pelo reconhecimento à vontade, mas a vontade que possui, diferentemente do que propõe Costa (2005) e Ortega (2004, 2005a, 2005b), é uma vontade para realizar um comportamento de “risco”, no caso, de comer excessivamente, assim

se afastando das referências médicas, estéticas e de saúde comuns aos dias de hoje e típicas da narrativa social da bioidentidade. Aqui temos uma afiliação sim à narrativa social da bioidentidade, mas nos marca que esta adesão se faça pela ausência de vontade especialmente para a convivência social e pela sua presença para fazer o que não é recomendado, compondo assim um enredo de sofrimento e de descontrole da personagem principal.

Durante a cirurgia, nas pequenas histórias 10, 11 e 14, Ísis reconhece, por duas vezes, uma vontade, impulso ou desejo, sendo um querer atrelado ao filho e outro relacionado a ela mesma. Quando fala de si, Ísis se refere a seu desejo por sair da UTI, após a cirurgia. “Não tive problema nenhum. Às vezes, na uti, (incompreensível) ‘ai meu Deus, queria sair daqui, queria tá lá no quarto com mainha’”. Com esta vontade, a narrativa pessoal se aproxima da narrativa da bioidentidade pela especificidade de tratar de um objeto diretamente relacionado ao ambiente da saúde e especificamente de quem vai se submeter a uma intervenção médica. No caso de seu filho, diferentemente, ela aborda este desejo quando fala da brincadeira entre ele e a irmã sobre ele casar com uma mulher “bem gorda”, que passava no comercial da televisão. Assim conta Ísis, tendo em destaque as ocasiões onde este querer é apresentado:

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina

Fragmento da Pequena História 11 (PH11)

Situação-Problema: A decisão de fazer a cirurgia

- 1 Aí a minha menina disse assim (+): “((diz nome do filho))”, é o nome do meu filho, “((diz nome do filho)),
- 2 olha que mulher gorda. É a tua mulher. Tu vai casar com ela”.
- 3 E ele olhou e fez assim; “Eu não gosto de mulher gorda não. Eu não quero mulher gorda não. Ôh mainha, ela
- 4 tá dizendo que eu vou casar com uma mulher gorda, eu não gosto de gorda não” ((imita voz do filho, em tom
- 5 de irritação)). Aí ele disse aquilo, mas na mesma hora ele parou.
- 6 Eu percebi, que ele pensou assim: “mainha, minha gorda”. Entendeu? Aí ele olhou pra mim e fez assim:
- 7 “Ô, mainha, mulher gorda eu não quero não, mas mãe gorda eu quero, visse?”.
- 8 **K:** Ohh (em tom de compadecimento).
- 9 **I:** Tá entendendo? ((ri)). Ele viu o que falou, eu até achei engraçado porque ele (+) entendeu que aquilo ali,
- 10 dele não gostar de mulher gorda, tava me magoando.
- 11 Aí ele voltou e disse: “Mainha, MULHER GORDA eu não quero não, mas mãe gorda eu quero, visse?”.

Esta é a única vez que Ísis narra sobre vontade ou impulso em sua narrativa. Por esta razão poderíamos achar que Ísis se filia à narrativa da bioidentidade pela negação à vontade. Entretanto,

lembramos que Ísis assume a posição de ambigüidade neste período, ora parecendo controlada e ora parecendo descontrolada; ela não se coloca em todas as situações e momentos como responsável por suas ações. Outro ponto interessante é que este episódio com seus filhos é narrado por ela como importante para que definisse sua decisão por realizar a cirurgia. Nesta pequena história 11, antes de narrar o acontecimento com os filhos, ela diz: “Mas teve um dia que a gente tava assistindo televisão e passou um comercial (+) que eu achei muito interessante. E aquilo ali fez me despertar que eu estava no caminho certo”. Ísis fala mais uma vez em despertar, como se estivesse desatenta, desacordada, sem condições de se responsabilizar pelo o que fazia, a exemplo o que disse no espaço-tempo antes da cirurgia, na pequena história 2. E desatenta ela é acordada pelo o que disseram seus filhos, passando agora a tomar uma decisão. Ísis, então, usa um desejo de seu filho, o de não querer uma mulher gorda para sua vida (linhas 3, 7 e 11), para realizar a ação de fazer a cirurgia e é por meio dele então que vincula sua narrativa à narrativa social da bioidentidade. Era ele que dizia de “não querer” a obesidade e passa então a representar um conjunto de outros personagens que pensavam o mesmo e podiam se referir a ela de forma depreciativa: “um menino de sei, de, seis anos ele tem agora, de quatro pra cinco anos, percebe uma coisa dessa, num quer uma mulher gorda, um menino de quatro anos pra cinco, tem uma uma um pensamento desse, imagine o pessoal lá fora, o que é que não diz comigo?”.

Em síntese, Ísis vincula a narrativa pessoal à narrativa social no que se refere à vontade, ao falar do desejo de seu filho de não querer uma mulher gorda, querer este vinculado a referenciais de saúde e estéticos, e de sair da UTI, que se refere a um medo específico dela, relativo à experiência da cirurgia. Em ambos os casos Ísis traz a especificidade da vontade de quem está no espaço-tempo de realização de uma cirurgia bariátrica e por meio desta se vincula à narrativa social da bioidentidade.

Depois da cirurgia Ísis volta a falar de desejos, impulsos e vontade, desta vez tratando majoritariamente de si mesma, ou seja, dos desejos que ela possui nos dias de hoje. Uma única vez Ísis fala de outro desejo que não o seu, no caso, o de sua tia, que ao fazer a gastroplastia gritava com

fome e queria comer, durante o primeiro mês após a cirurgia. Ao falar de si, Ísis fala também em vontade mais uma vez em termos de sua (1) ausência e de sua (2) presença. Vejamos o Quadro 16 indicativo dos fragmentos de narrativa nos quais Ísis fala destes impulsos.

Diferentemente de como tratou no espaço-tempo anterior à cirurgia, quando ela tinha vontade de comer e não tinha vontade de se relacionar, Ísis agora fala da ausência de vontade como promovendo seu afastamento de comportamentos de “risco”, como o comer de forma que a prejudicasse, logo após a cirurgia (PH15), e de fazer as coisas, de viver (“eu não tinha vontade de fazer nada”), como diz na pequena história 16. Nos dias de hoje Ísis tem desejos, tem querer, mas agora de recuperar o trabalho perdido, de viver.

Quadro 16. Processo analítico para a vontade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 1 Ísis-Karina, antes da cirurgia.

Personagem	Fragmento de Narrativa	PH
Tia	porque eu tive uma tia que fez a gastropastia e (+) há quase oito anos atrás, ela chorava. <u>Ela</u> gritava dizendo que tava com fome, <u>queria comer</u> ,	15
Ísis (“eu”)	Eu digo a você, eu passei os trinta dias de líquido, que eu via a pessoa na mesa, jantando, almoçando, tomando café da manhã, <u>mas não sentia vontade</u> de comer.	15
	E eu tenho auto-estima, é outra coisa. <u>Eu agora quero viver</u> (+). Entendeu? Eu <u>não tinha vontade</u> de fazer nada. <u>Quero (+) recuperar aquele trabalho</u> que ficou lá fora, lá atrás (+). O que a obesidade deixou lá atrás vai ficar lá atrás, mas agora eu vou lutar/.../ <u>Quero que Deus</u> me dê o direito de viver pelo menos daqui a mais uns quarenta ANOS, pra eu aproveitar BEM a decisão que eu tomei e a oportunidade que ele me deu de fazer essa cirurgia (+).	16

Chama-nos atenção que todas estas vontades e “não-vontades” estão relacionadas aos critérios de saúde, embora também os transcenda. Ísis sentia-se desconfortável quando tinha vontade de comer excessivamente, parecendo ter um oco no estômago. Mas agora ela se posiciona em conforto e tem uma vontade de comer mais comedida, mais controlada, pelas dietas que sabemos que ela faz, pelo cachorro quente que fica onze meses sem comer, pelo pedacinho de torta que é seguido por atividades físicas, como conta na pequena história 16. Mas também tem uma vontade de viver que

não é típica do discurso da bioidentidade. Para quem fez uma cirurgia bariátrica e já perdeu 38,2 quilos, a vontade extrapola estes referenciais e se expande à recuperação do que já foi perdido e do que nunca foi vivido em função da obesidade.

Quadro 17. Vontade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.

Vontade		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
(1) ausência de vontade especialmente para a convivência social e (2) presença da vontade para fazer o que não é recomendado: comer em excesso. Ísis não usa referenciais médicos e de saúde.	Ísis vincula a narrativa pessoal à narrativa social no que se refere à (1) vontade de seu filho de não querer uma mulher gorda e (2) de sua vontade por sair da UTI.	(1) ausência de vontade para fazer os comportamentos de risco e (2) presença de vontade para respeitar as orientações voltadas à saúde e transcendê-las, pelo interesse por viver o que foi perdido e o que nunca foi vivido.

- **Emocionalidade: novo eixo organizador na narrativa**

Além da reflexividade, autonomia e vontade, a análise de posicionamento aponta ainda para um novo eixo organizador das narrativas pessoais de Ísis, não previsto no discurso dominante da bioidentidade, e que neste estudo chamamos por **emocionalidade**. Como aqui entendemos, **emocionalidade é o reconhecimento pelo narrador do(s) sentimento(s) ou emoções vivido(s) pelo personagem na narrativa e que estejam relacionados a referenciais médicos, estéticos e de saúde.**

É ainda importante esclarecermos que a proposição da emocionalidade como um eixo organizador da narrativa de Ísis decorre de dois pontos em especial. Um deles se refere à frequência com que Ísis especifica as emoções dos personagens e, em especial, dela mesma. São comuns as descrições de estados emocionais em todas as pequenas histórias. Não há uma única pequena história que ela não esclareça sobre os sentimentos dela e/ou de outros personagens. O outro ponto é qualitativo. Ísis não era somente obesa. Ísis era sofredora, vivia em desconforto, em oposição à dádiva

dos dias de hoje. Esta polarização é bem definida para ela: antes da cirurgia, muito sofrimento; depois, uma dádiva. Na narrativa de Ísis a emoção dos personagens, assim, não é um elemento fortuito, que emerge ocasionalmente em algumas pequenas histórias. Assim, definimos que a emocionalidade é organizadora da narrativa de Ísis, sendo possível ser identificada pelo (1) personagem, (2) ação realizada ou proposição de estado e (3) objeto da ação.

Em alguns casos, a emocionalidade é apresentada de forma direta, pela indicação de um estado emocional ou sentimento vivido pelo personagem. É o que Ísis faz quando diz: “eu sofri demais” (PH4). O verbo aqui é fundamental para que a caracterização da emoção seja feita ao personagem. Noutros casos, o objeto associado ao verbo será definidor, como no caso em que Ísis diz: “Mas eu sentia, de mim, pra ele, assim, eu me sentia mal” (PH2). É a indicação de um sentimento e de este sentimento ser de mal-estar que caracteriza a emocionalidade narrativa de um personagem. Outro aspecto interessante é que a emocionalidade pode vir indicada pela negação a um sentimento apresentado pelo verbo e/ou objeto. Quando Ísis nos diz “eu não tinha nem prazer pra tomar um BANHO (++)”, ela sugere uma emocionalidade pela negação a outra. Estes casos também configuram a emocionalidade na narrativa.

Ortega (2005b) e Costa (2005) falam da culpa sentida por quem não atende aos ideais de saúde, mas ao analisarmos as pequenas histórias de Ísis do **espaço-tempo antes da cirurgia** vimos que é mais que isso, uma caracterização de uma vida, que envolve ela mesma, outros personagens e o espaço-tempo que vivia, no caso, um período turbulento. Todos são caracterizados por um diversificado conjunto de sentimentos. E especificamente antes da cirurgia, estes sentimentos são de sofrimento, de desprazer, falta de coragem, não se suportar, não se agüentar, horrível, terrível, sentir-se mal, além da culpa. Para melhor exemplificarmos o processo analítico para a emocionalidade, antes da cirurgia, vejamos o quadro a seguir.

Quadro 18. Processo analítico para a emocionalidade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 1 Ísis-Karina, antes da cirurgia.

Estudo de Caso 1: Ísis-Karina Fragmento da Pequena História 2 (PH2) – Antes da cirurgia Situação-Problema: sem prazer de ir pra lugar nenhum		
/.../ Eu já não queria mais sair com meu marido pra canto nenhum, porque <u>eu tinha vergonha de sair com ele</u> . /.../ Mas eu sentia, de mim, pra ele, assim, <u>eu me sentia mal</u> . Entendeu? Ele não falava nada, mas eu achava que <u>ele não se sentia bem de sair comigo</u> . Porque <u>nem eu me suportava</u> . Quanto mais ele, não é? Tinha dias que <u>eu não me suportava, nem me agüentava</u> . Eu tentava não a (+) horrível. <u>Era terrível pra mim</u> ./.../		
Personagem	Ação/estado	Objeto
Ísis (“eu”, “mim”)	Ter	Vergonha
	Sentir	Mal
	Não suportava	A mim
	Não agüentava	A mim
	Era	Terrível
Marido (“ele”)	Não sentia	Bem de sair comigo

Dois pontos merecem destaque em relação à emocionalidade na narrativa de Ísis antes da cirurgia. O primeiro deles é sobre a qualidade das emoções dos personagens. É predominante, como vimos pelas qualificações e posição de desconforto, que Ísis indique os personagens como em sofrimento. Ela, irmã, sobrinhas, avô, primo, enfim, todos padecem de algum mal e sofrem. Outro ponto é que os sofrimentos de Ísis são associados à obesidade. Ísis sofre em diferentes ocasiões, por diferentes razões descritas no “período turbulento”, mas sofre também porque é obesa e quando fica obesa. Ela usa o sofrimento para justificar o ganho de peso – ela fica traumatizada e desconta na alimentação – e, em seguida, sofre porque está obesa. Ela sente vergonha de sair com o marido, não suporta a si mesma (PH2), e quando descobre ter engordado vinte e sete quilos (PH8), sente raiva de si mesma, fica revoltada, sente culpa. Na pequena história 9 ela fala deste sentimento culminar com pensamentos suicidas: “eu disse a uma amiga minha: “se for pra eu voltar a engordar, ficar daquele jeito, eu prefiro morrer””, e depois menciona ter pensado então em se matar. Vemos assim que a culpa referida por Ortega (2005b) e Costa (2005) sentida por aqueles que estão à margem dos ideais de beleza e estéticos, faz parte do cotidiano de Ísis e, na especificidade de sua narrativa, ela traz esta emoção da narrativa social como (1) causa e (2) consequência de sua obesidade, de sua

marginalidade em relação aos referenciais de saúde e estéticos, na posição de descontrolada que moralmente se coloca neste espaço-tempo.

Durante a cirurgia, como vimos, Ísis faz sua primeira menção a uma emocionalidade que envolve sentimentos de felicidade, depois da dádiva a qual se reporta ao início de sua narrativa pessoal. Ela estava feliz com a liberação para fazer a cirurgia, embora também fale do medo de morrer e do medo de enfrentar a UTI, coerente com a posição de ambigüidade que em nosso processo analítico admitimos para Ísis. O que merece nosso destaque em relação à emocionalidade é que, nesta particularidade de falar das emoções, a narrativa pessoal de Ísis aponta para a diversidade de sentimentos que a transição relacionada à cirurgia bariátrica parece envolver, e que além de diferentes, estes sentimentos podem ser opostos, contraditórios. Felicidade pela possibilidade de mudança, mas medo do que esta mudança pode envolver, os rituais médicos que irá exigir, o abandono a uma vida que necessariamente acontecerá, a incerteza sobre o que se vai viver. Ísis não nos fala sobre todos estes receios e alegrias, mas abre a possibilidade de a narrativa social no tocante à experiência da cirurgia bariátrica, incluir não somente a reflexão sobre si, a autonomia para seguir orientações médicas e vontade, mas também uma emocionalidade que transita entre sentimentos de sofrimento e alegria, diferentemente da obesidade que, para Ísis, é marcadamente desconfortável.

Já **depois da cirurgia,** Ísis fala majoritariamente de seus sentimentos, uma vez que, como sabemos, poucos são os personagens das pequenas histórias deste espaço-tempo. Além do sofrimento da tia, que chorava querendo comer, Ísis fala de si mesma. Dos sentimentos que tem nos dias de hoje e dos sentimentos que tinha antes da cirurgia, mas não os tem mais atualmente. Ísis marca claramente sua mudança a partir de seu estado emocional. A este respeito ela diz: “Depois mais uma hora de hidroginástica. Tô aqui e tô satisfeita (+), entendeu?” (PH13); “Então, assim, eu passei su::per tranqüila. Mu::ito tranqüila” (PH15); “E pra mim hoje banho é um prazer/.../ Tenho prazer pra tudo. Prazer com meu marido, prazer de sair, prazer comigo mesma, sabe? De tudo tudo tudo tudo. Prazer

de sair, de ir pra igreja/.../Hoje, assim, eu não tenho vergonha de sair com o meu marido pros canto. Saio pra todo canto, então eu me sinto bem” (PH16).

Prazer, satisfação, tranqüilidade, não ter vergonha, sentir-se bem. Na narrativa pessoal vemos uma afiliação à narrativa da bioidentidade pelo prazer atrelado a uma condição na qual Ísis se aproxima, agora como quase quarenta quilos mais magra, de referenciais estéticos e de saúde. A felicidade de Ísis está atrelada a um padrão estético, a uma condição de saúde, à saída de uma marginalidade. Embora esta narrativa social não aborde aprofundadamente os sentimentos que as pessoas têm como divergentes ou consoantes a estes referenciais, sabermos que os sentimentos de Ísis estão a ele atrelados já nos coloca em convergência com esta narrativa da bioidentidade.

Mas com novo contorno corporal, Ísis vive não somente um prazer intenso, mas amplo, dirigido a “tudo, tudo, tudo”. E em sua narrativa, como queremos ressaltar, ela marca uma mudança de posicionamento, de definição de si mesma pela emocionalidade. A Ísis de antes da cirurgia vivia a turbulência e o sofrimento, não se agüentava, não se suportava, tinha raiva de si mesma e pensava em se matar. A Ísis de agora vive em uma dádiva. Ela reflete diferenciadamente sobre si mesma, seus alimentos e atividades, ela é autônoma, responsável por seus atos. É também tomada pela vontade de viver. Mas indiscutivelmente a Ísis de hoje vive um momento de plenitude, de satisfação, com intenso sentimento de prazer. E neste novo estado emocional ela também se posiciona e marca a singularidade de sua narrativa pessoal, ajudando-nos também a repensar a narrativa social da bioidentidade, ao menos para os cirurgiados, sob as lentes da emoção, dos sentimentos vividos, da emocionalidade.

Quadro 19. Emocionalidade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 1 Ísis-Karina.

Emocionalidade		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
Sentimentos de sofrimento, desprazer, falta de coragem, assim como não se suportar, não se agüentar, horrível, terrível, sentir-se mal, culpa são alguns dos usados por Ísis para falar de si. Aos demais personagens também são atribuídos sentimentos de sofrimento. Sentimentos atrelados à obesidade.	Os sentimentos narrados transitam entre o sofrimento, o medo, e a alegria, a felicidade, em coerência com a posição de ambigüidade. Em ambos os casos, estes sentimentos são vinculados a elementos da saúde, como UTI e cirurgia.	Prazer, satisfação, tranqüilidade, não ter vergonha, sentir-se bem são sentimentos são usados por Ísis para falar de si. São atrelados a referenciais de saúde e estéticos, agora pela aproximação de Ísis a estes referenciais.

4.1.4. Síntese analítica do estudo de caso 1

Ísis construiu, nas pequenas histórias referentes ao espaço-tempo anterior à cirurgia, um sentido de si mesma como descontrolada e em desconforto, organizando-se em narrativas nas quais reflete sobre as conseqüências e as causas da obesidade, sobre sua responsabilidade por seu ganho de peso, admitindo-se como moralmente irresponsável face à luta simbólica entre um “eu” que não quer comer e um “não-eu” que quer comer excessivamente, resultando em uma Ísis com grande vontade de comer. Mas também, Ísis é uma mulher que sofre. Ao longo de todas as pequenas narrativas relativas ao espaço-tempo anterior à cirurgia, ela narra a si mesma como emocionalmente em desconforto, construindo mais uma particularidade em relação à narrativa social da bioidentidade, na qual a culpa é mencionada, mas uma diversidade de outros sentimentos, os quais são narrados por Ísis, não são incluídos. Ser obesa, como nos diz Ísis, é não ter controle sobre si. Mas é também ser sofreda, atormentada, sem prazer: é desejar morrer!

Assim, no período da cirurgia, Ísis constrói sentidos de si como em descontrole e desconforto, mantendo os qualificadores que antecederam a cirurgia, agora narrados em relação à indecisão de

fazer a operação e medo de morrer, de estar na UTI. Ela também progressivamente se qualifica como em controle e conforto, e, assim, admitimos que Ísis neste espaço-tempo se coloca na posição de ambigüidade. Ela parece então viver uma transição, que na narrativa social de bioidentidade Ortega (2005b, 2008) atribui às práticas bioascéticas – neste caso, a participação no programa, a realização de exames médicos e, finalmente, a submissão à cirurgia. Estas práticas conduzem, como propõe o autor, tomando como referência Foucault (2006) e Valantasis (1995), a uma nova subjetividade, onde uma será abandonada e outra será alcançada. No caso de Ísis, na narrativa ela transita entre as posições de descontrole e controle, e entre as posições de desconforto e de conforto, constituindo uma posição de ambigüidade.

“Minha vida, de fato, é outra coisa”. Assim Ísis finaliza sua narrativa, reconhecendo um processo de mudança, que em nossa análise representa uma nova construção de sentidos de identidade, agora definida em termos das posições de controle e conforto. Ísis se organiza narrativamente como responsável por sua vida, numa rotina de cuidados consigo mesma, de respeito a uma dieta que ela faz considerando o que pode e o que não pode comer, assim como sua jornada diária de atividades físicas. A vontade agora é de viver e as emoções pessoais, assim como o cenário de sua vida, são descritos como de bem-estar: prazer para tudo! As discussões dilemáticas se esvaem: Ísis não mais se refere ao personagem "não-eu". E ao longo de toda a sua narrativa afilia-se de forma criativa à narrativa social da bioidentidade pelas particularidade em relação à reflexividade, autonomia e vontade, além de sua definição pessoal incluir agora a emocionalidade, uma organização não prevista nesta narrativa social.

Mostramos uma síntese desta análise no Quadro 20 abaixo.

Quadro 20. Síntese analítica para as posições de Ísis, em relação à narrativa pessoal e à narrativa social da bioidentidade.

Narrativa Social da Bioidentidade				
	Reflexividade vigilância pessoal	Autonomia responsabilidade	Vontade impulso	
Controle e Conforto (Depois)	Acompanha saúde. Cuida de si. Faz planos para o futuro. Não mais menciona "não-eu"	Faz dieta e atividades físicas. Responsabiliza-se por seus atos.	Sem vontade de comer. Tem vontade de viver, de retomar o que perdeu.	Dádiva, prazer, coragem, satisfação, tranquilidade.
Ambigüidade (Durante)	A decisão da cirurgia e a experiência no hospital. Inclui referenciais médicos, estéticos e de saúde.	Teme a morte, mas assume responsabilidade pela cirurgia e por dominar seus medos	Vontade do filho de não ter uma mulher gorda e vontade dela de sair da UTI	Medo de morrer, medo da UTI. Felicidade e tranquilidade na cirurgia
Descontrole e Desconforto (Antes)	Causas e conseqüências de ser obesa. Reconhece "não-eu", personagem forte	Não se responsabiliza por cuidados pessoais: "eu" x "não-eu", não quer x quer comer. Resulta em comer bastante	Vontade forte de comer. Ausência de vontade de convivência social	Desprazer, raiva de si, revolta, culpa
Posições de Ísis	Reflexividade	Autonomia	Vontade	Emocionalidade
Narrativa Pessoal de Ísis				



Figura 8. “O nascimento de Vênus” (*La Naissance de Vénus*), 1879, do pintor francês William-Adolphe Bouguereau.

A Deusa Afrodite

Deusa da mitologia grega, Afrodite era conhecida como a deusa do amor, da beleza e do sexo, e foi nomeada como Vênus pelos romanos.

Os deuses brigavam pelo amor de Afrodite, tamanho era seu poder sedutor. Casou-se com Hefesto e teve muitos filhos, mas amou e foi amada por deuses e mortais.

As mulheres na Antiguidade faziam pedidos à deusa Afrodite, para que ela lhes concedesse a graça de se sentir bem com o seu corpo, com sua sexualidade, com o prazer.

4.2. Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina

Na ocasião da entrevista, Afrodite era solteira, tinha 24 anos, peso de 115 quilos e IMC de 42,2 kg/m². Era católica, estudante de nível superior, trabalhava e residia com os pais casados e seu irmão mais novo, em município do interior de Pernambuco. Fez a cirurgia em 2009, cinco meses antes de participar deste estudo, quando tinha 146 quilos e IMC de 54,7 kg/m²; tinha então 31 quilos a menos em relação ao peso com que fez a cirurgia. Quando entrevistada, não apresentava doença e só tomava medicação sugerida para cirurgiados.

Em sua história, Afrodite ressalta a importância que seu contorno corporal tem em sua vida, especialmente para que se sinta normal. É depois da cirurgia que Afrodite, agora mais magra, passa a se aceitar melhor, contemplar a si mesma e felicitar-se pela possibilidade de receber elogios. Nomeá-la como Afrodite é uma forma de homenageá-la como a deusa que tanto encantava por sua beleza e tão bem se sentia com seu corpo e sua sexualidade.

Sigamos ao processo analítico, iniciando com uma história do encontro entre esta participante e a pesquisadora, quando feita a realização da entrevista narrativa.

Meu primeiro contato com Afrodite foi feito por telefone, antes de uma das reuniões do programa, por indicação do serviço de psicologia e do serviço social. Ao falar com Afrodite, ela disse já estar sabendo da pesquisa através da psicóloga. Combinamos de nos encontrarmos na próxima reunião do programa. Neste dia, Afrodite chegou ao auditório do hospital acompanhada de seu pai e ao fim da reunião, quando esta já havia acabado. Eu estava conversando com algumas pessoas, que participariam do estudo, quando ela se apresentou sob recomendação da psicóloga, que ainda estava no auditório. Convidei-a para participar do estudo e ela, como só viria no mês seguinte em função de morar no interior, se dispôs a ser entrevistada naquela mesma tarde. Pediu que seu pai a esperasse, saímos do auditório e fomos à sala de atendimento da psicologia. A entrevista começou às 17:00 horas e teve duração de 38 minutos e 35 segundos. Finalizada a entrevista, despedimo-nos e Afrodite então saiu sozinha da sala.

A narrativa pessoal de Afrodite foi subdividida em dezenove pequenas histórias, sendo as pequenas histórias 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7 relativas ao espaço-tempo anterior à cirurgia, as 8, 9 e 10 referentes ao período da cirurgia bariátrica e as pequenas histórias 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19 relativas ao pós-cirúrgico, todas apresentadas no Anexo B.

Esta análise seguirá em conformidade àquela feita no estudo de caso 1. Nas análises de posicionamento 1 e 2 nos deteremos, respectivamente, às posições de Ísis em relação a ela mesma e aos demais personagens. Na análise de posicionamento 3 nosso foco será sobre sua posição em relação à narrativa social da bioidentidade, tomando como referência a reflexividade, autonomia, vontade e, tal como propusemos anteriormente, à emocionalidade.

4.2.1. Análise de Posicionamento 1: Afrodite em relação a ela mesma

Ao iniciar sua narrativa, Afrodite constrói um enredo que marca o contínuo de sua história relativa ao período anterior à cirurgia bariátrica e no qual se coloca em uma posição particular: a de rejeição. Ser gorda, como veremos ao longo desta análise, é para Afrodite ser estranha e diferente do que considera como “normal”, e com este estranhamento que ela rejeita a si mesma.

Antes da cirurgia, Afrodite usa qualificadores de desconforto para falar de si. Notamos, entretanto, uma especificidade deste qualificador que parece ser importante ao posicionamento de Afrodite ao longo de sua narrativa. O desconforto com o qual se qualifica seguidamente neste espaço-tempo está relacionado à rejeição que tinha de si mesma como obesa, o que pode ser visto já ao início da narrativa. Tomemos como exemplo a pequena história 1, que apresentamos adiante.

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina

Pequena História 1 (PH1)¹⁴

Situação-Problema: Gordinha desde pequeninha

- 1 Assim, é (+) desde pequeninha, já (+) já nasci gordinha, mainha fala.
- 2 Sim, era aquela coisa (+) é, lindinha, porque era gordinha,
- 3 e os médicos, os pediatras falando, ‘não mãe, quando ela crescer, ela vai emagrecer’,
- 4 e o tempo foi passando, o tempo foi passando.

O estranhamento de Afrodite à condição de gorda, que caracteriza uma qualificação de desconforto feita a si, pode ser identificado pela fala que atribui aos médicos em relação a sua infância: “‘não mãe, quando ela crescer, ela vai emagrecer’” (linha 3). Afrodite sugere, de um lado, que sua mãe se preocupava com sua condição de “gordinha” – aceitável enquanto era “pequeninha” e “lindinha”. Mas sinaliza um estranhamento materno ao seu excesso de peso - “não, mãe” -, que é esclarecido pelos pediatras como uma condição circunstancial: “ela vai emagrecer”. De outro lado, ela indica também que os próprios médicos esperavam seu emagrecimento, como se ficar acima do peso não fosse o padrão, o esperado ao seu desenvolvimento. Desta maneira, pela fala atribuída aos pediatras, Afrodite se admite, enquanto obesa, como estranha e fora do padrão, tanto para sua mãe, quanto para os médicos.

Entendemos esse estranhamento como fazendo parte de uma qualificação de desconforto, mas desta vez consideramos que, junto ao enredo desenvolvido em relação à personagem Afrodite, esta qualificação caracteriza uma posição de rejeição. Poderíamos, à primeira vista, tomar estas qualificações importantes para defini-la como em posição de desconforto. Rejeitar a si mesma pode ser uma forma de posicionar-se de tal maneira. Mas, se no caso de Ísis, o desconforto com frequência se referia ao sofrimento que vivia em diferentes situações, no caso de Afrodite, ele a coloca em um lugar moral diferenciado. Afrodite é sofrida, sim: sente preconceito, depressão, se magoa, como

¹⁴ Convenções das transcrições:

/.../	Transcrição parcial. Corte na produção de alguém.
(())	Comentários do analista.
::	Alongamento de vogal.
(+)	Pausa para cada 0.5 segundo.
MAIÚSCULA	Ênfase ou acento forte.
(incompreensível)	Dúvidas e suposições.

veremos, mas se adjetiva também como estranha, diferente do “normal” e, assumidamente, não se aceita. Esta rejeição, por sua vez, é superada quando faz a cirurgia e admite, para os dias de hoje, uma aceitação de si antes ausente em sua história. Afrodite traz-nos uma especificidade para seu desconforto que nos permite olhar seu posicionamento por esta particularidade.

O que teremos, então, no caso de Afrodite, é um conjunto de qualificadores de desconforto atrelados a esta personagem, nas pequenas histórias do espaço-tempo antes da cirurgia, culminando com a posição de rejeição dela em relação a ela mesma. Como **posição de rejeição** propomos o **lugar moral de um personagem em uma narrativa, caracterizado por um conjunto de qualificadores de desconforto que incluam o mal-estar da rejeição que este tem por si mesmo**. Para definirmos esta posição utilizamos os mesmos critérios anteriormente já descritos: (1) adjetivo, (2) oração ou (3) discurso de outro personagem na narrativa.

A posição de rejeição, como dissemos, é comum às pequenas histórias referentes ao espaço-tempo anterior à cirurgia. Os qualificadores de desconforto continuam a ser usados por Afrodite, em relação ao pronome “eu”, mas a posição de rejeição é melhor definida quando acompanhamos o enredo das pequenas histórias que ela constrói. Afrodite fala do que ouvia de seus familiares, que ressaltavam os problemas que ela enfrentaria como gorda (PH2), fala de sua depressão e de sua permanência em casa, evitando sair (PH3), fala de se esconder nas aulas de educação física e sua procura a psicólogos, até que, admite que seu problema era se aceitar: “já fui pra psicólogos, já passei várias, várias vezes, mas, assim, o problema era realmente eu me aceitar” (PH4). Na seqüência de acontecimentos que ela narra, o desconforto com o qual se qualifica parece dizer deste aspecto comum: a rejeição por ela mesma. Na continuidade das pequenas histórias a posição de rejeição à condição de obesa se mantém. Considere por exemplo o que ela diz:

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina
Pequena História 6 (PH6)
Situação-Problema: O apoio dos amigos

- 1 assim, eu era, assim, já fui, hoje mais não (+) realmente assim, depressiva,
- 2 de não sair quase de casa, de não ter, assim, muito apoio,
- 3 não dos meus amigos, porque assim (+) sempre foram assim, é (+) moral pra mim como,
- 4 “ah, gordinha não”, era, me viam por dentro, não, não ficavam criticando nem nada, nem na hora de comer/.../

Neste caso, notemos como Afrodite diz que os amigos, que sempre foram “moral”, que sempre lhe deram apoio, negavam sua condição de gordinha: ‘ah, gordinha não’, ou seja, não a reconheciam por seu contorno corporal, mas, como diz Afrodite, viam-na “por dentro”. Para ela, o apoio que lhe era dado envolvia negar um reconhecimento como gorda, como se não fosse possível assim identificá-la e ao mesmo agradá-la, sendo solidário com ela. Mais uma vez Afrodite rejeita, através da fala de seus amigos, sua condição como obesa. Na pequena história 13, no espaço-tempo depois da cirurgia, Afrodite ratifica a posição de rejeição e o estranhamento a sua condição de obesa: “Trabalhava sempre, tem três anos que eu trabalho, mas assim, achava que (+) que lá (+) as pessoas me olhavam estranho, na verdade nunca aconteceu isso, era coisa de psicológico mesmo, de cabeça, assim, por eu não me aceitar e achar que a pessoa que estava do meu lado também não iria me aceitar ou que iria tá me criticando (+).

Vejamos as qualificações de desconforto atribuídas a Afrodite no espaço-tempo anterior à cirurgia no Quadro 21 que se segue, onde fazemos também uma apresentação do processo analítico para fragmentos de pequenas histórias. Em sublinhado destacamos a adjetivação feita a Afrodite na narrativa.

Quadro 21. Qualificadores e tipos de qualificadores de Afrodite, a partir da análise de fragmentos da pequenas histórias, do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, antes da cirurgia.

Personagem	Fragmentos de Pequenas Histórias	Qualificador	Tipo de Qualificador
Afrodite (“eu”)	<u>eu evitava</u> , às vezes <u>eu evitava sair</u> , outras não. Mas, assim, muitas vezes <u>eu passei</u> , entre o que, os meus 18 até 20 anos, <u>em depressão</u> /.../ de ficar só em casa gelada dos pés à cabeça” (PH3)	Deprida, reclusa	Desconforto
	Muitas vezes, assim, eu me lembro que educação física, <u>eu sempre me escondia</u> , por quê? Porque eu era a única gor, a única não, era gordinha, mas <u>era a mais gordinha da turminha</u> ” (PH4).	Reclusa, mais gordinha	Desconforto
	e em casa por uma parte eu tinha apoio e outras vezes não, porque, ‘ah, tu não pode comer isso, ah porque não sei o que, ah porque tu nunca vai arrumar um namorado tu gorda deste jeito’. Então (+) querendo ou não, na minha própria casa, dentro de casa mesmo <u>eu sentia o preconceito</u> (PH2),	Criticada	Desconforto
	já fui pra psicólogos, já passei várias, várias vezes, mas, assim, <u>o problema era realmente eu me aceitar</u> , eu vê que eu era desse jeito e que, eu podia (+) (PH4)	Não se aceita	Desconforto
	E depois, com três meses, eu me lembro, é (+) em três meses, assim, no, no natal eu já tava gorda de novo, sabe? Engordei praticamente quase o dobro (+) <u>Isso querendo ou não, machucava</u> (PH5)	Magoada, machucada	Desconforto
	assim, eu era, assim, já fui, hoje mais não (+) realmente assim, depressiva, <u>de não sair quase de casa, de não ter, assim, muito apoio</u> , não dos meus amigos, porque assim (+) sempre foram assim, é (+) moral pra mim (PH6),	Reclusa, sem apoio	Desconforto

Ao citarmos fragmentos que diferentes pequenas histórias que antecedem a cirurgia esperamos destacar que, é com base no enredo destas histórias e nas qualificações de desconforto antes apresentadas e relacionadas ao pronome “eu”, que justificamos a posição de rejeição a si mesma, como obesa, estabelecida por Afrodite. Como síntese da posição, qualificador e fragmento de narrativa temos:

Quadro 22. Posição de Afrodite por fragmento de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo anterior à cirurgia bariátrica.

Descrição da Posição	Descrição do Qualificador	Fragmentos de Pequenas Histórias (PH)
Rejeição: lugar moral de um personagem em uma narrativa, caracterizado por um conjunto de qualificadores de desconforto que incluam o mal-estar da rejeição que este tem por si mesmo	Desconforto: formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas pelo narrador a um personagem e que indiquem sofrimento, prejuízo, rejeição.	Muitas vezes, assim, eu me lembro que educação física, <u>eu sempre me escondia</u> , por quê? Porque eu era a única gor, a única não, era gordinha, mas <u>era a mais gordinha da turminha</u> ” (PH4).

Durante a cirurgia, Afrodite narra seu ingresso no programa e a realização de sua cirurgia, o que marca também sua mudança de posição, sua condição moral na narrativa. Afrodite continua a usar qualificadores de desconforto para si, mas desta vez se coloca ao longo das pequenas histórias 8, 9 e 10 no que chamamos por **posição de superação**, a qual entendemos como **lugar moral no qual o personagem se caracteriza pela realização de atividades de seu interesse após ou em meio à experiência de situações consecutivas de adversidades, nas quais pode ou não ser qualificado como em desconforto**.

No caso de Afrodite, a posição de superação que atribui a ela mesma pelo uso do pronome “eu” é definida tanto por qualificadores de desconforto, como por um enredo, no espaço-tempo durante a cirurgia, no qual ela vive seguidas dificuldades até que ela a cirurgia seja realizada. Notemos como no enredo do fragmento da pequena história 8, Afrodite elenca iniciativas pessoais em meio a adversidades, tal como sublinhado: “Aí eu comecei, né, Hospital ((diz nome de um hospital A)), ((diz nome de hospital B)). Já freqüentei muitas reuniões lá no ((diz nome de um hospital A)), e não saia do lugar, porque eu poderia estar com todos os meus exames prontos, mas eu não conseguia marcar com a psicóloga, (+) que era a psicóloga do programa e era ((incompreensível)), era (+) foi muito difícil (PH8)”. Afrodite ressalta seu esforço constante vinculado a um resultado de insucesso para realização da cirurgia. Ela então fala que se inscreveu no

Programa da Obesidade do hospital, mas mais uma vez se deparou outras dificuldades: “foi no tempo que eu me inscrevi, faltavam, tinha 30 pessoas na minha frente” (PH8). E, em seguida, ela nos diz:

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina Pequena História 10 (PH10) Situação-Problema: A semana da cirurgia	
1	E aí teve vez que eu tentei desistir, porque (+) praticamente tava aqui duas vezes no mês.
2	É difícil por quê? Porque (+) eu sempre tive assim muita dificuldade no ônibus,
3	chegando ali naquela catraca (+) é meio complicado de passar,
4	e eu achava que as pessoas iam ficar olhando pra mim, eu ficava logo nervosa.
5	Tanto é que vinha ou meu pai ou meu irmão ou meu primo, tio ou o vizinho (+)
6	me traziam de carro ou eu então às vezes eu vinha de ônibus (+) às vezes, e meu pai que vinha me buscar (+)
7	E aí continuei vindo, continuei, só sei que depois de, foi depois de um ano e quatro meses (+) voltei,
8	no caso, fui pra doutor ((diz nome do médico)), dô, doutor ((diz nome do médico)) me liberou
9	pra tá fazendo a cirurgia (+)

Notemos que Afrodite fala em desistir diante das dificuldades enfrentadas para ir ao hospital. Usa qualificadores de desconforto para si mesma: ela fica nervosa, em dificuldade, constrangida por passar na catraca, com receio de ser observada. Mas continua indo e, depois de um ano e quatro meses (linha 7), é liberada para fazer a cirurgia. Ela segue ainda na pequena história 10 marcando seu posicionamento como de superação quando ela diz: Aí dia 20, não, era pra eu ter feito em março, sendo que aí (+) atrasou, porque isso, porque aquilo, porque a pessoa passou mal, num sei quê, só sei que dia 20 de maio (+) eu fiz minha cirurgia (++). Afrodite indica então mais uma dificuldade até que ela realize, finalmente sua cirurgia. Este enredo no qual trata de suas adversidades, culmina com a realização da operação, o que era de seu interesse, e se colocando, assim, na posição de superação.

Vale salientar ainda que Afrodite usa qualificadores de conforto para si, ao menos uma vez neste período, quando fala da semana que passa no hospital para fazer a cirurgia. Notemos este qualificador em sublinhado: “Fiquei, tava super tranqüila, assim a, a equipe de doutor ((diz nome do médico)), todo mundo, sabe, da pessoa que vai lá limpar seu quarto (+) quando você ta lá, desejando boa sorte, da enfermeira, do próprio médico (+) todo mundo” (PH10). Pareceu-nos, entretanto, este ser muito mais um qualificador importante para tratar de como ela posicionava os demais personagens, no caso, médico, enfermeira, todo mundo, que para posicionar a si mesma. Mantivemos, portanto, a posição de superação para Afrodite no espaço-tempo durante a cirurgia e os

qualificadores de conforto serão melhor discutidos na análise de posicionamento 2 deste estudo de caso, quando falaremos do posicionamento dos demais personagens. O Quadro 23 a seguir sintetiza a posição de Afrodite, face ao qualificador e fragmentos de pequenas histórias.

Quadro 23. Posição de Afrodite por fragmento de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo durante a cirurgia bariátrica.

Descrição da Posição	Descrição do Qualificador	Fragmentos de Pequenas Histórias (PH)
Superação: lugar moral no qual o personagem se caracteriza pela realização de atividades de seu interesse após ou em meio à experiência de situações consecutivas de adversidades, nas quais pode ou não ser qualificado como em desconforto.	Desconforto: formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas pelo narrador a um personagem e que indiquem sofrimento, prejuízo, rejeição.	E aí teve vez que eu tentei desistir, porque (+) praticamente tava aqui duas vezes no mês (PH10).

Já no espaço-tempo de **depois da cirurgia**, Afrodite se coloca em duas posições diferentes. A primeira delas pareceu-nos específica ao primeiro mês da cirurgia. Afrodite marca uma diferença entre estes dois momentos cronológicos, admitindo para si diferentes qualificações e construindo enredos diferenciados em comparação aos meses seguintes, até os dias atuais.

O primeiro mês após a cirurgia é narrado por Afrodite nas pequenas histórias 11 e 12. Nestas ela se qualifica em desconforto constante e intenso, construindo um enredo de sofrimento e no qual ela indica arrepende-se por sua decisão. Nestas histórias, ela atribui a si, no uso do pronome “eu”, os adjetivos de medrosa, nervosa, enjoada, pensava que ia morrer, triste, arrependida; ela considera os quinze primeiros dias após a cirurgia como complicados e o primeiro mês como difícil. Por esta razão admitimos que Afrodite, particularmente no que se refere ao primeiro mês da cirurgia, se coloca em **posição de desconforto**. Vejamos o que diz na pequena história 12 a seguir, sublinhadas as ocasiões nas quais ela se qualifica em desconforto, como enjoada, não adaptada, triste, arrependida e contrariada:

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina

Pequena História 12 (PH10)

Situação-Problema: Arrependimento profundo

- 1 Os quinze primeiros dias, assim, já no final destes, dá um enjôo,
- 2 porque eu não me adaptei ao líquido rosa (+) e depois mais quinze dias de pastoso.
- 3 E aí, sabe (+) teve uma vez, que, eu me lembro que foi num domingo assim, tava todo mundo lá em casa,
- 4 eu tava triste, triste, triste (+) tudo fechado.
- 5 Minha prima chegou e ‘que é que tu tem, ((diz seu nome))?’ ‘Arrependimento profundo’.
- 6 Ela olhou assim (+) ‘Por quê?’. ‘Por que eu fiz isso, não sei o quê,
- 7 eu tenho que tomar isso de meia em meia hora’, que é uns copinhos pequenos de meia hora, e você (+)
- 8 Eu vivia cheia e eu tinha que tomar aquilo, porque minha mãe me obrigava e eu não queria tomar (+)
- 9 Mas aí passou.

De forma diferente se coloca Afrodite em relação a si mesma **após os primeiros trinta dias de realização da operação**. Ela usa qualificadores de conforto para si mesma e constrói um enredo no qual ela narra sucessivas situações de bem-estar, nas quais ela, contrariamente ao período anterior à cirurgia, admite iniciar um processo de aceitação de si mesma. Ela esclarece que ainda não se aceita completamente, mas parece aceitar seu processo de mudança. Vejamos, no Quadro 24, em sublinhado, as qualificações de conforto que Afrodite atribui a si.

Quadro 24. Qualificadores e tipos de qualificadores de Afrodite, a partir da análise de fragmentos das pequenas histórias, do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, depois da cirurgia.

Persona-gem	Fragmentos de Pequenas Histórias	Qualificador	Tipo de Qualificador
Afrodite (“eu”)	Trabalhava sempre, tem três anos que eu trabalho, mas assim, achava que (+) que lá (+) <u>as pessoas me olhavam estranho</u> , na verdade nunca aconteceu isso, era coisa de psicológico mesmo, de cabeça, assim, <u>por eu não me aceitar</u> e achar que a pessoa que estava do meu lado também não iria me aceitar ou que iria tá me criticando (+).	Estranhamento /rejeição a si	Desconforto
	<u>Tô feliz, tô bem</u> , tô caminhando assim, aos poucos (+). Não é uma perda, apesar de que estou com três meses, já é uma perda (+) assim razoavelmente. Eu antes da cirurgia jamais iria perder 34 quilos em três meses (+).	Feliz, bem	Conforto
	Então assim foi uma escolha que eu fiz, eu sei disso, eu excedi meus limites. <u>Estou há três meses sem tomar ((diz nome de refrigerante)) e eu era apaixonada</u> , fissurada, todo dia eu tomava. E <u>isso, assim, não me importa mais, sabe?</u> Eu, eu sei que eu fiz essa escolha, sei que é o que eu quero, tô me sentindo bem com isso (PH15).	Controlada	Controle
	Hoje, <u>eu já me aceito bem mais</u> , acho que coisa de 50%, <u>melhorou minha auto-estima no espelho</u> , quando eu me vejo, assim (PH16)	Aceitação, melhor auto-estima	Conforto
	E a cirurgia assim foi, foi essencial assim pra minha mudança (+) e:: é isso. <u>Eu tô muito bem realizada</u> , assim (+) (PH17)	Realizada	Conforto

Estes fragmentos também nos auxiliam a exhibir o enredo que progressivamente Afrodite constrói nas pequenas histórias 13 a 19. Se antes da cirurgia ela rejeita a si mesma como obesa, na ocasião da entrevista, quatro meses depois de feita a operação e trinta e um quilos menos pesada, Afrodite constrói um enredo no qual ela se qualifica em conforto, mas com a peculiaridade deste conforto estar relacionado à aceitação que passa a ter por si mesma. Ela usa estas qualificações de conforto construindo uma particular história de aceitação pessoal e social, e que nos permite falar em uma nova posição neste espaço-tempo, passados os trinta primeiros dias após a operação: a **posição de aceitação**, que entendemos como **lugar moral de um personagem em uma narrativa, caracterizado por um conjunto de qualificadores de conforto que incluam o bem-estar pela que este tem por si mesmo**. No caso de Afrodite, a aceitação por si aumenta em relação ao período

anterior à cirurgia, como ela mesma diz, em 50%, mas em nossa análise esta aceitação parece ser em relação ao seu processo de mudança, à perda de peso progressiva e contínua redefinição de sua vida. O Quadro 25 a seguir sintetiza as posições e qualificadores de Afrodite durante a cirurgia:

Quadro 25. Posição de Afrodite por fragmento de pequenas histórias em relação ao seu qualificador, no espaço-tempo durante a cirurgia bariátrica.

Descrição da Posição	Descrição do Qualificador	Fragmentos de Pequenas Histórias (PH)
Desconforto (primeiro mês): formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas pelo narrador a um personagem e que indiquem sofrimento, prejuízo, rejeição.	Desconforto: formas de adjetivação (seja por adjetivo, oração ou discurso de outro personagem) atribuídas pelo narrador a um personagem e que indiquem sofrimento, prejuízo, rejeição.	Eu me lembro que na quinta-feira de noite (+) é:: eu fui no banheiro /.../. Quando eu levantei tava uma mancha aqui assim ((aponta para a sua barriga)). Aí eu já fiquei nervosa, aí minha mã, minha mãe viu, ‘o que foi isso?’, aí eu ‘nada, não é nada’. É a secreção que sai, normal (+) e aí eu fiquei com medo, porque eu ia morrer, eu sou muito medrosa (PH11).
Aceitação (após primeiro mês): lugar moral de um personagem em uma narrativa, caracterizado por um conjunto de qualificadores de conforto que incluam o bem-estar pela que este tem por si mesmo.	Conforto: formas de adjetivação atribuídas por Ísis a um personagem e que indiquem alegria, prazer, felicidade, coragem.	Hoje, eu já me aceito bem mais, acho que coisa de 50%, melhorou minha auto-estima no espelho, quando eu me vejo, assim (PH16)

Sigamos agora à análise de posicionamento 2, na qual veremos as posições de Afrodite em relação aos demais personagens de sua história.

4.2.2. Análise de Posicionamento 2: Afrodite e os demais personagens

Quando analisamos as posições estabelecidas por Afrodite em relação aos demais personagens de sua história, veremos que, desde o início da narrativa ela os posiciona de forma diferente e esta diferenciação permanece quando consideramos o espaço-tempo no qual se dá o posicionamento.

Antes da cirurgia, os personagens aos quais Afrodite se refere são: pediatras, mãe, pai, irmão, amigos, o gordo. Afrodite fala também em psicólogos, mas estes não nos pareceram ser tratados como personagens, e sim como objeto da ação, uma vez que ela diz: “já fui para psicólogos”, parecendo referir-se a uma clínica psicológica, a um atendimento psicoterápico, não atribuindo a estes um estado ou ação. De forma semelhante ela se refere à tia, que faz parte da pequena história 7 como “casa de minha tia” (PH7) e esta só passa a ser tratada como personagem no período durante a cirurgia.

Para os demais personagens Afrodite atribui qualificadores de conforto exclusivamente a seus amigos, que são “moral” pra ela, dando-lhe apoio, o apoio de vê-la “por dentro”, admitindo-os em uma **posição de conforto**. Já os pediatras e sua família, embora seja mais específica em relação a sua mãe, são qualificados com adjetivos de mal-estar e admitidos em **posição de desconforto**. Logo na pequena história 1, como antes dissemos, Afrodite atribui a sua mãe um estranhamento à gordura/obesidade, enquanto que os pediatras assim o fazem em relação à Afrodite desenvolvida, mais velha, quando a obesidade não era esperada. Este estranhamento à Afrodite como gorda e/ou à gordura ao longo da vida caracteriza uma qualificação de desconforto dirigido a si mesma. Mas as adjetivações de desconforto e um enredo no qual sua condição de obesa é criticada permanecem em relação ao ambiente familiar. Nos fragmentos de pequenas histórias seguem exemplos, onde os qualificadores estão sublinhados: “Então (+) querendo ou não, na minha própria casa, dentro de casa mesmo eu sentia o preconceito” (PH2), “Tipo assim, não com meu pai, mas com minha mãe, assim, uns atritos, já saí de casa por conta (+), não, assim, sair de casa, fui morar na casa de uma tia, justamente pra fazer regime” (PH7). Afrodite nos diz dos constrangimentos sentidos em casa, como referência a sua família, e assim os atribui posições de desconforto. Destaque particular merece o personagem “o gordo”, mencionado na pequena história 6. Sobre ela Afrodite nos diz:

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina
Pequena História 6 (PH6)
Situação-Problema: O apoio dos amigos

- 1 assim, porque você come, o, o gordo ele come porque tá com fome,
- 2 e come por raiva de que tá comendo aquilo que é demais, que sabe que vai engordar,
- 3 porque tem esse problema de, de o que comer engordar exageradamente (+).

Afrodite inicialmente vai exemplificar o que se passa com uma pessoa obesa com o uso do pronome “você”. Neste caso, ela pode estar se referindo a mim, sua interlocutora, a uma pessoa não específica ou a ela mesma. Mas em seguida, Afrodite parece achar mais adequado mudar esta referência e então coloca o personagem “gordo”, uma pessoa problemática, cujo problema é comer exageradamente, e que come com raiva por saber que vai engordar. Afrodite fala, então, dos dissabores do gordo e o posiciona em desconforto. Ela, assim, não somente problematiza a condição de gordo, atribuindo-lhe referências de desconforto, como, considerando os enredos das histórias anteriores, ao usá-lo como ser (um personagem), e não como adjetivo, no caso, o de ser gordo, ela evita usar este atributo para si mesma, ou seja, de dizer, por exemplo: “eu, quando era gorda”. Ela fala do que conhece, do que sabe que se pode viver por ter sido obesa, mas agora, como cirurgiada, evita esta qualificação para si mesma. O que parece coerente com a posição de rejeição na qual se coloca neste espaço-tempo. Afrodite assumia um lugar moral de rejeitada enquanto obesa e, cirurgiada, não admite se colocar com esta adjetivação, uma vez que hoje ela se aceita bem mais.

Durante a cirurgia, Afrodite fala agora de outros personagens: as meninas da faculdade, a tia, a psicóloga, a família - indicada como “todo mundo lá em casa” -, além de especificamente pai, mãe, irmão, vizinho e a equipe do hospital - referida genericamente por “todo mundo” e especificamente por enfermeira, médico e a pessoa que vai limpar seu quarto.

Neste espaço-tempo, Afrodite parece usar uma única **posição de desconforto**, desta vez para a psicóloga de um dos hospitais onde tentou fazer a cirurgia. Esta posição não foi em nosso processo analítico atribuída por qualificadores que Afrodite tenha dirigido à psicóloga, em função de trechos de sua fala estarem registrados como “incompreensível” na transcrição, mas o enredo indica uma associação de Afrodite a qualificadores de desconforto ao hospital desta psicóloga e a sua situação

lá: “Já freqüentei muitas reuniões lá no ((diz nome de um hospital A)), e não saía do lugar, porque eu poderia estar com todos os meus exames prontos, mas eu não conseguia marcar com a psicóloga, (+) que era a psicóloga do programa e era ((incompreensível)), era (+) foi muito difícil”. Outros personagens são mencionados por sua contribuição para que Afrodite faça a cirurgia, desenvolvendo, no enredo, ações de apoio a ela, como as meninas da faculdade, pai, irmão, tia, vizinho. Afrodite, entretanto, não os qualifica, não atribui a eles adjetivações. Vejamos como exemplo: chegando ali naquela catraca (+) é meio complicado de passar/.../. Tanto é que vinha ou meu pai ou meu irmão ou meu primo, tio ou o vizinho (+) me traziam de carro” (PH9). Como Afrodite fala seguidamente no apoio recebido, trataremos a menção a estes personagens como posições de conforto, destacando sua participação no enredo na história e em reconhecimento às ações que desenvolveram para que a cirurgia fosse feita, ou seja.

A equipe do hospital e familiares, por sua vez, receberam qualificações de conforto, em enredos no quais Afrodite enfatiza a satisfação destes e dela mesma, justificando a **posição de conforto** que coloca a cada um deles. Vejamos no quadro 26 adiante.

Quadro 26. Qualificadores e tipos de qualificadores de Afrodite, a partir da análise de fragmentos das pequenas histórias, do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, durante a cirurgia.

Personagem	Fragmentos de Pequenas Histórias	Qualificador	Tipo de Qualificador
Família (“todo mundo lá em casa”), mãe, todo mundo	acho que todo mundo lá, lá em casa, principalmente minha mãe, que foi a (++) que eu briguei, sabia, que eu achava que ela não me entendia, coisas do tipo assim (+) acho que ela foi uma das pessoas que ficaram mais feliz (PH9).	Felicidade	Conforto
Médico, enfermeira, pessoa que vai limpar seu quarto (“todo mundo”)	a equipe de doutor ((diz nome do médico)), todo mundo, sabe, da pessoa que vai lá limpar seu quarto (+) quando você tá lá, desejando boa sorte, da enfermeira, do próprio médico (+) todo mundo, assim foi, eu passei uma semana aqui, mas foi assim uma semana ótima, as pessoas, sabe, o carinho, o tratamento que você recebe (+) (PH10)	Carinho	Conforto

Depois da cirurgia, como vimos, Afrodite demarca, em seu discurso, duas subdivisões espaço-temporais: os primeiros trinta dias e depois deste primeiro mês após a cirurgia. No primeiro caso, Afrodite se refere à família e amigos quando em sua chegada em casa após a cirurgia, mas não os qualifica, mas sugere uma receptividade saudosa pela metáfora por ela usada: “E aí (+) me internei na segunda, me operei na quarta e no domingo eu fui pra casa (+). E aí todo mundo lá em casa, família, amigos, todo mundo, parecia que eu tinha, cheguei de viagem e passou um ano fora (+)”, que nos permite, pelo enredo, indicar uma **posição de conforto**. Mas ao tratar de sua recuperação, passada esta recepção, Afrodite já atribui exclusivamente a sua mãe uma **posição de desconforto**, por ser ela a única que recebe qualificação neste período, como coagindo e contrariando os interesses de Afrodite. Assim ela diz: “Eu vivia cheia e eu tinha que tomar aquilo, porque minha mãe me obrigava e eu não queria tomar (+). Mas aí passou” (PH12). Afrodite fala nestas pequenas histórias 11 e 12 majoritariamente de si mesma e de seu mal-estar, posicionando-se em desconforto como anteriormente dissemos.

Passado o primeiro mês, Afrodite faz agora novos posicionamentos. Como personagens ela se refere a: pessoas e família, para quem ela usa a referência de “lá em casa”. Para estes personagens os qualificadores usados são de conforto, à exceção das “pessoas”, que Afrodite menciona em relação ao momento cronológico anterior à cirurgia e sua impressão de que a olhavam estranho. Para este personagem ela atribui uma **posição de desconforto**. Para as demais, as qualificações são de conforto: “Faria dez vezes, cinquenta vezes, passaria três meses internada. Não me importaria, só pelo prazer (+) de poder ver que a roupa tá folgada, de poder receber um elogio dos meus pais (+) ‘Karina, como tá magra, oh, ((diz seu nome)) não sei o que’” (PH17); “Tive o apoio e ainda tô tendo, assim, porque lá em casa antes era pizza direto, quase todo dia a gente comia pizza lá em casa. E hoje mais não” (PH18). Seus pais, então, elogiam-na, apóiam-na e estes qualificadores, nos enredos destas pequenas histórias, constituem **posição de conforto** para estes personagens. Afrodite faz menção ainda a outros personagens, que, em outros períodos desenvolvem ações e são qualificados

na narrativa, mas que neste espaço-tempo não recebem adjetivação e no enredo constituem objeto da ação de Afrodite: “Porque, assim, acho que eu segui (+) tudo o que a nutricionista falou, tudo que, que (+) doutor ((diz nome do médico)) falou” (PH18). “Tudo o que a nutricionista falou” é, como entendemos, objeto da ação “seguir” e, no enredo desta história não constituiu um posicionamento moral para esta personagem.

Findamos aqui a análise de posicionamento 2. Iniciemos agora o processo analítico sobre o posicionamento de Afrodite em relação à narrativa social da bioidentidade.

4.2.3. Análise de Posicionamento 3: Afrodite a narrativa social da bioidentidade

- **Reflexividade**

A posição de rejeição comum ao **espaço-tempo anterior à cirurgia** é construída por Afrodite recorrendo a reflexividade, autonomia, vontade e emocionalidade como eixos organizadores de sua narrativa. Quanto à reflexividade, que retomamos nossa definição como quaisquer atos realizados por um personagem e dirigidos a objetos, e que estejam relacionados à vigilância pessoal pelo respeito a referenciais médicos, estéticos e/ou de saúde presentes nos recursos explicativos associados a uma ação e/ou ao objeto da ação. É identificada na narrativa pelos personagens, ação, objeto e recursos explicativos na narrativa.

Afrodite, assim como Ísis, tem também uma forma particular de construir uma narrativa com eixo de reflexividade e que não se dá pela taxação contínua à qual se referia Ortega (2005b) na narrativa social da bioidentidade. **Antes da cirurgia**, sua reflexão se faz sobre (1) o ganho de peso e (2) o emagrecimento. Nestes dois casos, importa a Afrodite identificar porque, como, onde, quando se dá o ganho e/ou a perda de peso. Embora ela em sua narrativa não fale em orientações médicas, a temática de sua reflexão está relacionada à saúde e é objeto de interesse de profissionais da área.

Em três pequenas histórias esta reflexão é feita. Na pequena história 1, quando ela diz “Assim, é (+) desde pequenininha, já (+) já nasci gordinha, mainha fala”. Afrodite parece estabelecer a primeira reflexão sobre o ganho de peso, estabelecendo sua origem, ao nascimento. Neste caso, ela se refere ao personagem identificável pelo pronome “eu”, que realiza a ação nascer e como recursos explicativos podemos indicar o “gordinha” e o “desde pequenininha”, atrelados ao verbo e especificando que este nascimento se fazia sob a condição específica de ser gordinha. Na continuidade de sua narrativa, Afrodite passa a tratar do ganho e da perda de peso simultaneamente, e ela parece tentar buscar uma explicação para definir como, em quais condições ambos acontecem. Vejamos como exemplo a pequena história 5, onde também ilustramos o processo analítico realizado.

Quadro 27. Processo analítico para a reflexividade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, antes da cirurgia.

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina Pequena História 5 (PH5) Situação-Problema: Perder e recuperar peso		
Já tentei muitas vezes assim fazer regime, já fui pra spa, mas assim eu perdia, mas recuperava em tempo assim de um mês, dois meses, eu perdia, passava o que, seis meses me tratando pra perder vinte quilos, eu acho que o máximo que eu já perdi antes da cirurgia (+). E depois, com três meses, eu me lembro, é (+) em três meses, assim, no, no natal eu já tava gorda de novo, sabe? Engordei praticamente quase o dobro (+). Isso querendo ou não, machucava.		
Personagem e Ação	Objeto	Recursos Explicativos
Já tentei	Muitas vezes fazer regime	--
Já fui	pra spa	--
Mas assim eu perdia	--	--
mas recuperava	--	em tempo assim de um mês, dois meses,
eu perdia	vinte quilos	passava o que, seis meses me tratando pra perder vinte quilos, eu acho que o máximo que eu já perdi antes da cirurgia (+)
eu já tava	gorda de novo, sabe	E depois, com três meses, eu me lembro, é (+) em três meses, assim, no, no natal
Engordei		praticamente quase o dobro (+). Isso querendo ou não, machucava.

Nesta pequena história, Afrodite fala de um processo relativo a ela mesma, pela indicação do pronome “eu” e no qual ela perde e ganha peso, pelo uso dos verbos recuperar, perder, engordar. Os

recursos explicativos nos auxiliam a entender o modo pelo qual ela entende este processo: em seis meses perdia vinte quilos, mas em três meses engordava praticamente o dobro.

Nesta reflexividade não importam as calorias dos alimentos ou o tipo de exercício que deve fazer, mas uma equação especial de quanto pode perder ou ganhar por mês e em quais redes de relações: peso $\times$ espaço-tempo, considerando este, como dissemos, momento cronológico, lugar geográfico e arranjos sociais (como os profissionais do SPA, por exemplo). Assim também o faz ao narrar seu afastamento de sua família para a casa de sua tia, na pequena história 7: “fui morar na casa de uma tia, justamente pra fazer regime, porque eu achava que em casa eu não ia conseguir /.../. Aí ficava lá, meses (+) três meses, seis meses (+) e achava melhor”. Vemos mais uma vez a menção ao regime, novamente atrelado ao tempo, em lugar específico (casa da tia) e nas relações sociais típicas de lá, com suas regras, hierarquias, condições econômicas, redes de poder. A equação mais uma vez é usada como uma reflexão que Afrodite faz de si, específica para ela mesma, e em relação a uma preocupação comum relacionada à saúde: como se ganha e como se perde peso.

Em relação à narrativa social da bioidentidade vemos que Afrodite cria então indicadores particulares para que ela avalie sua saúde, especificamente no que lhe interessa neste espaço-tempo. Faz então uma afiliação criativa a este discurso dominante, pela criação de uma equação particular, que não toma como referência, ao menos nesta narrativa, indicadores biomédicos e nutricionais, específicos à alimentação e ao metabolismo. Afrodite não se volta às propriedades dos alimentos ou quaisquer parâmetros científicos, de domínio da ciência, como convencionalmente somos orientados por profissionais especializados. Reflete sobre si mesma, faz autoperitagem, mas na narrativa pessoal cria uma “fórmula” particular, com variáveis comuns a sua vida, a sua história de perda e reganho de peso. Ela então se cuida considerando estas variáveis, numa reconstrução e especificação à reflexividade narrativa social da bioidentidade para cirurgiados que viveram a obesidade.

Durante a cirurgia, Afrodite passa a refletir de forma diferenciada, e seu foco agora passa a ser a cirurgia, em dois aspectos: (1) as dificuldades relacionadas a fazer a cirurgia e (2) as condições

de realização da cirurgia no hospital. No primeiro caso, e em consonância com a posição de superação que assume neste espaço-tempo, Afrodite elenca as dificuldades: liberação por parte da psicóloga do primeiro hospital no qual tentou fazer a cirurgia, as dificuldades de locomoção para frequentar o hospital e participar do programa. Tomemos como exemplo:

Quadro 28. Processo analítico para a reflexividade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, durante a cirurgia.

Personagem e Ação	Objeto	Recursos Explicativos	PH
E aí teve vez que eu tentei desistir	--	porque (+) praticamente tava aqui duas vezes no mês. É difícil por quê? Porque (+) eu sempre tive assim muita dificuldade no ônibus,	9
Chegando	ali naquela catraca (+)	é meio complicado de passar, e eu achava que as pessoas iam ficar olhando pra mim, eu ficava logo nervosa.	9
eu passei	uma semana aqui,	mas foi assim uma semana ótima, as pessoas, sabe, o carinho, o tratamento que você recebe (+)	10

Notemos que, para ambos os fragmentos acima apresentados, ela não fala de orientações médicas, embora a decisão por fazer a cirurgia seja uma decisão pautada nestas recomendações e a estadia no hospital se faça para intervenção médica e em prol de sua saúde. O que parece ser relevante para Afrodite como reflexividade em sua narrativa na entrevista com a pesquisadora é o que ela, como paciente, viveu até a semana em que fez a cirurgia: os pontos positivos de sua estadia no hospital e os atropelos envolvidos em mais de um ano na espera pela cirurgia. A saúde é um tema central, pelo foco na operação: há referência aos profissionais que trabalham no hospital, ao processo envolvido na espera e que caracteriza a rotina de um hospital em particular. Assim sua narrativa se afilia à narrativa social da bioidentidade no que tange à reflexividade. Mas sua narrativa pessoal também reconstrói este discurso dominante quando, nela, a taxaçã o contínua de si não é feita sobre índices de glicose, colesterol, ou quaisquer outros indicadores biomédicos para sinalizar seu bem-estar, sua saúde. Afrodite faz uma autoperitagem, mas o que toma como indicadores são os enfrentamentos passados por uma pessoa, que mora no interior, não dispõe de automóvel próprio,

participa do programa daquele hospital e nele se submete à cirurgia. E estes indicadores, em sua narrativa, dizem que ela sofreu, mas também foi confortada.

No espaço tempo depois da cirurgia, especificamente no primeiro mês, Afrodite narra sua reflexão sobre sua recuperação ao pós-cirúrgico e as dificuldades vividas neste período. Aqui, diferentemente do que tivemos anteriormente, Afrodite se reporta às orientações médicas e é exatamente à dificuldade por segui-las a que ela se reporta. Quando, na pequena história 12 Afrodite diz a sua prima sentir um “arrependimento profundo”, justifica-se usando os seguintes recursos explicativos: “‘Por que eu fiz isso, não sei o quê, eu tenho que tomar isso de meia em meia hora’, que é uns copinhos pequenos de meia hora/.../ porque minha mãe me obrigava e eu não queria tomar (+)”. Assim Afrodite, neste espaço-tempo, toma as orientações médicas como referência para suas ações; mesmo não tendo, por vezes, interesse em cumpri-las, elas pautavam suas decisões e sua relação com outros personagens.

Passado o primeiro mês, a narrativa de Afrodite contempla a reflexividade pelo cuidado de si voltado mais especificamente à perda de peso, o que o faz pelo (1) uso de referências especializadas e (2) reconstruindo sua equação pessoal, agora adaptada às orientações e intervenções de profissionais de saúde que desta vez considera; a equação agora contempla peso x espaço-tempo (momento, lugar e arranjos sociais) x intervenção técnica. Afrodite mantém uma preocupação que envolve sua forma particular de dar conta do ganho e da perda de peso, mas fala de uma alimentação seletiva, na qual exclui alimentos e bebidas habitualmente não recomendados, define uma alimentação mais apropriada, excluindo a alimentação do espaço-tempo anterior à cirurgia. Considere, por exemplo, o que ela diz, sublinhados os recursos explicativos usados em relação ao pronome “eu”: “Tô feliz, tô bem, tô caminhando assim, aos poucos (+). Não é uma perda, apesar de que estou com três meses, já é uma perca (+) assim razoavelmente. Eu antes da cirurgia jamais iria perder 34 quilos em três meses (+)” (PH14). Nestes fragmentos vemos personagem, ação e objeto, atrelados aos recursos explicativos, permitirem-nos dizer que, após cirurgia, Afrodite consegue

perder uma quantidade de peso “y” (34 quilos), em um tempo “x” (três meses), em lugar geográfico e arranjo social não especificados, mas com uma intervenção técnica definida: a cirurgia bariátrica.

No uso da equação é para Afrodite uma referência para o sucesso da cirurgia e o insucesso das tentativas anteriores para perder peso e é para ela uma forma particular de refletir sobre sua saúde. Na modificação que faz nesta equação, a reflexividade em sua narrativa inclui referências técnicas, comuns ao campo da ciência. Ela agora respeita critérios técnicos para o que deve e o que não deve ser comido, reconhecendo o respeito às orientações de profissionais. Vejamos uma pequena história em que Afrodite melhor diz desta consideração aos referenciais de saúde que agora possui.

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina

Pequena História 18 (PH18)

Situação-Problema: Seguindo orientações especializadas em sua alimentação

- 1 Não senti dor, não senti febre, nada, nada disso.
- 2 Porque, assim, acho que eu segui (+) tudo o que a nutricionista falou,
- 3 tudo que, que (+) doutor ((diz nome do médico)) falou.
- 4 Tive o apoio e ainda tô tendo, assim, porque lá em casa antes era pizza direto,
- 5 quase todo dia a gente comia pizza lá em casa.
- 6 E hoje mais não. Quase todo final de semana, assim (+) era uma comida diferente,
- 7 Era (+) se a gente fosse pra uma pizzaria pra comer.
- 8 Hoje eu vou pra uma pizzaria tomo suco, um copo de, de suco.
- 9 E hoje eu já posso tá comendo assim, é (+) bistequinha (+) de frango,
- 10 porque acho que a carne, assim, fora, vez ou outra, é:: não segura não. Aí dá vontade de vomitar.
- 11 Eu não gosto de vomitar (+) não quero e (+) tô bem, hoje eu saio.
- 12 Lá em casa tem mudado também. Hoje já é uma sopinha à noite.
- 13 E antes tinha que ter arroz, feijão, macarrão, carne (+)
- 14 Hoje mais não, é só um queijinho com, com leite, com café, meia xícara, porque eu não tomo mais do que isso.

Nesta pequena história Afrodite não ressalta a perda de peso, mas destaca como suas ações, especificamente aquelas relativas à alimentação, são, nos dias atuais, reguladas por orientações de profissionais de saúde (linhas 2 e 3). Os alimentos que ela come são selecionados a partir de critérios técnicos e as justificativas incluem uma ciência de que o alimento pode ou não lhe causar um bem-estar em função da cirurgia realizada, como no caso em que ela diz que pode comer bife de frango, mas não pode comer carne, e usa como recurso explicativo a vontade de vomitar, uma vez que a carne “não segura não”, supostamente se referindo a não ser possível ser feita sua digestão por não se manter no estômago (linhas 9 e 10).

Vemos que a afiliação à narrativa social da bioidentidade se mantém com as particularidades da criação de indicadores pessoais, mas a intervenção de profissionais de saúde aparece em sua organização narrativa, como nova variável que ela considera para explicar a perda de peso e assim refletir sobre si mesma nos dias atuais. O Quadro 29 sintetiza a reflexividade na narrativa de Afrodite nos espaços-tempos de antes, durante e depois da cirurgia.

Quadro 29. Reflexividade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.

Reflexividade		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
Sua reflexão se faz sobre (1) o ganho de peso e (2) o emagrecimento. Para tanto, Afrodite usa uma equação pessoal que envolve: peso x espaço-tempo, sendo este último o momento (cronológico), lugar (geográfico) e os arranjos sociais.	Reflete sobre (1) as dificuldades relacionadas a fazer a cirurgia e (2) as condições de realização da cirurgia no hospital. Ou seja, os pontos positivos de sua estadia no hospital e os atropelos envolvidos em mais de um ano na espera pela cirurgia.	No primeiro mês após a cirurgia reflete sobre sua recuperação ao pós-cirúrgico e as dificuldades vividas. Passado o primeiro mês , a reflexividade se dá pelo (1) uso de referências especializadas e pela (2) reconstrução de sua equação pessoal que agora contempla peso x espaço-tempo x intervenção técnica.

- **Autonomia**

A autonomia, como temos visto, é um dos eixos organizadores da narrativa social da bioidentidade na qual se trata de ações realizadas pelo personagem e que estejam relacionadas ao cumprimento de orientações médicas, estéticas e/ou de saúde. Pode ser identificada pelas categorias (1) personagem, (2) ação realizada e (3) objeto da ação, sendo importante ao pesquisador reconhecer a ação desenvolvida pelo personagem e/ou seu objeto como relacionados à saúde, assim como identificar o personagem que desenvolve esta ação.

Antes da cirurgia, dissemos que Afrodite se coloca no lugar moral de rejeição. Esta posição é definida em meio a um conjunto de ações que Afrodite desenvolve para esconder-se, esquivar-se

do convívio social, mas também para tentar emagrecer. Antes da cirurgia bariátrica, várias são as iniciativas de Afrodite para perder peso, o que nos parece caracterizar um movimento constante de autonomia pelo cuidado consigo tomando como referência determinações voltadas à saúde e/ou à estética. Ela tenta fazer regime, afasta-se de casa para morar com a tia para conseguir perder peso, vai ao SPA e procura psicólogos: “Já tentei muitas vezes assim fazer regime, já fui pra spa” (PH5). Notemos como as ações realizadas por Afrodite e o objetos destas ações (fazer regime e ir ao spa) são relacionados à saúde e à estética, e sua realização pode contar com orientações e supervisões técnicas. É com esta narrativa de autonomia, de quem busca o emagrecimento que ela constrói também em sua narrativa a posição de rejeição.

Um elemento em especial caracteriza a autonomia de Afrodite em sua narrativa pessoal quanto a esta autonomia. Ela constrói uma narrativa particular, que chamamos por **autonomia compartilhada, definida como uma narrativa em que a responsabilidade do personagem é atrelada à ajuda, ao apoio que receba de outros personagens na história, na realização de ações e/ou referência a objetos relacionados a orientações voltadas à saúde e/ou à estética**. A ideia aqui é salientar que, para realizar uma ação, um personagem conta com a ajuda de outro personagem na história, compartilhando, assim, a responsabilidade pela execução desta ação.

Ao longo das pequenas histórias que antecedem a cirurgia, Afrodite não assume, sozinha, a responsabilidade por cuidar de si, por ser vigilante ao cumprimento às recomendações médicas, mas com frequência reconhece o suporte de pessoas de sua família, amigos, profissionais especializados para o cuidado consigo. Ao longo de sua história, Afrodite faz menção a um ponto recorrente, que é o apoio que ela recebia ou deixava de receber de psicólogos, de sua mãe, de seu pai, dos amigos, da tia. Este apoio é reconhecido nesta análise como uma diferenciação da narrativa pessoal de Afrodite em relação à narrativa social da bioidentidade. Neste discurso dominante, vale salientar, faz-se menção à biossociabilidade, como um tipo de relação social construída em função de objetivos comuns relativos à saúde e que não estão voltados à coletividade de uma forma geral - como grupos

de doentes de leucemia ou de apoios a estes doentes, de emagrecimento, de diabéticos. Enfim, é a saúde o elo integrador entre as pessoas desta “sociabilidade biológica”. Não é o caso, pois, do apoio que Afrodite narra. Ela não pertence, antes da cirurgia, a um grupo reunido em prol de referenciais médicos. As pessoas as quais se refere fazem parte de sua vida, têm seus próprios objetivos e não estão reunidas em prol de um objetivo comum. Mas constituem, na narrativa de Afrodite, uma sociabilidade de apoio para que emagreça, para que, no caso dos psicólogos, reflita sobre seu problema de não se aceitar, ou mesmo a conscientize quanto as consequências de ser obesa. Como diz Afrodite: “e em casa por uma parte eu tinha apoio e outras vezes não, porque, ‘ah, tu não pode comer isso, ah porque não sei o que, ah porque tu nunca vai arrumar um namorado tu gorda deste jeito’” (PH2); “E fica aquilo assim, por uma parte às vezes assim um apoio em casa” (PH4); “assim, eu era, assim, já fui, hoje mais não (+) realmente assim, depressiva, de não sair quase de casa, de não ter, assim, muito apoio” (PH6). No enredo da autonomia compartilhada, Afrodite parece reconhecer a participação das pessoas como importante para que ela tente se aceitar. É o que veremos também, quando analisarmos o espaço-tempo depois da cirurgia, quando Afrodite voltará a falar desta ajuda, mas desta vez especialmente dirigida ao cumprimento das determinações dos profissionais de saúde.

Outro ponto importante a destacarmos em relação à autonomia, é que, embora Afrodite assuma a responsabilidade por perder peso e também compartilhe esta responsabilidade com outros, ela não assume a responsabilidade por engordar. Afrodite não fala em comer excessivamente e, quando o faz, o faz pelo personagem “o gordo”, representando as pessoas gordas que comem muito. Ela não fala de si mesma como personagem que realiza a ação de comer muito, ou na ação de comer atrelada a alimentos como objetos que sejam calóricos ou que tenham propriedades favoráveis ao ganho de peso: “já fui pra spa, mas assim eu perdia, mas recuperava em tempo assim de um mês, dois meses, eu perdia /.../ E depois, com três meses, eu me lembro, é (+) em três meses, assim, no, no natal eu já tava gorda de novo, sabe?. Afrodite fala da gordura como um estado, ela estava gorda, mas não fala das ações que a fizeram engordar e, assim, omite, na narrativa pessoal, sua

responsabilidade no ganho de peso. Em síntese, Afrodite assume a responsabilidade por emagrecer, esta responsabilidade é compartilhada com familiares e profissionais, mas não se refere às ações que desenvolve para o ganho de peso.

Durante a cirurgia, Afrodite mantém-se assumindo a responsabilidade por cuidar de sua saúde, mas desta vez o cuidado implica em realizar um conjunto de ações sob orientação e supervisão de profissionais de saúde, no caso, tentar realizar a cirurgia bariátrica. Ela vai a mais de um hospital, faz exames, e também divide com outros personagens a responsabilidade por suas ações, no caso específico, de freqüentar o programa: “Até que eu vim com minha tia aqui (+) pra saber se tinha (+)” (PH8). Neste caso, a tia é vinculada à Afrodite como recurso explicativo à ação de “vir” e ao objeto “aqui”. Mas neste recurso se explica que a ação é realizada na parceria de, “com” outro personagem e este é o ponto importante para caracterizar a autonomia compartilhada. De forma semelhante temos no fragmento da pequena história 9, onde em sublinhado destacamos o recurso explicativo da ação “ficar” e do objeto “logo nervosa”, relacionados ao pronome “eu”: “eu ficava logo nervosa. Tanto é que vinha ou meu pai ou meu irmão ou meu primo, tio ou o vizinho (+) (PH9). A vinculação à ação se dá mais uma vez pelo recurso explicativo. Dizemos, então, que Afrodite mantém em sua narrativa uma autonomia compartilhada, fazendo uma afiliação particular à narrativa social da bioidentidade: ela é autônoma, essa autonomia é voltada ao cuidado de sua saúde, além de marcada pela ação de Afrodite e de outros personagens em sua história. Destaca-se, ainda, a importância dos recursos explicativos, até então mais freqüentemente atrelados às narrativas quando à reflexividade, mas que, para caracterizar a co-responsabilidade, passam a ser importantes.

Durante o primeiro mês da cirurgia, Afrodite continua a assumir uma autonomia compartilhada, mas, desta vez, com algumas particularidades. Afrodite resalta seu desconforto por seguir as recomendações médicas, mantém-se cuidando de si, mas acentua a responsabilidade materna, destacando seu desinteresse e omissão por seguir as recomendações necessárias: Afrodite sente um arrependimento profundo por ter feito a cirurgia e não quer cumprir as determinações

médicas. Mais uma vez se refere a ações que desenvolveu conjuntamente, em companhia de sua mãe: “Eu me lembro que na quinta-feira de noite (+) é:: eu fui no banheiro com mainha” (PH11). Notemos que à ação de “ir” desenvolvida por Afrodite no uso do pronome “eu” é associada ao recurso explicativo “com mainha”, e assim caracteriza a autonomia compartilhada. Notemos também que esta autonomia é agora dirigida ao cumprimento de recomendações especializadas e à recuperação no pós-cirúrgico imediato: “eu tenho que tomar isso de meia em meia hora’, que é uns copinhos pequenos de meia hora, e você (+). Eu vivia cheia e eu tinha que tomar aquilo, porque minha mãe me obrigava e eu não queria tomar (+) (PH12)”. É o recurso explicativo, sublinhado no fragmento da pequena história, que sugere que Afrodite contava com o apoio de sua mãe para seguir a dieta recomendada neste período, e que esta assumia a responsabilidade por cuidar dela, contrariando, inclusive, sua própria vontade.

De forma semelhante teremos **após estes trinta dias**. O cuidado de Afrodite se mantém e também se mantém a relação deste às recomendações médicas. Neste sentido, ela fala diretamente em “apoio”, como objeto relacionado ao pronome “eu” e à ação “ter”, ratificando a colaboração de sua família, indicada pela referência a “lá em casa”: “Tive o apoio e ainda tô tendo, assim, porque lá em casa antes era pizza direto, quase todo dia a gente comia pizza lá em casa” (PH18). O recurso explicativo no qual ela esclarece que em sua casa antes se comia pizza, também nos auxilia no entendimento da co-responsabilidade assumida por sua família em relação ao cuidado com Afrodite. É importante ressaltar, entretanto, que esta autonomia compartilhada se caracteriza também pela responsabilidade assumida por Afrodite na realização de ações que garantam sua saúde, de forma diferente do que acontecia nos primeiros trinta dias, quando ela acentuou a participação de sua mãe. Notemos, em sublinhado no Quadro 30 adiante, como personagem, ação e objeto estão relacionados ao cuidado de Afrodite por ela mesma e às orientações de profissionais especializados, como médicos e nutricionistas.

Quadro 30. Processo analítico para a autonomia em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, durante a cirurgia.

Personagem	Fragmentos de Narrativa	PH
Afrodite ("eu")	Então assim foi uma escolha que eu fiz, eu sei disso, eu excedi meus limites. <u>Estou há três meses sem tomar ((diz nome de refrigerante))</u> .	15
	Porque, assim, acho que <u>eu segui (+) tudo o que a nutricionista falou, tudo que, que (+) doutor ((diz nome do médico)) falou</u> .	18
	<u>Tô seguindo</u> , e eu sei que vou conseguir mais ainda seguir, <u>as regras</u> e ficar magra.	19

Temos mais uma afiliação à narrativa social pela autonomia que assume Afrodite para cuidar de si, tomando como referência o discurso médico e de outros profissionais da saúde especificamente voltados à recuperação pós-cirúrgica, representados pelas “regras” a serem seguidas. A ruptura na narrativa social da bioidentidade se faz pela narrativa de uma autonomia compartilhada, presente em todos os períodos na narrativa e na qual outros personagens, como familiares e amigos, dividem com Afrodite a responsabilidade pelo cuidado de si. A ruptura é peculiar porque, como ressalta Francisco Ortega (2005b), a dependência é contrária à autonomia. Numa sociedade em que se valoriza o autogoverno, a responsabilidade pessoal por cuidar de sua própria saúde, a mútua dependência e a reciprocidade são negados nas relações sociais. Vigilantes e controlados, os bioascetas condenam os dependentes, especialmente se o são pela falta de saúde e pelo exercício de comportamentos de “risco”. Afrodite se organiza de forma diferente e lida, em sua narrativa, com a autonomia compartilhada, na qual divide com o outro a responsabilidade por sua saúde, seja um profissional especializado da psicologia ou de um SPA, para quem paga pela prestação de serviços, seja com seus pares, de pessoas próximas, que participam de seu processo de busca pela perda de peso. Esta autonomia compartilhada ainda não caracteriza, como sabemos, a preocupação com o coletivo do qual fala Ortega (2005b) e que já caracterizou sociedades ocidentais em tempos mais remotos. Mas numa narrativa em que os personagens estão relacionados pela responsabilidade conjunta com o cuidado do outro, temos também uma diferenciação desta autonomia, uma quebra de seu princípio da

independência, que pode abrir possibilidades para uma nova forma de discurso, ainda que esta este voltada à saúde e à estética. O Quadro 31 sintetiza a autonomia nos espaços-tempos de antes, durante e depois da cirurgia.

Quadro 31. Autonomia nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.

Autonomia		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
Afrodite assume a responsabilidade por emagrecer, sendo sua família e profissionais co-responsáveis pelo cuidado de si. Não se refere às ações relativas ao ganho de peso, o que parece coerente com a rejeição que faz a si mesma como obesa. Destaque para os recursos explicativos	A autonomia compartilhada permanece, mas desta vez voltada a sua tentativa de realizar a cirurgia bariátrica. Ela assume esta responsabilidade e também a divide com familiares, amigos e vizinho.	Primeiro mês após cirurgia: Autonomia compartilhada com a mãe para cuidado de si em termos do respeito às recomendações no pós-cirúrgico imediato. Após 30 dias: mantém autonomia compartilhada, acentuando-se agora a responsabilidade que ela própria admite pelo cuidado de si e respeito as recomendações técnicas.

- **Vontade**

Quando analisamos a narrativa em termos da vontade, enfocamos o reconhecimento feito a um impulso, desejo ou qualquer outro elemento desencadeador de uma ação e/ou relacionado a um objeto e a um personagem. Na narrativa identificamos a vontade pelo personagem, pela ação, pelo objeto e pelo enredo. Alguns verbos são importantes para caracterização deste impulso, como, por exemplo, “querer”, “desejar”, “interessar”, quando a identificação da vontade se faz primordialmente pela ação; quando a caracterização se faz pelo objeto, a referência que se destaca é à “vontade” (ou qualquer outro narrado como impulsionador). Na narrativa de Afrodite veremos um processo de transformação bastante interessante em relação à vontade. Ela começa, antes da cirurgia, falando em falta de vontade, embora a análise do enredo de suas histórias nos permita falar no impulso para emagrecer. Durante a cirurgia ela não menciona qualquer desejo, mas veremos, depois da cirurgia,

uma narrativa rica no uso que faz ao “querer”, à vontade que passa a ter nos dias atuais. Vejamos como isto acontece.

Antes da cirurgia, Afrodite usa, uma única vez, o verbo “querer”, relacionado a ela mesma pela referência ao pronome “eu”. Quando o faz, Afrodite nega uma vontade específica, relacionada a “sair de casa”, na pequena história em que fala de quando vai morar na casa da tia. Assim ela diz:

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina Pequena História 7 (PH7) Situação-Problema: Foi morar na casa da tia

- | | |
|---|---|
| 1 | Aí ficava lá, meses (+) três meses, seis meses (+) e achava melhor, |
| 2 | porque eu em casa só vivia arengando com minha mãe, |
| 3 | brigas porque eu comia (+) |
| 4 | porque eu não queria sair de casa (+) essas, essas coisas assim. |

Quando analisamos os enredos de algumas pequenas histórias vemos também uma sequência de ações nas quais Afrodite ressalta seu interesse por perder peso. Ela passa de três a seis meses fora de casa, em um SPA ou na casa da tia, procura psicólogos e tenta fazer regime. Ou seja, no enredo que constrói nas pequenas histórias 5 e 7, ela se responsabiliza pelo emagrecimento, o que nos indica, pelo enredo, de uma vontade específica por emagrecer.

Ressaltamos, então, que neste período anterior à cirurgia, Afrodite narra a vontade de emagrecer e o desejo por afastar-se do convívio social. Aqui temos na narrativa de Afrodite uma particularidade em relação à narrativa social da bioidentidade. Neste discurso dominante faz-se menção àqueles que exercem comportamentos de “risco”, como o fazendo por falta de vontade de seguir as orientações de saúde e estéticas. Assim são caracterizados como desviantes, marginalizados, tomados como fracassados no cuidado de si. No caso de Afrodite, não é a vontade de comer como comportamento de “risco” que se sobressai em seu discurso. Mas a vontade por emagrecer, contando com ajuda de profissionais, e o querer claro e específico de não sair de casa, de não se relacionar, de não se expor. Em relação a ser magra, destacamos que Afrodite recorria a profissionais de saúde, como psicólogos, para saber qual era seu problema. Mas o desejo por perder peso, entretanto, não é atrelado, na narrativa, à saúde, como, por exemplo, para evitar o surgimento

de comorbidades ou qualquer afecção. Afrodite quer perder peso, em uma relação primeira à rejeição aos tecidos adiposos da qual nos fala Paula Sibilia (2004) e que se particulariza pela própria condição de esta rejeição se fazer na narrativa relativa a uma experiência de obesidade mórbida, que tem repercussões singulares para a saúde e para a qualidade de vida de quem a possui.

Outro ponto que podemos destacar se refere ao não querer sair de casa. Construindo esta narrativa, Afrodite rompe com a narrativa social da bioidentidade pela inclusão de um novo objeto relacionado ao desejo, ao querer. Se no discurso dominante este objeto é o comportamento saudável ou o de “risco”, ou seja, está em questão se as pessoas querem ou não seguir as orientações dos profissionais de saúde e da estética, em sua narrativa, além deste, é também o convívio social (“eu não queria sair de casa”) que é objeto de desejo de Afrodite. Temos assim a referência a algo que não parece estar relacionado à saúde ou a estética, mas que nos diz de uma vontade de um personagem e, como neste caso a personagem em questão é a própria narradora, na condição de gorda, em sua narrativa ela fala de uma vontade que a marginaliza pelo distanciamento aos referenciais médicos e estéticos, quando na experiência da obesidade. Para Afrodite, sua narrativa no que tange à vontade, antes da cirurgia, não se restringe ao ser magro, mas também ao não querer, por vezes, o relacionamento com seus pares, a exclusão social.

Durante a cirurgia, Afrodite não usa quaisquer dos verbos que elencamos como indicadores de vontade, ou faz menção a ela como fazendo parte de uma ação. Mas embora Afrodite não se refira diretamente a desejos pessoais ou a falta destes, ela fala, em mais de uma pequena história, de ações que permitiriam a realização da cirurgia, mesmo estas envolvendo constrangimentos pessoais. É na análise do enredo, então, que podemos falar de sua vontade por fazer a cirurgia bariátrica. Afrodite foi a dois hospitais, desistiu de fazer a cirurgia em um deles, se inscreveu no Programa de um terceiro, mesmo com trinta pessoas em sua frente na lista de espera, viveu os atropelos do deslocamento por ônibus, pediu a outras pessoas que a levassem ao hospital e fez a cirurgia mesmo após remarcada a data. Afrodite queria ser operada e é o enredo que nos permite falar disso, uma vez

que os verbos relativos ao querer e ao objeto vontade não são usados por ela. Em sua narrativa ela se afilia, sim, à narrativa social da bioidentidade, por seus desejos serem pautados em referenciais de saúde e/ou estéticos e serem importantes para cuidado que faz de si. No caso de Afrodite, que neste espaço-tempo era obesa mórbida, seguir estes referenciais é, ainda, tomar uma decisão que envolve um procedimento cirúrgico, cuja intervenção exige o acompanhamento de profissionais especializados e sua participação em um grupo orientado para este fim. A vontade narrada por Afrodite está imbuída de um discurso técnico, que diz de um convívio com um grupo de interesses comuns. A narrativa diz de uma vontade não somente por emagrecer, mas especificamente por fazer uma cirurgia bariátrica em um hospital da capital, fora do município em que reside, e que permitirá um efetivo emagrecimento. Mais ainda, a vontade narrada por Afrodite não é somente caracterizada pela particularidade do que deseja, mas pela forma com que este desejo é realizado. Sua vontade se define no enredamento de problemas que uma obesa mórbida vive até que uma cirurgia seja realizada. É uma vontade de seguir referenciais médicos e estéticos para emagrecer, por uma operação, mas que se afirma nas adversidades que, dia a dia, ela enfrentou ao lidar com profissionais de saúde. Não é somente o que deseja que marca sua narrativa, mas também como esse desejo se afirma, em um enredo de superação.

Depois da cirurgia e nos primeiros trinta dias, Afrodite fala mais uma vez em falta de vontade, desta vez para alimentar-se na frequência e do que tinha sido determinado pelos profissionais do hospital. “‘Por que eu fiz isso, não sei o quê, eu tenho que tomar isso de meia em meia hora’, que é uns copinhos pequenos de meia hora, e você (+). Eu vivia cheia e eu tinha que tomar aquilo, porque minha mãe me obrigava e eu não queria tomar (+)”. Esta é também a única referência que faz à vontade neste período e os enredos das pequenas histórias 11 e 12 seguem nesta direção, indicando da falta de vontade de Afrodite por respeitar as determinações comuns ao pós-cirúrgico. **Passados os trinta dias**, Afrodite usa, em sua narrativa, o verbo “querer” e o objeto “vontade” em uma diversidade de fragmentos de pequenas histórias, majoritariamente indicando a

presença de um impulso desencadeador da ação. No espaço-tempo posterior à cirurgia e logo que passa o primeiro mês, Afrodite sabe e diz o que quer e o que não quer.

Quadro 32. Processo analítico para a vontade em fragmentos de pequenas histórias do estudo de caso 2 Afrodite-Karina, depois da cirurgia.

Personagem	Fragmento de Narrativa	PH
Afrodite ("eu")	<u>Eu quero mais é perder, eu quero ficar magra.</u> Não digo, assim, magra, esquelética, porque eu nunca vou ficar, Mas (+) que eu possa me olhar no espelho e, sabe, me aceitar (+)"	15
	melhorou minha auto-estima no espelho, quando eu me vejo, assim. <u>E eu quero, quero chegar na minha meta de ser uma pessoa normal.</u> Entrar numa loja (+) 'Oh <u>eu quero esse vestido, quero essa calça</u> ', como (+) minhas colegas, como todo mundo, como uma pessoa normal/.../.	16
	E hoje eu já posso tá comendo assim, é (+) bistequinha (+) de frango, porque acho que a carne, assim, fora, vez ou outra, é:: não segura não. <u>Áí dá vontade de vomitar. Eu não gosto de vomitar (+) não quero</u> e (+) tô bem, hoje eu saio.	18
	Eu já tenho várias coisas. <u>Tá viajando, claro, tenho vontade também,</u> porque eu sei que, essa pequena mudança, querendo ou não eu vou ficar um pouquinho flácida tá, mas pouco importa porque eu <u>quero fazer (+) uma cirurgia, quero, quero não assim,</u> se eu for precisar aqui nas pernas ((incompreensível)), mas isso é o de menos, <u>eu quero mesmo é perder,</u> sabe-se lá com oitenta quilos, tô com cento e quinze, falta muito não.	19

Afrodite, então, pela primeira vez na narrativa, fala diretamente o que quer, e ainda especifica o que não quer. Chama-nos atenção aquela que parece ser a principal vontade de Afrodite, que ela define como meta, que é ser uma pessoa normal, ser como todo mundo. E ser normal, para Afrodite, parece ser definido como uma pessoa magra, não esquelética, que deseja as roupas que estão nas lojas. É poder dizer na loja que quer esse vestido, que quer essa calça, como ela faz, na narrativa, ao repetir o que suas colegas falam quando entram nas lojas. Como uma pessoa normal, Afrodite não quer vomitar, tem vontade de viajar e de parecer como todo mundo, sem o excesso cutâneo que pode ser retirado pela cirurgia plástica.

Notemos nestas vontades dois pontos em especial. Afrodite não fala da vontade de outras pessoas, mas daquelas que ela possui. Ela torna sua narrativa repleta de "querer" e o "querer" que está em foco é o dela, o de ninguém mais é ressaltado por Afrodite. O outro ponto é que, quando ela

usa o verbo “querer”, o objeto que é a ele associado está relacionado a um referencial estético de valor ao esbelto, tal como o fez desde antes da cirurgia, quando Afrodite construiu um enredo no qual ela queria emagrecer e não se referiu às benesses a sua saúde. Embora, então, ela use um discurso especializado, dirigido às especificidades de uma cirurgia bariátrica, porque é geralmente recomendada e realizada exclusivamente por profissionais da saúde, Afrodite mantém-se privilegiando valores estéticos. Ela não menciona querer ficar saudável, mas querer ficar magra, sua meta e sua condição de normalidade.

Reflitamos ainda sobre um de seus desejos que compõe a normalidade a qual se refere na narrativa: entrar numa loja e dizer que quer “esse vestido”, “essa calça”. A exclusão social que ela atribuía a si mesma, a marginalização que provocava a ela mesma é substituída, nesta posição de aceitação que agora se coloca, pelo querer conviver com o outro e dizer o que admite que as pessoas dizem, pela exposição de si mesma, em local público (uma loja), como fazem suas colegas, como faz todo mundo. Fazer a cirurgia plástica nas pernas e não querer vomitar são exemplos do uso que faz de um discurso dominante, especializado e típico dos profissionais de saúde ao qual ela agora recorre. Mas a vontade, como dissemos, não parece dirigida à saúde, ou evidenciada na narrativa quanto a este aspecto. A vontade é ser normal. Normalidade esta narrativamente definida em termos de um novo contorno corporal e da sociabilidade possível a esta nova condição, o que tomamos como estética e social.

Quadro 33. Vontade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.

Vontade		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
Narra a vontade por sua ausência de convívio social e, pelo análise do enredo, por emagrecer. Desvinculação ao interesse pela saúde e valorização por referências estéticas.	Não usa quaisquer dos verbos indicadores de vontade ou faz menção a este objeto como fazendo parte de uma ação. Pelo enredo diz-se de uma vontade de fazer a cirurgia bariátrica.	Primeiro mês após cirurgia: Falta vontade por seguir recomendações médicas. Após 30 dias: Vontade de ser normal: uma normalidade estética, na qual é magra, e social, por se expor e conviver.

- **Emocionalidade: novo eixo organizador da narrativa**

Nosso último item, emocionalidade, já identificado como eixo organizador na narrativa de Ísis, é assim identificado também na narrativa de Afrodite. Como definimos, é o reconhecimento pelo narrador do(s) sentimento(s) ou emoções vivido(s) pelo personagem na narrativa e que estejam relacionados a referenciais médicos, estéticos e de saúde, podendo ser identificado pelo personagem, pela ação ou estado do personagem e pelo objeto.

Antes da cirurgia, Afrodite, a exemplo da narrativa de Ísis, também inclui o que chamamos por emocionalidade. Ela se coloca em posição de rejeição recorrendo também a apresentação de suas emoções. Em sua narrativa, a emocionalidade extrapola a culpa mencionada na narrativa social da bioidentidade em função de não se seguir o discurso científico. Ela constitui, a exemplo do que vimos na narrativa pessoal de Ísis, um cenário de mal-estar, de desentendimento na família, que tem como cerne a obesidade, a experiência de estar gorda ou de voltar a ser gorda após perder peso.

Em alguns casos, Afrodite a emocionalidade se evidencia no objeto atrelado à ação indicada à Afrodite, no uso do pronome “eu”. Pronome, verbo e objeto são indicados nos fragmentos a seguir: “dentro de casa mesmo eu sentia o preconceito” (PH2), “muitas vezes eu passei, entre o que, os meus 18 até 20 anos, em depressão” (PH3). Neste último ressalta-se não somente a indicação do estado de Afrodite de depressão, mas também a intensidade com que ela atribui ao estado que viveu pela menção à duração desta depressão e de sua idade quando passou por ela: quando era uma jovem, aos dezoito anos de idade e por dois anos. Afrodite também fala de suas emoções pela ação desenvolvida por ela, constituindo um cenário de mal-estar onde vivia: “porque eu em casa só vivia arengando com minha mãe, brigas porque eu comia (+) porque eu não queria sair de casa (+) essas, essas coisas assim. Há também o sentimento de Afrodite como sendo descrito por uma ação gerada por outro, sendo, neste caso específico, uma situação na narrativa em que ela reganha peso após perder vinte quilos: “E depois, com três meses, eu me lembro, é (+) em três meses, assim, no, no natal eu já tava

gorda de novo, sabe? Engordei praticamente quase o dobro (+). Isso, querendo ou não, machucava” (PH5). Destaca-se, ainda, que neste espaço-tempo, Afrodite não se refere a sentimentos de alegria ou felicidade, mas, ao contrário, a constrangimentos sentidos por ela ou caracterizando a relação entre ela e sua família. Lembremos que Afrodite, neste período, se coloca em uma posição de rejeição, a qual são atrelados sentimentos de mal-estar.

Afrodite dá continuidade à narrativa organizando-a no que tange à emocionalidade nas pequenas histórias 8, 9 e 10 do **espaço-tempo durante a cirurgia**. Desta vez, Afrodite constrói narrativas em que a emocionalidade inclui sentimentos de bem-estar e de desconforto, uma vez que os constrangimentos pelas dificuldades até que faça a cirurgia estão atrelados às satisfações pela liberação para realizar a operação e a sua estadia no hospital. Nestes casos, Afrodite fala dos sentimentos dela, no uso do pronome “eu” e nos sentimentos de outros personagens, como a felicidade da mãe com a liberação para a cirurgia – “acho que ela foi uma das pessoas que ficaram mais feliz”(PH9) – o tratamento da equipe médica, “as pessoas, sabe, o carinho, o tratamento que você recebe” (PH10), estando sublinhados os objetos indicadores dos sentimentos recebidos. Destaque especial para o uso no pronome “você” para falar de si, uma vez que a pesquisadora, sua interlocutora, não tinha feito a cirurgia.

Já no **primeiro mês depois da cirurgia** há o uso exclusivo de referências a sentimentos de mal-estar, compatíveis com a posição de desconforto que Afrodite assume neste período. Arrendimento, tristeza, nervosismo, medo de morrer, como já vimos, são os únicos objetos atrelados a ela mesma. É também a única personagem que tem suas emoções descritas. Diferentes, entretanto, são as referências aos sentimentos de Afrodite **após a cirurgia**. Neste espaço-tempo, agora na posição de aceitação de seu processo de transformação, Afrodite narra agora um cenário de satisfação. Afrodite atribui a si mesma, no uso do pronome “eu”, verbos que indicam ações e estados de bem-estar, em oposição às qualificações de desconforto que usava nas pequenas histórias do espaço-tempo anterior à cirurgia: “Eu, eu sei que eu fiz essa escolha, sei que é o que eu quero, tô me

sentindo bem com isso. Já sofri tanto, sabe, com comida, assim, de não me sentir bem” (PH15); “melhorou minha auto-estima no espelho, quando eu me vejo, assim” (PH16). “Eu tô muito bem realizada, assim” (PH17) “Mas eu tô bem, tô ótima /.../” (PH19). Mas além desta satisfação, destes qualificadores de conforto que ela atribui a si mesma, Afrodite também parece ressaltar um aspecto particular na emocionalidade. Assim como vimos na vontade referências ao convívio, a relação com o outro como sendo importante a Afrodite, veremos na emocionalidade a importância do outro nas referências ao prazer. O prazer ao qual se refere parece estar vinculado a situações de trocas. Vejamos a pequena história a seguir, onde estão sublinhadas a especificidade do prazer ao qual Afrodite se refere:

Estudo de Caso 2: Afrodite-Karina Pequena História 17 (PH17) Situação-Problema: As mudanças após a cirurgia	
1	E a cirurgia assim foi, foi essencial assim pra minha mudança (+) e:: é isso.
2	Eu tô muito bem realizada, assim (+). Se me perguntar ‘faria de novo?’.
3	Faria dez vezes, cinquenta vezes, passaria três meses internada.
4	Não me importaria, <u>só pelo prazer (+) de poder ver que a roupa tá folgada,</u>
5	<u>de poder receber um elogio dos meus pais (+)</u> ‘Karina, como tá magra, oh, ((diz seu nome)) não sei o que’.
6	E poder vestir roupas que antes estavam mais dentro do meu guarda-roupa.
7	E uma que ‘ <u>oh, eu acho que dá em tu</u> ’ (+) eu chegava aqui, ou tentaria vestir, vestir uma camisola que,
8	assim, eu acho que tava com uns dois anos pra, dois anos não, mas há um certo tempo
9	e que era uma camiseta em mim, uma camisa (+) E hoje ela deu, folgadinha, quer dizer, ontem.
10	‘ <u>Olha, mainha essa camisola que tia te deu, já tá dando</u> ’,
11	então isso re, isso recompensa (+) qualquer (++) primeiro mês de, de cirurgia, porque é complicado.

Antes dissemos que a vontade que Afrodite parecia ter, depois da cirurgia, é uma vontade de ser normal, sendo esta normalidade definida por padrões estéticos e pelo convívio social. Nesta pequena história, vemos Afrodite narrar o que nos parece um prazer relacionado a outro, uma vez que em sua narrativa ela se refere a sentimentos desenvolvidos por ela em relação a um ou mais personagens, ou seja, atrelados à convivência com outras pessoas. Afrodite nos fala do prazer em receber elogio dos pais, mas também poder construir uma situação de conversação, de trocas simbólicas nas quais as pessoas ratificam, em sua fala, a transformação do contorno corporal de Afrodite, seja porque as roupas já cabem, seja porque elas admitem que Afrodite esteja magra. Em sua narrativa este prazer sentido com o reconhecimento social, que compõe a narrativa nas falas que

atribui a outros personagens, recompensa os desconfortos do primeiro mês da cirurgia e mesmo até passar outros infortúnios, como o de uma internação. Ressaltamos, então, que na narrativa de emocionalidade que Afrodite desenvolve depois da cirurgia, ela se refere a sentimentos de satisfação e aquelas emoções de mal-estar estão dirigidas aos momentos que antecederam a cirurgia. Ao espaço-tempo dos dias de hoje, cabe o prazer e a satisfação. Mais ainda, destacamos que o prazer tem dois pontos principais: o contorno corporal, no qual cabem as novas roupas, que precisam ser reformadas pela costureira, como também uma nova conversação que estabelece como o outro, seja o elogio que seus pais lhe dão, seja o comentário sobre uma roupa que agora dá. O quadro adiante resume as emocionalidade antes, durante e depois da cirurgia.

Quadro 34. Emocionalidade nos espaços-tempos antes, durante e depois da cirurgia no estudo de caso 2 Afrodite-Karina.

Emocionalidade		
Antes	Durante	Depois da cirurgia
Afrodite não se refere a sentimentos de alegria ou felicidade, mas, ao contrário, a constrangimentos sentidos por ela ou caracterizando a relação entre ela e sua família. Lembremos que Afrodite, neste período, se coloca em uma posição de rejeição, a qual são atrelados sentimentos de mal-estar.	Afrodite constrói narrativas em que a emocionalidade inclui sentimentos de bem-estar e de desconforto, uma vez que os constrangimentos pelas dificuldades até que faça a cirurgia estão atrelados às satisfações relacionadas a liberação para realizar a operação e a sua estadia no hospital	Primeiro mês após cirurgia: Referência exclusiva a sentimentos de mal-estar e desconforto. Após 30 dias: a emocionalidade narrada é de bem-estar, de prazer, relativo ao novo contorno corporal e ao convívio com os pares.

4.2.4. Síntese analítica do estudo de caso 2

Ao longo de sua narrativa, Afrodite constrói sentidos de identidade assumindo as posições de rejeição, superação, desconforto e aceitação. Em cada uma das posições, a construção de sentido parece tomar em referência uma narrativa social de bioidentidade na qual o devido, o esperado é ser magro, como nos falam Castro (2007), Costa (2005), Goldenberg e Ramos (2007) e Ortega (2004, 2005b) em relação aos dias de hoje. Essa parece ser uma máxima importante em sua organização

narrativa. Como obesa, Afrodite não aceita a si mesma neste aspecto (pode, obviamente, aceitar-se em relação a outros). Ela cria um estranhamento a si mesma pela fala que atribui à médicos e, diante de sua obesidade, assume uma responsabilidade compartilhada por perder peso, incluindo, em sua história, uma narrativa dominante de desprezo à gordura, tal como nos chama atenção Paula Sibilia (2004). Reflete sobre o quanto engorda, quando emagrece, quanto peso recupera, e até temporaliza em peso, ou seja, conta o tempo em peso emagrecido – “depois de, dos 34 quilos, é uma mudança total” (PH14). Narra seu empenho por emagrecer, embora não fale sobre suas vontades, desejos ou interesses. Ela então ouve os conselhos de suas amigas e, com o apoio de parentes e amigos, supera as adversidades para fazer a operação. Enfim submete-se à cirurgia bariátrica. Cirurgiada, ela se arrepende ao primeiro mês, mas se coloca em posição de aceitação no espaço-tempo posterior à cirurgia. Neste período, Afrodite tem querer, tem vontade de emagrecer e assim se aceita, ou melhor, aceita estar em processo de transformação. Sente prazer consigo mesma, a despeito dos desconfortos, da depressão sentida antes da cirurgia. Sente prazer também com os outros, construído nas conversas referidas em sua narrativa onde também ressalta o prazer em dizer ao outro que as roupas agora lhe cabem. Destaque especial para dois aspectos ainda relativos à construção de sentidos de si em sua organização narrativa. O primeiro diz do reconhecimento de Afrodite nos dias atuais como outra pessoa: “Mas eu tô bem, tô ótima, tô outra pessoa, tô outra pessoa mesmo” (PH19). As mudanças de posições de Afrodite, que em nossa perspectiva tratam das mudanças de sentido sobre si mesma, são reconhecidas por ela como uma quebra de continuidade e o ingresso em uma nova organização simbólica. Esta mudança atribuída na narrativa, por sua vez, nos abre a possibilidade de tratar do segundo aspecto: Afrodite passa a ser outra pessoa, como ressaltamos, e que está perto de se tornar uma pessoa normal. Perto porque ser uma pessoa normal é uma meta para Afrodite: escolher uma roupa numa loja, vestir as roupas do guarda-roupa ou que ganha dos parentes, receber elogios dos pais porque está magra, sair na rua e somente ser notada porque é bonita. É então seguir as orientações quanto à alimentação e calcular seu peso a cada mês, inaugurando uma diversidade de

vontades, ainda que algumas delas estejam atreladas ao emagrecer. Assim é estar bem, assim é refletir em seu dia-a-dia, é ter vontade, é ser responsável por si mesma, é ser magra e bela. Assim ela acha que é “todo mundo”. Assim é ser normal!

Quadro 35. Síntese analítica das posições de Afrodite ao longo da narrativa pessoal, em termos dos enredos de reflexividade, autonomia, vontade e emocionalidade.

Narrativa Social da Bioidentidade				
	Reflexividade	Autonomia	Vontade	
	Vigilância pessoal	Responsabilidade	Impulso	
Aceitação Após o primeiro mês depois da cirurgia	(1) usa de referências especializadas e (2) faz reconstrução de sua equação pessoal: peso x espaço-tempo x intervenção técnica.	Autonomia compartilhada: maior participação pessoal no cuidado de si mesma; a família mudou;	Sabe o que quer e o que não quer: ser normal e ter convívio social	Prazer consigo e “prazer social”: realizada, prazer de receber elogio, de ver a roupa folgada
Desconforto No primeiro mês após a cirurgia	Reflete sobre sua recuperação ao pós-cirúrgico e as dificuldades vividas.	Autonomia compartilhada: mãe a obriga a comer	Falta vontade de seguir orientações médicas	Arrependimento profundo, medo de morrer, tristeza
Superação Durante a cirurgia	Reflete sobre (1) as dificuldades relacionadas a fazer a cirurgia e (2) as condições de realização da cirurgia no hospital.	Autonomia compartilhada: apoio de pai, irmão, vizinho; enfrenta o desconforto do ônibus	Vontade de fazer a cirurgia: vence as adversidades, embora queira desistir. Não fala de vontade ou desejos	Desconforto e conforto: nervosismo para ir ao hospital; tranquilidade na cirurgia
Rejeição Antes da cirurgia	Reflete a equação: peso x espaço-tempo. Qual era seu problema. Porque, como, quando engorda e emagrece	Autonomia compartilhada: faz regime, procura SPA, psicólogos	De estar magra. Não fala de vontade ou desejos	Deprimida, machucada, sentia preconceito
	Reflexividade	Autonomia	Vontade	Emocionalidade
Narrativa Pessoal de Afrodite				

Considerações Finais

Discutimos até aqui a proposição de uma identidade somática, definida a partir de valores médicos e estéticos, organizada basicamente em termos de reflexividade, autonomia e vontade. Esta proposição, que aqui colocamos como narrativa social, trouxe-nos à reflexão sobre como lidamos com este discurso em nosso cotidiano. Isto, por sua vez, nos conduziu à presente investigação, onde objetivamos conhecer a construção de sentidos de bioidentidade em narrativas, por pessoas que fizeram cirurgia bariátrica. Nosso interesse por este público inclui razões especiais. Além de constituírem um grupo que inequivocamente pensa sobre seu corpo, ao menos em termos anatomofisiológicos, também mobiliza a sociedade duplamente: pela vivência da obesidade - doença hoje sem fronteiras -, e pela realização de uma cirurgia de particular implementação no Brasil, para combater a obesidade e promover a saúde em obesos mórbidos.

Com este estudo fizemos alguns avanços particulares. Em primeiro lugar, viabilizamos uma investigação sobre uma explicação de ampla aceitação no ambiente acadêmico, nas ciências humanas, biológicas, sociais e filosofia, mas que curiosamente não vem sendo amplamente utilizada como referência para estudos sobre identidade em psicologia, especificamente no plano empírico. Vemos estudos que falam da bioidentidade em saúde coletiva, com foco na síndrome do pânico, na biopsiquiatria, na clínica psicoterápica, na medicina, mas a psicologia não tem ainda amplamente debatido esta proposição de identidade como particular aos dias de hoje, para crianças, jovens, adultos ou idosos, mães e pais, professores, alunos, nós, cidadãos comuns, construindo e sendo construídos por um discurso de valorização da vida. Através das perspectivas narrativistas e da psicologia discursiva, especificamente a partir da análise de recursos discursivos usados no posicionamento que as participantes fizeram de si mesmas e dos demais personagens em suas histórias, elaboramos interpretações possíveis à construção de sentidos de bioidentidade para Ísis e para Afrodite.

Como dissemos, este estudo é feito sob um referencial interpretativista de valor à narração como uma forma de organização da experiência e definição de si, e da psicologia discursiva, como uma área que nos auxilia apontando a forma como esta organização pode ser feita pelas noções de posição e posicionamento. Esta posição, tomando os estudos de Bamberg e colegas como referência, nos trouxe à noção de “posicionamento agentivo”, excelente pela oportunidade de contemplar os sentidos construídos pelo narrador em relação a ele mesmo, aos outros personagens da narração – reportando-nos as relações sociais que estabeleceu – e quanto a uma narrativa dominante, no caso, a da bioidentidade.

Alguns desafios, por sua vez, envolveram adotar esta perspectiva. Nos estudos de Bamberg e colegas há a especificação de um conjunto de categorias marcadamente lingüísticas, como tempos verbais, uso do pronome, às indicações de tempo e lugar feitas pelos personagens. As referências que trouxemos a qualificadores, por outro lado, dá a noção de posição uma referência específica, que ajuda o pesquisador a definir uma posição a partir de um parâmetro específico e compará-lo a outros qualificadores na narrativa e em outros estudos de caso. Estas categorias, por sua vez, também carecem de melhoramentos. Falamos, por exemplo, em adjetivação possível pela oração, cientes de que, na lingüística voltada especificamente à gramática, temos esta possibilidade de adjetivar o sujeito de uma oração, como reconhecem Cunha e Cintra (2008). Por outro lado, também propusemos definições para enredo e personagens, tipicamente discutidos por teorias literárias. Deste universo da lingüística e da literatura sabemos que ainda podemos muito conhecer para as categorias que construímos possam ser melhor definidas. Alguns estudos recentemente realizados na Psicologia e no Brasil por De Conti (2004), Lopes de Oliveira (2004), Ribeiro (2003) e Soares-Silva (2003), tomando em consideração textos de autores clássicos e atuais, como Ricoeur e Bakhtin, além de Hubert Hermans, Jaan Valsiner e Harry Kempen, podem ser diferenciais para repensarmos estas e outras categorias utilizadas na análise de posicionamento (ver, por exemplo, Hermans, 1996, 1997,

2002; Hermans & Kempem, 1996; Hermans, Kempem & van Loon, 1992; uma revisão a respeito pode ser vista em Duarte & Gonçalves, submetido). Identificar nestes estudos os pontos comuns a nossa abordagem teórico-metodológica para encontrar nestas, contribuições específicas ao nosso trabalho, por exemplo, pode ser uma conquista na continuidade de nossos estudos. Indubitavelmente ingressar também mais detidamente na lingüística e na literatura será igualmente importante e necessário.

Este trabalho também requer discussões mais aprofundadas em duas linhas de reflexão. Uma delas se refere ao corpo e a outra, mais do âmbito da filosofia, à sociedade de controle. Sabemos que falar sobre bioidentidade nos remete a pensar sobre corpo e sobre isso falamos ao longo de toda esta tese. Mas de que “corpo” falamos? Antes dissemos que nos satisfaria tomar a definição de corpo como unidade anatomofisiológica, para que melhor entendêssemos a narrativa social da bioidentidade. Mas sabemos que esta discussão pode ainda ser avançada, se dermos continuidade às leituras sobre corpo. Com o filósofo francês Merleau-Ponty sabemos que podemos seguir em busca destes avanços, tentando melhor entender suas discussões sobre o que chama por “carne”, tal como vemos em *Visible et l’Invisible*, também disponível em língua portuguesa. É importante, pois, esclarecer dois pontos em especial para que seguíssemos nesta tese sem aprofundarmos esta questão: (1) na história construída por cada participante poderíamos ter diferentes usos da palavra corpo e este poderia ser um ponto particular na construção de sentidos. Como nosso foco se voltava sobre os sentidos construídos por cada participante, era a forma como cada uma delas usaria esta palavra e sua importância na posição assumida sobre si mesma, sobre a narrativa social da bioidentidade e sobre os personagens de sua história que nos importaria. Não nos interessava, pois, impor um sentido, mas estabelecer um elemento de parâmetro para comparação da narrativa pessoal à social em questão, e tomar o corpo como unidade anatomofisiológica nos pareceu adequado e suficiente; (2) outro ponto a se destacar é que os referenciais teórico-metodológicos aqui adotados, à luz de perspectivas narrativas e psicologia discursiva ainda não dão conta de discussões específicas sobre este “corpo”; o

tema é abordado, como vimos em Harré e Gillett (1999) sobre o dualismo mente-corpo, mas seguir nesta discussão sem uma abordagem e um propósito específicos, não nos pareceu pertinente. Acreditamos, vale ressaltar, que o trabalho feito é coerente com as fundamentações adotadas e que a noção de “corpo”, como aqui foi adotada, constitui-se como tema de narrativas sociais e pessoais, assim como poderia ser gênero, como nos estudos de Michael Bamberg, que antes citamos. Falar mais que isso exige novas leituras, possíveis e já disponíveis na literatura, mas, acima de tudo, novos objetivos. Para o objetivo que aqui adotamos, entendemos que a noção de corpo admitida, repetimos, pareceu-nos coerente com os referenciais teórico-metodológicos adotados.

Mas também dissemos que outra discussão pertinente e a qual só mais recentemente vimos melhor compreendendo, diz da sociedade de controle, identificada nos estudos de Gilles Deleuze. Na continuidade de nossas reflexões percebemos que, embora nossa discussão tenha como foco a bioidentidade, podemos ainda inseri-la no conjunto de reflexões que sinalizam para a sociedade de controle, discutida como uma expansão da sociedade disciplinar proposta por Michel Foucault. Esta sociedade de controle tem na vigilância e na monitoração, realizada seja por recursos tecnológicos diversos, seja por nós mesmos, algumas de suas formas de execução. O discurso de Ísis parece-nos o mais evidente nesta direção, pelo uso que faz da palavra “controle”. Reflexões mais recentes nos permitem entender que o discurso social da bioidentidade pode ser incluído como uma modalidade, digamos assim, desta narrativa de controle, só que especificamente voltada ao corpo, à saúde, à higiene. Avançar na compreensão deste discurso sobre a sociedade de controle pode nos ajudar a melhor caracterizar a narrativa social de bioidentidade e a construção de sentidos nas narrativas pessoais.

Outro aspecto que podemos destacar para estudos futuros diz respeito ao método. Acreditamos que também trouxemos uma contribuição importante ao analisarmos duas grandes histórias, nos termos que reconhece a literatura, com uma proposta analítica voltada às pequenas histórias. Sabemos de um estudo de Bamberg (2008b) feito neste sentido e do trabalho de Yokoy

(2007) realizado recentemente no Brasil, em Psicologia, na Universidade de Brasília. A literatura, especialmente nacional, carece ainda de investigações nesta direção, especialmente no tocante à especificação das categorias de análise, para assim ampliarmos as discussões sobre seus limites e possibilidades. Estamos satisfeitos, é importante antes ressaltar, em termos assim definido o método para nosso estudo. Acredito que foi importante, para esta investigação, ouvir as pessoas sem interrompê-las, em ambiente reservado, numa sala de atendimento psicoterápico e permitindo a construção de uma grande história. Se fizéssemos agora um estudo registrando conversas de corredor no hospital ou de atendimentos em grupo poderíamos comparar os resultados e identificar as diferenças, anunciadoras de formas de organização específicas a estes espaços-tempos. Mas achamos que, nesta oportunidade, nosso método satisfaz nosso interesse por estudar a construção de sentidos de bioidentidade, nos três âmbitos que aqui nos voltamos, permitindo-nos encontrar posições de desconforto e descontrole, de rejeição e aceitação, nas narrativas de brigas e de arengas, de prazeres e alegrias, de definição de normalidade e de proposição de "não-eu".

Achamos adequado, num avanço possível quanto a esta questão do método, que possamos fazer ainda duas modificações em relação ao trabalho que aqui fizemos. A primeira é incluir a participação verbal da pesquisadora. Pouco dissemos, neste estudo, sobre esta intervenção e a isto devemos, em parte, à condição de esta não interferir verbalmente na segunda etapa da entrevista narrativa. Poderíamos, sim, continuar trabalhando com grandes histórias, mas permitir que o pesquisador perguntasse quando achasse conveniente, assim que entendesse, por exemplo, que um tema poderia continuar a ser desenvolvido pelo narrador. Esta certeza nos veio após as entrevistas e durante a realização da análise, na constante revisão que fazemos sobre o que acreditamos e o que decidimos como pesquisadores, como nos lembram Branco e Valsiner (1997) ressaltando o círculo metodológico. Gostaria por isso de fazer um novo estudo, modificando o método para que a intervenção do pesquisador fosse permitida já na etapa 2. Com este tipo de intervenção poderíamos modificar a análise de posicionamento, talvez incluindo um quarto âmbito de análise, desta vez

enfocando os posicionamentos do narrador em relação ao interlocutor. Nesta direção também poderíamos passar a incluir outro tipo de registro, o registro em vídeo, no intuito de melhor definir o processo de construção conjunta das posições, tanto no que se refere ao parceiro da conversação (no caso, o pesquisador), quanto aos elementos do espaço-tempo que fazem parte da situação de pesquisa. Os estudos de Bamberg mais recentes já seguem nesta direção (ver, por exemplo, Bamberg, 2008a) e ele qualifica seu trabalho como microanalítico, incluindo informações verbais e não verbais no registro e na análise de posicionamento. O uso de marcadores não lingüísticos na análise são reconhecidos como importantes à construção de sentido; em seus estudos com adolescentes, os registros dos gestos, atrelado às narrativas que desenvolvem, são considerados para a definição de uma posição. Este seria para nós mais um desafio. Implicaria em desenvolver novos estudos sobre microanálise e análise videográfica, ampliando nosso referencial teórico e possibilidades explicativas. Para esta tese, cientes do desafio que já tínhamos, não implementamos este tipo de registro no método, inclusive porque achamos que a temática poderia não ser favorável ao registro em vídeo pela exposição que poderia envolver, mas acreditamos que, mais adiante e com outros objetivos, este é um desafio possível e que já conta, na literatura, com apoio para suportá-lo, a exemplo dos estudos desenvolvidos em Recife, no Laboratório de Análise Interacional e Videografia – Laiv (Meira, 1995; Oliveira & Meira, 2010; Peres, 2007; Villachan-Lyra, 2009) e no Laboratório de Comunicação e Linguagem na Primeira Infância – LabCom (por exemplo, Lyra, 2000, 2007) . A este respeito, inclusive, vale ressaltar o trabalho de Garvey, Lyra e Silva (submetido), que conduzem excelentes discussões sobre o estudo do processo de mudança.

Em relação aos estudos sobre identidade, *self* ou subjetividade, acreditamos que aqui também trazemos uma perspectiva diferenciada e viável para tratarmos destas temáticas. A possibilidade de pensar especificamente a identidade como construção de sentidos, tal como já ressaltavam Harré e Gillett (1999), permite-nos romper com noções tradicionais contempladas em Psicologia. Admitindo esta fundamentação teórica que aqui trouxemos, discutimos a construção de sentidos de identidade

como: (1) dependente do uso de recursos discursivos nos quais as pessoas posicionam a si e a outros na narrativa, (2) flexível, uma vez que em cada organização narrativa o narrador se posiciona diferentemente, e (3) individual e culturalmente regulada, uma vez que as posições e narrativas pessoais se definem em afiliação e resistência às narrativas sociais. Com isso não somente trazemos à Psicologia a possibilidade de pensar a cognição pela via da construção lingüística, também narrativa, e, como tal, singularmente social e cultural. Mas trazemos também o que me parece mais inovador e interessante: a mudança, a transformação, a construção de sentidos pela posição, atrelada ao espaço-tempo. Essa é uma discussão que tem interessado bastante a Psicologia na atualidade. Como nos mantemos iguais e diferentes? Soares-Silva (2003), estudando especificamente sobre identidade narrativa de ex-infratores no Brasil, assim como um conjunto de estudos que têm, no campo das narrativas, a autobiografia como foco de atenção. Chandler e colaboradores (Chandler, 2000; Chandler, Lalonde & Sokol, 2000; Lalonde & Chandler, in press) têm também desenvolvido diversos estudos a respeito de continuidade e mudança do *self* enfatizando, também, mudanças culturais e desenvolvimentais.

No estudo que aqui fizemos, embora não tivemos esta reflexão como foco, abrimos a oportunidade de discutirmos a este respeito, na possibilidade que a noção de posição nos permitiu para falarmos, por exemplo, de como acontecem as mudanças nas posições nas narrativas. Com a análise de posicionamento, as entrevistas de Ísis e Afrodite foram estudadas processualmente, sendo possível traçar uma seqüência de transformações das posições morais nas quais ambas se colocaram em relação ao antes, durante e depois da cirurgia bariátrica. Ísis, por um lado, coloca-se antes da cirurgia como descontrolada e em desconforto, posições que vão progressivamente mudando para controle e o conforto, comuns aos dias de hoje, após a cirurgia. Afrodite, por outro lado, evolui de uma posição de rejeição e estranhamento a si mesma como obesa, para a posição de aceitação ao seu processo de transformação. Em ambos os casos tivemos a possibilidade de acompanhar o processo

de mudança de seus posicionamentos, mas se também nos direcionarmos a acompanhar as continuidades, esta ferramenta teórico-metodológica poderá nos ajudar.

Também queremos discutir sobre as contribuições de Ísis e Afrodite para pensarmos sobre obesidade, cirurgia bariátrica e bioidentidade. Em primeiro lugar, elas trazem, pela possibilidade que criamos de investigar o posicionamento de um grupo específico em relação à narrativa social da bioidentidade, as novidades que cabem a este grupo, ao menos no que tange as suas narrativas. Uma delas é a importância da emocionalidade. As narrativas pessoais incluem mais do que culpa. Elas envolvem uma diversidade de sentimentos, do narrador e dos personagens de suas histórias, e caracterizam também o cenário de suas vidas. Antes da cirurgia, Ísis e Afrodite falam de seus constrangimentos, mas ambas se referem a suas vidas como envolvendo desconforto. Para Ísis, o “período turbulento” sintetiza a vivência de mortes, separação, adoecimento. Para Afrodite, seu ambiente familiar era de brigas e confusões, e ela por cerca de dois anos viveu uma “depressão profunda”. Situação completamente oposta passa ser narrada em relação ao pós-cirúrgico e até mesmo no período da cirurgia. Tranquilidade, bem-estar, prazer, felicidade, coragem, auto-estima e dádiva passam a fazer parte do cenário do hospital, de suas casas, igreja, trabalho. Para nós, esta riqueza de emoções, particularmente importante para as participantes deste estudo, constituem um diferencial de seus enredos em relação à narrativa social da bioidentidade e são indubitavelmente relevantes para a definição de suas posições, do lugar ao qual se colocam moralmente em suas narrativas e assim constroem sentidos de identidade.

Outras particularidades já são específicas a cada uma das narrativas analisadas, que dizem de como Ísis e Afrodite se apropriaram e modificaram particularmente a narrativa social da bioidentidade. Ísis, por exemplo, afilia-se à narrativa social pela reflexividade, mas em sua narrativa esta reflexividade é feita na inserção de um personagem forte, que discutimos como “não-eu”, e que a impulsionava a comer. Com este personagem, um “eu”, que não queria comer, lutava e perdia, resultando-se deste embate uma Ísis que comia bastante, e, atordoada e insatisfeita diante de sua

progressiva aquisição de peso, pensava em morrer. No embate entre “eu” e “não-eu”, digno da riqueza literária de Dostoievsky anunciada por Bakhtin (1929/2008), estava um enredo no qual ela se eximia da responsabilidade por engordar e lidava com uma vontade forte, mas de comer. Reflexividade, autonomia e vontade estão presentes nas narrativas de Ísis e de Afrodite, mas são particularizados porque suas narrativas (como a qualquer outra pessoa) não espelha a narrativa social. Elas criam rupturas, quebras neste discurso, e é rompendo-o que marcam sua singularidade e abrem a possibilidade de reconstrução da narrativa social.

Nesta perspectiva, vemos ainda uma contribuição particular que merece ser destaca em relação aos trabalhos na Psicologia e na Psiquiatria em relação aos candidatos à cirurgia e aos cirurgiados. Obesidade e cirurgia bariátrica comumente são olhados sob o ponto de vista da saúde. Médicos, nutrucionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, enfim, geralmente trabalham reconhecendo o obeso como um doente, em função mesmo de instituições reguladores das ações destes profissionais já fazerem este reconhecimento. Como vimos, a obesidade é definida como pertencente ao grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) por instituições nacionais e mundiais, como Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Esta concepção tem também repercussões diretas sobre o olhar dos profissionais que trabalham com os obesos. Em psicologia, por exemplo, são comuns as abordagens psicopatológicas, ou seja, a adoção de uma perspectiva ontológica, na qual o sujeito tem uma disfunção ou alteração psicossocial, que favorece o aparecimento da obesidade. É o que vemos, por exemplo, na caracterização do obeso como um compulsivo alimentar, tal como destaca Marchesini (2006). A autora também discute sobre algumas preocupações dos profissionais da área, que ainda não estabelecem uma relação direta entre cirurgia bariátrica e depressão, por exemplo. Dois pontos ainda a destacar. Nestas perspectivas, além do olhar psicopatológico, vemos uma linha interpretativa de causalidade linear, podendo a cirurgia bariátrica ser causadora de sintomas psicológicos. E, ainda, uma perspectiva de sujeito como entidade isolada e autocontida.

Em nosso estudo esperamos contribuir para a área diversificando o olhar sobre o obeso e, por conseguinte, sobre o cirurgiado. Ao admitirmos a construção lingüística humana e seu “posicionamento agentivo”, podemos trazer o olhar de que o fenômeno da identidade pode ser considerado à luz da construção de sentidos de si e no uso de recursos discursivos. O que, como abordamos ao longo deste estudo, nos coloca em condição de deslocar a problemática do sujeito para as relações sociais e culturais, uma vez que consideramos as narrativas sociais dominantes como fazendo parte do processo de posicionamento e as relações do narrador com ele mesmo e entre os personagens de sua narrativa.

Lembremos, por exemplo, que, quando Afrodite fala que desde pequenininha era gordinha e que o médico, em resposta a sua mãe, diz que ela, quando crescer, vai emagrecer, Afrodite traz, em sua história, dois personagens de autoridade. Para um, a obesidade aparece como estranhamento, motivo de preocupação, para outro, como uma inadequação que será naturalmente resolvida no seu curso de desenvolvimento. Esta narrativa foi-nos contada por Afrodite nos dias de hoje, mas em relação a uma Afrodite criança, que desde aquela época já se posicionava à margem de um discurso social comum a pessoas de respeito pessoal e social. Ou seja, a patologia estava ao menos presente discursivamente antes mesmo da obesidade mórbida chegar a sua vida. É este aspecto do posicionamento, como uma ação lingüística atrelada às narrativas sociais, que esperamos ressaltar em nosso estudo e trazer às investigações sobre obesidade e cirurgia bariátrica, em uma análise diferenciada em relação às possibilidades ofertadas pelas perspectivas focadas no indivíduo e na psicopatologia.

E este olhar, como não poderia deixar de ser, traz repercussões diretas ao obeso, ao cirurgiado e aos profissionais de saúde desta área. Uma delas está na possibilidade de, voltando-se a cada caso, analisando-se o posicionamento de cada paciente, os profissionais de saúde terem a oportunidade de se voltarem aos sentidos construídos por cada um em suas histórias de vida. E, assim,

particularizarem seu atendimento, considerando a afiliação que fazem às narrativas sociais. Se Afrodite, por exemplo, se colocasse, antes da cirurgia como rejeitada e com a meta de ser uma pessoa normal, a equipe de psicologia poderia discutir com ela esta construção simbólica de normalidade, que parecia estar atrelada à aquisição de um novo contorno corporal, como ela ressalta ao longo de sua história pela quantidade de quilos que almeja perder. O que está em questão, especialmente para a equipe de saúde, pode ser a posição na qual é colocada a cirurgia na reorganização da vida de um paciente, no caso de Afrodite, permitindo-a assumir um lugar moral de aceitação no qual ela acha que cabe ao corpo magro, comum a “todo mundo”.

Este é um ponto particularmente delicado, por várias razões. Uma das maiores preocupações das equipes de saúde que trabalham com obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica é esclarecer que esta cirurgia não tem função estética, mas é um instrumento para obtenção de saúde. A OMS, o Ministério da Saúde do Brasil, como vimos, ressaltam o risco de morte que este obeso vive a cada dia. Nesta narrativa social sobre a obesidade, posiciona-se o profissional como um agente de saúde e o paciente como um doente grave. Mas quando vemos Afrodite e Ísis não se referirem unicamente a qualquer problema de doença (embora elas não estivessem apresentando comorbidade, a possibilidade de aparecimento poderia ser uma preocupação para ambas) e se posicionarem como rejeitadas e descontroladas, respectivamente, podemos pensar que, embora os profissionais do hospital estejam voltados à saúde, encontram pacientes voltados para outros aspectos, como a estética e o domínio de si. Eles certamente sabem disso. Mas o ponto principal é que a cirurgia bariátrica foi, em ambos os casos estudados, um elemento importante para a reorganização dos sentidos de identidade e, desta maneira, a operação extrapola o âmbito da intervenção gástrica. A preocupação com o reganho de peso, que é um dos indicadores do sucesso da cirurgia, dependerá também do acompanhamento deste processo de construção simbólica de si após a cirurgia e da posição que o cirurgiado se colocará. O que nos coloca diante de outra discussão.

A lei hoje não estabelece a obrigatoriedade de tratamento psicológico, mas de um parecer da psicologia dizendo que o paciente está preparado para a operação. Infelizmente, é comum que alguns pareceres sejam elaborados a partir de um único atendimento. A iniciativa do Programa de Obesidade, proporcionando acompanhamento psicológico, é uma medida absolutamente responsável nesta direção, para viabilizar, como dissemos antes e no referencial que aqui admitimos, uma análise da construção simbólica de si mesmo que faz o obeso mórbido antes da cirurgia e sobre a operação. Mas o problema se agrava ainda mais em relação ao pós-cirúrgico. Não há obrigatoriedade legal para atendimento psicológico após a cirurgia. Embora a preocupação com o sucesso da cirurgia se mantenha, ainda não se reconhece, ao menos no âmbito da legislação, a relevância que o trabalho do psicólogo possa ter feita a operação.

Particularmente ainda me chama atenção a centralidade que as narrativas sociais de valorização do belo como o esbelto, do cuidado de si como uma valor, do primado à vida, parecem ter nas organizações narrativas de Ísis e Afrodite. Felicidade, normalidade, tristeza, depressão, vida social foram atrelados as suas condições de personagens obesas e não obesas. Preocupa-me pensar em uma vida “sentindo-se” (conjuntamente significando sentimento e construindo sentido de si) à margem, admitindo forças dominadoras (a despeito da beleza que a troca simbólica entre os personagens “eu” e “não-eu” representem para um pesquisador em psicologia), para assim se posicionar como não responsável pelo ganho de peso, ratificando uma rejeição à gordura e sua impossibilidade de ser culpada pela transgressão ao cuidado de si. Preocupa-me o posicionamento agora de controle e aceitação, embora tenha felizmente se abandonado o risco de morte em função da obesidade. Preocupa-me pelo obeso, por mim, por amigos, parentes e vizinhos, face à condição inescapável às narrativas sociais que tomam a vida como um bem supremo na qual vivemos.

Mas aí então me lembro que o posicionamento é agentivo, que as narrativas sociais fazem parte das pessoais, e, assim, são reconstruídas e transformadas em nossa ação discursiva. E lembro mais ainda daquelas composições de Luiz Gonzaga e Zé Dantas que tanto ouvi e que reconstroem

referenciais clássicos de tristeza e dor que caracterizam a vida do nordestino, em beleza e alegria da voz e música de seu cantador. Em *Vozes do Sertão* os dois conseguiram, em 1953 (Austregésilo, 2009, p. 153), belamente reposicionar o nordestino e o sulista em relação a uma das piores secas vividas no sertão.

Seu dotô, os nordestino
Tem muita gratidão
Pelo auxílio do sulista
Nessa seca do Sertão
Mais, dotô uma esmola
A um homem que é são
Ou lhe mata de vergonha
Ou vicia o cidadão...

Alegria-me, a despeito destas preocupações, identificar as seguidas rupturas na narrativa social da biodentidade que fazem Ísis e Afrodite. A construção criativa de suas narrativas mostra-nos, a exemplo da canção de Gonzaga e Dantas, as aberturas que criamos para novas possibilidades de construção das narrativas sociais. Afrodite e Ísis narram emocionalidade, organizam suas narrativas em torno da emoção e assim nos trazem uma especificidade, na narrativa pessoal, de um elemento que não está amplamente discutido na narrativa social. E isto não aponta somente para uma novidade de pesquisa. Isso amplia nossos horizontes para pensarmos, seja como profissionais de saúde que vamos fazer a escuta deste paciente, seja como cidadãos, que por vezes compomos o cenário da humilhação, um âmbito da construção de sentidos de biodentidade que escapava à narrativa social. Ísis e Afrodite nos alertam que, além de controle e aceitação, elas querem um lugar de conforto, prazer e satisfação.

Outra alegria que tenho é identificar como Ísis e Afrodite solucionaram um problema comum de contar sobre terem sido obesas mórbidas. Não é simples, num país que valoriza o esbelto e o define como o belo, ser obeso e contar sobre isso quando seu contorno corporal permite que o outro nem desconfie o que viveu. Quão fantástico é criar um personagem "não-eu" para dizer que este a

fazia comer. Explica um comportamento aparentemente tão incompreensível, que é comer excessivamente, sem perder totalmente a responsabilidade sobre ele, porque afinal, ele é, ao mesmo tempo, ela mesma. E tão fantástico quanto criar este "não-eu" é, depois que a cirurgia é feita, fazê-lo deixar de existir, tomar as rédeas sobre sua vida e se colocar em um lugar de controle. Se antes era este personagem que a atrapalhava, ele não existindo mais pode sinalizar de um tratamento pós-cirúrgico que segue para o sucesso, uma vez que Ísis modifica sua organização narrativa e, por conseguinte, as posições que assume. De forma semelhante, definir uma meta de vida como ser normal, é preocupante tanto quanto uma solução. Como a narrativa foi construída após a cirurgia, não posso afirmar se ela se rejeitava, embora esta seja uma interpretação plausível. Mas posso afirmar que ela hoje se coloca, como cirurgiada, na posição de aceitação, o que é uma vantagem se pensarmos que ela precisa cuidar de si para não viver o reganho de peso, embora não tenha tantas chances de atingir os 146 quilos que já pesou. Ou seja, ela aceita quem é, aceita quem vai ser e rejeita quem foi. Afrodite diz que a meta é ser normal quando ela pode ser normal (nos termos que ela define, claro), ao mesmo tempo em que diz, obviamente, que antes não o era, quando esta obesa mórbida ela não mais será. Ela rejeita o que pode ser rejeitado e quando deve ser rejeitado, pela necessidade que tem de cuidar de sua alimentação, de sua vida para evitar complicações na cirurgia. Esse pode ser também um excelente caminho para que ela auxilie os profissionais de saúde em seu acompanhamento e a cirurgia se confirme como bem-sucedida. Ou seja, em seus posicionamentos, Ísis e Afrodite nos lançam preocupações pelos referenciais de beleza e saúde que adotam e que tomam como referência para definir o bem-estar que vivem hoje, mas, dialeticamente, são estas posições em relação aos diferentes espaços-tempos que elas podem ingressar em um caminho de recuperação e trabalhar colaborativamente aos profissionais de saúde por seu restabelecimento e restabelecimento de uma qualidade de vida.

Finalmente, gostaria de concluir esta tese respondendo uma pergunta comum, que me fazem sempre que digo sobre o que estudo, do se que trata meu trabalho. Eu diria que quase todos aqueles

que me ouvem superficialmente falar desta tese, perguntam: “Mas, então, você é a favor ou contra a cirurgia bariátrica?”. Trago esta pergunta por algumas razões especiais, além desta que acabo de lhes contar. A primeira delas é que, quando tantos perguntam, começo a supor que este seja um ponto importante na discussão que paira sobre esse assunto na sociedade. É certo ou não fazer remete-nos a questão de que se possa falar de uma narrativa social, popular (no sentido de não pertencer ao público especializado), de que fazer a cirurgia é uma decisão que possa ser errada, independente da situação. Certamente os que assim o pensam desconhecem os obesos mórbidos, sua vida, e o cuidado que o Conselho Federal de Medicina, os conselhos regionais, além do Ministério da Saúde e sociedades organizadas, como a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, têm para acompanhar a evolução das técnicas cirúrgicas, limites e possibilidades que oferecem à melhoria da qualidade de vida. Sob as condições para realização que a legislação hoje define e sem o objetivo de efetivar um tratamento estético, sou favorável à cirurgia bariátrica, embora, nesta tese, não coloque em questão a técnica, a cirurgia e sua adequação. Há discussões em todo Brasil a este respeito, mas possivelmente falte ainda à sociedade civil melhor conhecimento e acesso a instituições de fiscalização, que possam assegurar sobre a qualidade do trabalho feito por profissionais e instituições de saúde, na garantia de que as determinações já definidas pelo Estado sejam cumpridas.

Isto posto, o que quero ressaltar é que esperamos contribuir para se pensar em como aquele que fez ou venha a fazer a cirurgia se posiciona em relação a si mesmo, aos outros e a uma narrativa social de valorização à vida. O que precisamos ter claro é que estamos diante de uma técnica de sucesso, que modifica a qualidade de vida de alguém que está em risco de morte e não se coloca em lugar moral de satisfação: se posiciona em desconforto em relação a si e a seus pares, além da rejeição e/ou descontrole que atribui a si. Negar ou ignorar o valor do instrumento da medicina é deslocar a discussão de outro aspecto que me merece nossa atenção: acompanhar como está aquele que decide por fazê-la e como ficará em termos da forma como constrói sentidos de si mesmo pelas posições que assumirá. Do ponto de vista psicológico, isto muito nos interessa. Quando uma jovem

diz que sua meta é ser normal e esta normalidade se restringe ao corpo esbelto e à sociabilidade que virá acompanhada deste, a preocupação mínima que podemos ter é, havendo reganho de peso, freqüente após o segundo ano, teremos novamente uma jovem que se rejeita, mas agora saudável, sem risco de morte, por não ser obesa mórbida. Talvez esteja fora do escopo da equipe de psicologia de um programa de obesidade tratar desta normalidade ao longo de tantos anos, mas cabe sim ao psicólogo, ao menos antes e no pós-cirúrgico imediato identificar este posicionamento e ao menos discutir sobre ele com seu paciente, alertando-o para as possibilidades do reganho de peso e o impacto que este terá sobre este paciente. Nosso entendimento, então, é que acompanhando a construção de sentidos que faça o candidato e o cirurgiado, possamos ratificar, no âmbito da psicologia, um trabalho que amplie o poder que a cirurgia bariátrica já tem de gerar benefícios ao cidadão comum no Brasil, e que encontrará este serviço prestado no Sistema Único de Saúde em seu país.

Referências

- Associação Amigos da Amamentação, AMAMEN (2009). Disponível em: <http://amamen.blogspot.com/>> Acesso em: 19 de dezembro de 2009.
- Associação Brasileira de Linforma e Leucemia, ABRALÉ (2009). Quem somos. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/abrale/quem/index.php>> Acesso em: 18 de dezembro de 2009.
- Associação dos Idosos do Brasil, AIB (2009). Informações sobre a AIB. Disponível em: <http://www.aibgyn.com.br/>> Acesso em 18 de dezembro de 2009.
- Associação Salvamar de Assistência à Criança e ao Adolescente. Missões e valores. Disponível em: http://www.associacaosalvamar.org.br/missoes_e_valores.php> Acesso em: 18 de dezembro de 2009.
- Austregésilo, J. M. (2009). *Luiz Gonzaga: o homem, sua terra e sua luta*. Edição revista e ampliada. Recife: Comunigraf Editora.
- Bakhtin, M. (Volochninov) (2004) *Marxismo e filosofia da linguagem*. 11ª. Edição. São Paulo: Hucitec. (Original publicado em 1929)
- Bakhtin, M. (2008). *Problemas da Poética de Dostoiévsky* (4a ed. rev. e ampl.). (P. Bezerra, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1929).
- Bamberg, M. (1997a). *Narrative development: six approaches*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bamberg, M. (1997b). Positioning between structure and performance. *Journal of narrative and life history*. 7, 1-4, 335-342.
- Bamberg, M. (2004). I know it may sound mean to say this, but we couldn't really care less about her anyway: Form and Functions of "Slut Bashing" in Male Identity Constructions in 15-Year-Olds. *Human Development*, 249, 1-23.
- Bamberg, M. (2005). Encyclopedia entries on 'Agency', 'Master Narratives', and 'Positioning'. In: D. Herman, M. Jahn, & M.-L. Ryan (Eds.), *The Routledge encyclopedia of narrative theory*. New York: Routledge. Disponível em: <http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
- Bamberg, M. (2006). Biographic-narrative research, quo vadis? A critical review of 'big stories' from the perspective of 'small stories'. In K. Milnes, C. Horrocks, N. Kelly, B. Roberts, and D. Robinson, (Eds.), *Narrative, memory and knowledge: Representations, aesthetics and contexts*. Huddersfield: University of Huddersfield Press. Disponível em: <http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
- Bamberg, M. (2008a). Selves and identity in the making: the study of microgenetic processes in interactive practices. In: U. Müller, J. Carpendale, N. Budwig & B. Sokol (Orgs.), *Social life and social knowledge* (pp. 205-224). Mahwah, NJ: Erlbaum. Disponível em: <http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.

- Bamberg, M (2008b). Twice-told-tales: small story analysis and the process of identity formation. In: T. Sugiman, K. J. Gergen, W. Wagner & Y. Yamada (Orgs.) *Meaning in action: construction, narratives and representation*. New York: Springer. Disponível em: <<http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
- Bamberg, M. (no prelo). Sequencing Events in Time or Sequencing Events in Story-Telling? From Cognition to Discourse – With Frogs Paving the Way. In J. Guo, S. Ervin-Tripp & Nancy Budwig (Eds.), *Festschrift for Dan Slobin*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Disponível em: <<http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008
- Bamberg, M. (submetido). Narrative Analysis and Identity Research: A Case for ‘*Small Stories*’. Disponível em: <<http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
- Bamberg, M. & Georgakopoulou, A. (2008). Small Stories as a New Perspective in Narrative and Identity Analysis. *Text & Talk*, 28(3), 377-396. Disponível em: <<http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
- Bernardes, A.G.& Guareschi, N. (2007). Estratégias de produção de si e de biotecnologias. *Psicologia em Estudo*, 12, 1, 151-159.
- Bezerra Jr., B. (2001). O lugar do corpo na experiência do sentido. In: B. Bezerra Jr. & C. A. Plastino (Eds.). *Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Marca d'Água.
- Branco, A. U. & Valsiner, J (1997). Changing methodologies: A co-constructivist study of goal orientation in social interaction. *Psychology and Developing Societies*, 9(1), 35-64.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Indicadores e Dados Básicos do Brasil: IDB-2007*. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>> Acesso em 21 de dezembro de 2009.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brockmeier, J. & Carbaugh, D. (2000). Introduction. In J. Brockmeier & D. Carbaugh (Eds.) *Narrative and identity: studies in autobiography, self and culture* (pp. 01-22). Amsterdam: John Benjamins.
- Brockmeier, J. & Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 3, 525-535.
- Bruner, J. (1987). Life as narrative. *Social Research*, 54 (1), 11-32.
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical inquiry*, 17, 01-21.

- Bruner, J. (1997a). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bruner, J. (1997b). *Realidade Mental, mundos possíveis*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cabral, M.D. (2006). Tratamento clínico na obesidade mórbida. In: A.B. Garrido Jr., E.M. Ferraz, F.L. Barroso, J.B. Marchesini & T. Szegö (Eds.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Cambi, M.P.C. & Marchesini, J.B. (2006). Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: A.B. Garrido Jr., E.M. Ferraz, F.L. Barroso, J.B. Marchesini & T. Szegö (Eds.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Castañon, G.A. (2006). *O cognitivismo e o desafio da psicologia científica*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFRJ.
- Castro, A.L. (2007). *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. 2a. edição. São Paulo: Fapesp
- Chandler, M. (2000). Surviving time: the persistence of identity in this culture and that. *Culture & Psychology*, 6(2), 209-231.
- Chandler, M.J., Lalonde, C.E., & Sokol, B. (2000). Continuities of Selfhood in the Face of Radical Developmental and Cultural Change. In: L. Nucci, G. Saxe, E. Turiel (eds.), *Culture, Thought, and Development* (pp. 65-84). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Costa, J. F. (2005). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Costa, A.C.C, Ivo, M.L., Cantero, W. de B. & Tognini, J.R.F (2009). Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 1, 55-59.
- Coutinho, W.F. & Benchimol, A.K. (2006). Obesidade mórbida e afecções associadas. In: A.B. Garrido Jr., E.M. Ferraz, F.L. Barroso, J.B. Marchesini & T. Szegö (Eds.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Cunha, C. & Cintra, L. (2008). *Nova gramática do português contemporâneo*. 5ª. Edição. Rio de Janeiro: Lexikon.
- Davies, B. & Harré, R. (1999). Positioning: the discursive production of selves. In: R. Harré & L. van Langenhove (Orgs.). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers.
- De Conti, L. (2004). *O processo de composição narrativa no encontro terapêutico*. Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, UFRGS.
- De Conti, L & Sperb, T. M. (2009). A composição de narrativas pela dupla terapeuta-paciente: uma análise da sua organização e da sua sequência de ações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 119-127.
- Daiute, C. & Lightfoot, C. (2004). Theory and craft in narrative inquiry. In: C. Daiute e C. Lightfoot (Eds). *Narrative analysis*. London: Sage Publications.

- Debord, G. (1997). *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Delamare, J. (2007). *Dicionário Médico Andrei*. (2ª. Edição). São Paulo: Organização Andrei Editora.
- Duarte, F. & Gonçalves, M. (submetido). O *self* dialógico: uma visão desenvolvimental. Para compor K. Moutinho, P. Villachan-Lyra e A. Santa-Clara (Eds.). *Novas Tendências em Psicologia do Desenvolvimento: Teoria, Pesquisa e Intervenção*.
- Echeverría, R. (2007). *Ontología del Lenguaje*. Buenos Aires, Granica: Juan Carlos Saez Editor.
- Ferraz, E.M., Arruda, P.C.L. de, Bacelar, T.S., Ferraz, A.A.B., Albuquerque, A.C. de e Leão. C.S. (2003). Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 30, 2, 98-105.
- Ferreira, M.C., Mello Filho, M.P. de e Wada, A. (2006). Cirurgia plástica pós-cirurgiabariátrica. In: A.B. Garrido Jr., E.M. Ferraz, F.L. Barroso, J.B. Marchesini & T. Szegö (Eds.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Foucault, M. (1999a). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999b). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2006). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Garvey, A. (submetido). Emoções e comunicação como um sistema dinâmico: abordagem histórico-relacional. Para compor A. Garvey, M.C.D.P. Lyra, M. Silva (Eds), *Microgênese: Estudo do Processo de Mudança*.
- Garvey, A, Lyra, M.C.D.P & Siva, M. (Orgs, submetido). *Microgênese: Estudo do Processo de Mudança*.
- Germano, I. & Serpa, F.A. da (2008). Narrativas autobiográficas de jovens em conflito com a lei. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60 (3), 9-22.
- Georgakopoulou, A. (2006). Thing big with small stories in narrative and identity analysis. *Narrative Inquiry*, 16, 122-130.
- Goldenberg, M. & Ramos, M. S. (2007). Apresentação. In: M. Goldenberg (Ed.). *Nu e vestido: Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. São Paulo: Editorial Psy.
- Grupo de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009). Disponível em <<http://www.cirurgiadaobesidade.net>> Acesso em 01 de abril de 2009.
- Harré, R. & Gillett, G. (1999). *A mente discursiva: os avanços na Ciência Cognitiva*. Porto Alegre: Rio Grande do Sul.

- Harré, R. & van Langenhove, L. (1999a). Reflexive positioning: autobiography. In: R. Harré & L. van Langenhove (Eds.). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Harré, R. & van Langenhove, L. (1999b). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Harré, R., Moghaddam, F.M., Cairnie, T.P., Rothbart, D., Steven R. & Sabat, S.R. (2009). Recent Advances in Positioning Theory. *Theory and Psychology* 19(1), 5-31.
- Hermans, J. M. (1996). Voicing the self: from information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*. 119 (1), 31 – 50.
- Hermans, J. M. (1997). Self-narrative in the life course: a contextual approach. In: M. Bamberg (Ed.) *Narrative development: Six approaches*. pp. 223-264. Mahwah, New Jersey- London. LEA publishers.
- Hermans, H. J. M. (2002). The dialogical self as a society of mind. *Theory & Psychology*, 12, 147–160.
- Hermans, H. J. M., Kempem, H. J. G., & Loon, R. J. P van. (1992). The Dialogical self – Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*. 47(1), 23-33.
- Hermans, H.J.M. e Kempen, H.J.G. (1993). *The dialogical self: meaning as movement*. San Diego, CA: Academic Press.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M.W. (2008). Entrevista narrativa. In: M.W.Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Kehl, M.R. (2004). Com que corpo eu vou? In: Bucci, E. e Kehl, M. R. (Eds.) *Videologias: ensaios sobre televisão*. São Paulo: Boitempo.
- Korobov, N. & Bamberg, M. (2006). “Strip poker! They don’t show nothing!” Positioning identities in adolescent male talk about a television game show. In: M. Bamberg, A DeFina & D. Schifffrin (Eds.), *Narratives in interaction: Identities and selves*. Amsterdam: John Benjamins. Disponível em: <<http://www.clarku.edu/~mbamberg/publications.html>> Acesso em 16 de dezembro de 2008.
- Le Breton, D. (2007) *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Trad. Marina Appenzeller. Campinas, São Paulo: Papirus.
- Leite, L.C.M. (2007). *O foco narrativo*. São Paulo: Editora Ática.
- Lima Filho, J.V. de (2008). *Cirurgia da obesidade: caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos*. Dissertação de Mestrado, Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências da Saúde, UFPE.
- Lightfoot, C. (1997). *The culture of adolescent risk-taking*. New York: The Guilford Press.
- Lira, G.V., Catrib, A.M.F. & Nation, M.K. (2003). A narrative em pesquisa em pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *RBPS*, 16 (1/2), 59-66.

- Lalonde, C. E. & Chandler, M. J., (in press). Culture, Selves, and Time: Theories of Personal Persistence in Native and non-Native Youth. In C. Lalonde, C. Lightfoot, and M. Chandler (Eds.). *Alternative Constructions of Self and Mind*. Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum & Associates.
- Lopes de Oliveira, M.C.S. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 11, 2, 427-436.
- Lyra, M. C. D. P. (2000). Desenvolvimento de um sistema de relações historicamente construído: contribuições da comunicação no início da vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13 (02), 257-268.
- Lyra, M. C. D. P. (2007). O modelo EEA: definições, unidade de análise e possíveis aplicações. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (01), 87-95.
- Lyra, M. C. D. P. & Souza, M. (2003). Dynamics of dialogue and emergence of self in early communication. In I. E. Josephs (org.), *Dialogicality in development, Vol. 5, Child Development within Culturally Structured Environments*. Westport, Connecticut: Praeger Publishers, (p. 51-68).
- Magro, D.O. (2006). Uma palavra do nutricionista para o psicólogo que trabalha com paciente submetido ao tratamento cirúrgico da obesidade. In: A.R.M. Franques e M.S. Arenales-Loli. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Mancini, M.C. (2006). Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade. In: A.B. Garrido Jr., E.M. Ferraz, F.L. Barroso, J.B. Marchesini & T. Szegö (Eds.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Marchesini, S.D. (2006). Consequências psicológicas posteriores à cirurgia bariátrica. In: A.R.M. Franques e M.S. Arenales-Loli. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Marchesini, J.B. & Marchesini, J.C.D (2006). Insucesso terapêutico, complicações tardias e reoperações. In: A.B. Garrido Jr., E.M. Ferraz, F.L. Barroso, J.B. Marchesini & T. Szegö (Eds.). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Marcuschi, L. A. (2008). *Análise da conversação*. São Paulo: Ática.
- Martins, A. L. B. (2005) *Biopsiquiatria e bioidentidade. Política da subjetividade contemporânea*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5 (2), 100-122.
- Meira, L. (1995). Análise microgenética e videografia: ferramentas de pesquisa em psicologia cognitiva. *Temas de Psicologia*, 1 (3), 59-71.
- Meira, L. & Peres, F.M. de A. (2009) O sujeito em contextos de uso e desenvolvimento de softwares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, p. 119-127.

- Meira, L. & Pinheiro, M. (prelo). Produção de sentidos no uso que se faz de gráficos. *Estudos de Psicologia* (Natal).
- Merleau-Ponty, M. (2003). *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva.
- Ministério da Saúde (2009). Notícias. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10008> Acesso em: 18 de dezembro de 2009.
- Moita-Lopes, L.P. (2006). On being White, heterosexual and male in a Brazilian school: multiple positionings in oral narratives. In A. de Fina, D. Schiffrin & M. Bamberg. *Discourse and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Monteiro, A. & Angelis, I. de (2007). Cirurgia bariátrica: uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1, 3, 19-26.
- Moutinho, K. & De Conti, L. (submetido). Considerações sobre a Psicologia da Arte e a Perspectiva Narrativista.
- Nasser, D. & Elias, A.A. (2006). Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: A.B. Garrido Jr. (Eds). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Neveu, F. *Dicionário de ciências da linguagem*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, R. S. & Meira, L. (2010). Uso de marcas verbais para aspectos não-verbais da conversação em salas de bate-papo na Internet. *Intercom* (São Paulo. Online), v. 33, p. 105-126.
- Oliveira, V.M. de, Linardi, R.C. & Azevedo, A.P. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 4, 199-201.
- Ortega, F. (2003). Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, 11, 1, 59-77.
- Ortega, F. (2004). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 8, 14, 09-20.
- Ortega, F. (2005a). Corpo e tecnologias de visualização médica: Entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 1, 237-257.
- Ortega, F. (2005b). Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo. Em: M. Rago, L. B. L. Orlandi & A. Veiga-Neto. (Orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro: DP & A.
- Ortega, F. (2008). *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Ortega, F. & Vidal, F. (2007) Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. *RECIIS*, Rio de Janeiro, 1, 2, 257-261.

- Pantoja, A. P. F. (2001). A narrative-developmental approach to early emotions. *Forum: Qualitative Social Research*. Vol. 2, No. 3 – September 2001.
- Peres, F.M. de A. (2007). Diálogo e autoria: do desenvolvimento ao uso de sistemas de informação. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, UFPE.
- Perrone-Moisés, L. (2008). Apresentação. In: T. Todorov. *As estruturas narrativas*. São Paulo: Perspectiva.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University of New York Press.
- Rabinow, P. (1997). *Making PCR: A story of biotechnology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rabinow, P. (2002). *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Ribeiro, A. K. R. (2003). *O tempo na narrativa: significando a experiência escolar*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, UFPE.
- Ricoeur, P. (1981). Narrative time. In: W.J.T. Mitchel (Org.) *On narrative*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (1994). *Tempo e narrativa* (Tomo 1). Campinas, SP: Papirus Editora.
- Ricoeur, P. (1995). *Tempo e narrativa* (Tomo 2). Campinas, SP: Papirus Editora.
- Riessman, C.K. (2001). Analysis of personal narratives. In: J.F.Gubrium & J.A. Holstein. *Handbook of interview research* (pp. 695-710). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Riessman, C.K. (2005). Narrative Analysis. In: N. Kelly, C. Horrocks, K. Milnes, B. Roberts & D. Robinson. *Narrative, Memory & Everyday Life*. Huddersfield, England: University of Huddersfield.
- Rorty, R. (2007). *Contingência, ironia e solidariedade*. São Paulo: Martins.
- Sant'anna, D. B. de (2001). *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Sant'anna, D. B. de (2005). Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: Rago, M.; Orlandi, L. B. L. e Veiga-Neto, A. (Orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro: DP & A.
- Santos, L. O. dos (2007) *Transtorno de pânico. Um estudo sobre as matrizes sociais de seu surgimento: a sociedade do risco e a construção contemporânea de biodidentidades*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ.
- Sarbin, T. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In: T. Sarbin (Ed.), *Narrative Psychology: the storied nature of human conduct*. New York: Praeger.

- SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2009). Consenso Bariátrico. Disponível em <<http://www.sbcm.org.br>> Acesso em 30 de junho de 2009.
- Searle, J. R. (1995). *The construction of social reality*. New York: The Free Press.
- Seneda, M. C. (2007). A fundamentação das ciências compreensivas: a posição de Dilthey reconstruída a partir de Leibniz, Wolff e Kant. *Princípios*, Natal, 14 (22), 123-144.
- Serpa Jr., O.D. (2004). Psiquiatria e neurociências: como “redescobrir” o cérebro sem eclipsar o sujeito. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 7 (2), 110-124.
- Sibilia, P. (2004). O pavor da carne: riscos da pureza e do sacrifício no corpo-imagem contemporâneo. *Famecos*, 25 (4), 68-84.
- Silva, E.R. & Gurpilhares, M.S.S. (2007). Relações entre os estudos dos significados e a gramática tradicional. *Revista Ciências Humanas*, 13 (1), 60-71.
- Soares-Silva, A.P.S da (2003). *(Des)continuidade no envolvimento com o crime: construção de identidade narrativa de ex-infratores*. São Paulo: Ibricrim.
- Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Tardivo, F. (2006). 180º graus em uma “navem” espacial. In: A.R.M. Franques & M.S. Arenales-Loli. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Todorov, T. (2008). *As estruturas narrativas* (5a edição). (L. Perrone-Moisés, Trad.). São Paulo: Perspectiva (Original publicado em 1970).
- Todorov, T. (2009). As categorias da narrative literária. In: R. Barthes (Ed.) *Análise estrutural da narrativa*. 6a. Edição. Petrópolis: Vozes
- Valantasis, R. (1995). Construction of power in ascetism. *Journal of the American Academy of Religion*, n.4.
- Valsiner, J. (2002). Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self. *Theory and Psychology*, 12, 251-265
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: foundations of cultural psychology*. New Delhi: Sage publications.
- Van der Veer, R. e Valsiner, J. V (2001). *Vygotsky: uma síntese*. 4ª. Edição. São Paulo: Loyola.
- Van Langenhove & Harré (1999). Introduction Positioning Theory. In R. Harré & L. van Langenhove. (Eds). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Vieira, A.G. (2001) Do conceito de estrutura à sua crítica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 3, 599-608.

- Vygotsky, L. S. (1996). *Pensamento e linguagem* (6a ed.). (J. L. Camargo, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1934).
- Vygotsky, L. S. (1998). *A formação social da mente* (6a ed.). (J. C. Neto, L. S. M. Barreto e S. C. Afeche, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1930).
- Vygotsky, L. S. (2001). *Psicologia da arte* (2a ed.). (P. Bezerra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1925).
- Villachan-Lyra, P. (2009). Relação de apego mãe-criança: um olhar dinâmico e histórico-relacional. Recife: Editora de UFPE.
- Villachan-Lyra, P., Meira, L. & Garvey, A. (submetido). Investigação das relações de apego à luz da teoria dos sistemas dinâmicos. Para compor K. Moutinho, P. Villachan-Lyra & A. Santa-Clara (Eds). *Novas tendências em Psicologia do Desenvolvimento: Teoria, Pesquisa e Intervenção*.
- WHO – World Health Organization (2009). *Obesity*. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/obesity/en/>> Acesso em: 18 de dezembro de 2009.
- Yokoy, T. (2007). *Um estudo dialógico sobre institucionalização e subjetivação de adolescentes em uma casa de semiliberdade*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONVENÇÕES DAS TRANSCRIÇÕES

Convenções das transcrições, de acordo com Marcuschi (2008):

/.../	Transcrição parcial. Corte na produção de alguém.
(())	Comentários do analista.
::	Alongamento de vogal.
(+)	Pausa para cada 0.5 segundo
MAIÚSCULA	Ênfase ou acento forte.
(incompreensível)	Dúvidas e suposições.

APÊNDICE B - GLOSSÁRIO¹⁵

AFECÇÃO. Doença.

APNÉIA. Parada mais ou menos prolongada da respiração.

APNÉIA DO SONO. Termo genérico que designa diferentes afecções que provocam problemas ventilatórios durante o sono (obstrução por queda da língua sobre a abertura da laringe, obesidade, diversos distúrbios metabólicos e neurológicos).

BAR(I). Peso, pesado, grave, difícil.

CIRURGIA. Parte da terapêutica que consiste em praticar certas manobras externas ou operações que sangram.

CIRURGIAS DA OBESIDADE OU BARIÁTRICA. Conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade.

COLITE. Inflamação do cólon (intestino grosso).

COMORBIDEZ. Estado patológico causado, agravado ou cujo tratamento/controle é dificultado pela presença do excesso de peso ou que apresente cura/controle com a perda ponderal.

DIABETES MELITO. Distúrbio do metabolismo dos hidrocarboneto ligado a um déficit de insulina, ou a uma resistência anormal a este hormônio. Distingue-se o *tipo 1*, insulinoпрivo ou insulino dependente, que requer obrigatoriamente a administração de insulina para seu tratamento, e o diabetes *tipo 2*, não insulinoпрivo ou não insulinodependente, que é o mais freqüente, o da maturidade e, neste caso, a insulina normalmente secretada é mal utilizada.

DISLIPIDEMIA. Modificação na taxa dos lipídeos sanguíneos totais. Frequentemente tomada no sentido mais geral de distúrbio do metabolismo dos lipídeos.

GASTRICO. Que diz respeito ao estômago.

HÉRNIA. Massa circunscrita formada por um órgão ou uma parte de um órgão (mais frequentemente o intestino) saído da cavidade que o contém normalmente por um orifício natural ou acidental.

HIPERTENSÃO. Aumento de tensão. Tomado habitualmente no sentido de **hipertensão arterial**, isto é, do aumento da pressão dentro da rede arterial.

HIPOGLICEMIA. Diminuição da quantidade de glicose contida no sangue.

IÁTRICA. Arte de curar; relativo aos médicos ou à medicina.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC). Índice utilizado para se relacionar peso e altura. Calculado pela fórmula: I.M.C. = peso (kg) / altura² (m)

METABOLISMO. Conjunto de modificações químicas que ocorrem no organismo, destinadas a prover suas necessidades de energia, a formação e manutenção dos tecidos, assim como a elaboração de algumas substâncias, como hormônios, etc.

MORBIDADE. Estado de doença. Soma das doenças que afetaram um indivíduo ou grupo de indivíduos em um dado período de tempo.

OBESIDADE. É uma alteração da composição corporal, com determinantes genéticos e ambientais, definida por um excesso relativo ou absoluto das reservas corporais de gordura, que ocorre quando, cronicamente, a oferta de calorias é maior que o gasto de energia corporal, e que resulta com freqüência em prejuízos significantes para a saúde.

ÓRTESE. Todo aparelho ortopédico destinado a proteger, imobilizar ou sustentar o corpo ou uma de suas partes às quais está diretamente fixada (talas, cintas).

¹⁵ As definições aqui apresentadas foram adaptadas do Dicionário Médico Andrei (2007) e do Consenso Bariátrico, disponível em SBCBM (2009).

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(o) Senhor(a),

Eu, Ana Karina Moutinho Lima, venho convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “A Construção de Bioidentidade em Narrativas: obesidade e gastroplastia”, e que tem como objetivo conhecer as experiências das pessoas que passaram por uma cirurgia bariátrica.

Caso aceite participar deste estudo, o(a) senhor(a) conversará com a pesquisadora por cerca de meia hora, falando sobre sua vida antes e depois desta cirurgia. A conversa será gravada e guardada em local seguro, sob responsabilidade da pesquisadora. Caso o material venha ser utilizado para publicação científica ou atividades de ensino, não serão mostradas informações que possam vir a identificá-lo(a). Sua participação nesta pesquisa é totalmente espontânea e você poderá desistir quando quiser.

Como riscos da pesquisa, talvez o(a) senhor(a) sinta algum mal-estar por falar de assuntos pessoais sobre momentos especiais de sua vida. Como benefícios, você poderá também sentir algum conforto por tratar de assuntos importantes e que possam nunca ter sido conversados com outras pessoas. Além disso, você contribui para que se conheça melhor sobre os impactos psicológicos da cirurgia bariátrica.

Após receber estas informações e ter entendido o que me foi explicado, eu, _____ dou meu consentimento livre e esclarecido para minha participação como voluntário(a) nesta pesquisa, sob a responsabilidade de Ana Karina Moutinho Lima, pesquisadora-doutoranda em Psicologia Cognitiva, que está sob orientação do Doutor Luciano Rogério de Lemos Meira (luciano@meira.com), e co-orientação da Doutora Luciane De Conti (ldeconti@terra.com.br), professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (81-21268272).

Eu entendo que obterei informações com Karina Moutinho, que solucionará minhas dúvidas através do telefone 9607-2547 e do email: karinamoutinho@gmail.com¹⁶. Aceito que, caso seja de meu interesse, terei acesso aos resultados da pesquisa, assim que esta tiver sido encerrada e, neste caso, procurarei os pesquisadores envolvidos. Atesto que, se achar necessário, posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde¹⁷ da UFPE, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa.

Recife, _____, de _____ de 2009.

Assinatura do(a) participante

Karina Moutinho (CRP-02/10244)

Testemunha

Testemunha

¹⁶ Endereço: Rua Acadêmico Hélio Ramos, s/n, CFCH, 8o. andar. Cidade Universitária, 50670-901 Recife-PE.

¹⁷ Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Cid. Universitária, 50670-901, Recife-PE. 81- 2126 8568. ccsaude@ufpe.br

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO

Universidade Federal de Pernambuco

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva

Estudo: A Construção de Bioidentidade em Narrativas. Obesidade e Cirurgia Bariátrica

Pesquisadora: Karina Moutinho

Data: _____

Local: _____

No. _____

QUESTIONÁRIO

I. Identificação e informações atuais

Nome: _____

Bairro e cidade onde reside: _____

Cidade: _____ Fone: _____

Idade: _____ Sexo: (F) (M)

Biometria: Altura: _____ (m) Peso: _____ (kg) IMC: _____ (kg/m²)

Escolaridade: _____

Religião: _____

Atividade Profissional: (S) (N) O que faz: _____

Est. Civil: _____

Dependentes: (S) (N) No. _____ Idade(s): _____ Sexo: _____

Medicação: (S) (N) Quais _____

Afecção: _____

II. Informações referentes à cirurgia bariátrica

Mês/Ano da cirurgia: _____

Tipo de cirurgia: _____

Local da cirurgia: _____

Biometria: Altura: _____ (m) Peso: _____ (kg) IMC: _____ (kg/m²)

Idade: _____

Comorbidade clínica: _____

Medicação: (S) (N) Quais _____

APÊNDICE E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 265 /2009 - CEP/CCS

Recife, 17 de setembro de 2009

Registro do SISNEP FR – 262715

CAAE – 2198.0.000.172-09

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 184/09

Título: **"A construção de Bioidentidade em Narrativas: Obesidade e Gastropastia"**.

Pesquisadora Responsável: Ana Karina Moutinho Lima

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 15 de setembro de 2009.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar um relatório ao final da pesquisa.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Doutoranda Ana Karina Moutinho Lima
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva – CFCH/UFPE

ANEXOS

ANEXO A – ESTUDO DE CASO 1: ÍSÍS-KARINA

Pequena História 1 - Antes da Cirurgia

Situação-Problema: perda de oportunidades por causa da obesidade

K: (risos) Tá certo. Olhe (+) é, nessa segunda etapa eu peço pra que você fale da trajetória da sua vida, da história da sua vida. Voltando no passado o quanto você quiser e também indo ao futuro o quanto você quiser. É importante que fale dos dias de hoje. Isso também é muito importante, tá certo?

Quando você achar que já está satisfeita com a história que me contou, você pode, você me avisa, que aí a gente passa pra terceira etapa.

I: Certo.

K: Tá bom? Enquanto você tiver falando, eu vou fazendo as anotações.

I: Tá bom. Hum. Hoje eu me sinto em uma dádiva.

Porque, eu sei que, assim, ah, não é você ter o corpinho bonito que é tudo, não é? Felicidade não é só isso, né?

Mas, assim, a gente sabe que a gordura ela atrapalha muito na vida da gente.

E eu já perdi muitas oportunidades na vida por conta da obesidade, entendeu?

Eu fiz um curso,

eu sei que não é, assim, desestimando, querendo ser melhor do que ninguém, mas eu sei que eu me saí bem.

Fui pruma entrevista de emprego

e, assim, passei por todas as etapas

e no fim, a pessoa que ia escolher só faltou dizer na minha frente, assim, na minha, na minha lata, como diz a história, que eu não iria ficar por conta da aparência. Entendeu?

Mas aí colocou uma pessoa que,

se fosse mais nova de que eu era assim, tipo, uns dois anos antes, no máximo,

mas que tinha o corpo muito bonitinho, um rosto muito bonitinho,

e ele não ia deixar de dar a vaga a uma pessoa com uma aparência bem satisfatória

do que a minha, que tinha cento e dezesseis quilos, entendeu?

Então, assim, são coisas que falam bem mais alto, assim, na auto-estima da gente de que só um corpo bonito, né?

Pequena História 2 - Antes da Cirurgia

Situação-problema: Sem prazer de ir pra lugar nenhum

Porque, assim, você fica sem noção

porque às vezes eu não tinha prazer de ir pra lugar nenhum.

Porque eu já achava que quando eu chegasse num lugar todo mundo ia me olhar. E, realmente, acontecia.

Tem lugares que, pra mim, era um terror ir.

Eu já não queria mais sair com meu marido pra canto nenhum,

porque eu tinha vergonha de sair com ele.

Ele nunca falou nada. Até aí, tudo bem.

Eu não sei se isso me prejudicou ou se me ajudou.

Porque às vezes, quando o marido pega a gente no pé, tá gordinha, uma coisa ou outra, às vezes você pode até despertar.

Mas ele, assim, nunca falou nada.

Mas eu sentia, de mim, pra ele, assim, eu me sentia mal. Entendeu?

Ele não falava nada, mas eu achava que ele não se sentia bem de sair comigo.

Porque nem eu me suportava. Quanto mais ele, não é?

Tinha dias que eu não me suportava, nem me agüentava.

Eu tentava não a (+) horrível. Era terrível pra mim.

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 3 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: Depois do meu segundo filho voltei a engordar

E, assim, antes de fazer a cirurgia, antes de engravidar do meu segundo filho, eu quando tive a minha primeira menina, depois dela eu engordei bastante também, fiquei com quase esse mesmo peso. eu fiz ((diz nome de técnica de emagrecimento)). E eu perdi quarenta e quatro quilos no ((repete nome da técnica de emagrecimento)). Então veio a minha gravidez, isso foi em dois mil, dois mil e algu, dois mil e um, mais ou menos. Então eu engravidei, tive o meu filho, e depois do meu filho eu voltei a engordar. Aí, assim, também eu parei de fazer atividade física. E eu posso dizer também que eu sou muito ansiosa. E a minha ansiedade, minhas preocupação é descontada na alimentação. Entendeu? Então eu passei, eu sou uma pessoa assim, hoje em dia eu tirei mais isso da minha vida. Mas antes eu me preocupava demais, às vezes, sofria demais por problemas que não eram meu. Hoje em dia eu não faço mais isso. Só sofro pelos meus problema, mais os de ninguém. Porque isso me prejudicou demais. Demais porque eu sofria pelos problemas das outras pessoas e o que acontece? Quem sofria só era eu.

Pequena História 4 – Antes da Cirurgia

Situação-problema: A cirurgia da sobrinha

Eu passei por um processo (+) há, o que?, cinco anos mais ou menos atrás, mais ou menos isso, porque depois que o meu menino nasceu foi quando eu comecei a engordar, foi um, um período, assim, muito turbulento pra mim. Em janeiro, eu tenho uma sobrinha que ela fez uma cirurgia de (incompreensível), e ela quase ficou à beira da morte e eu sofri demais. Então, no que ela estava ali, naquele período (+) muito (+). Foi aquela coisa assim, desgastante, eu sofria e eu descontava aqueles meus traumas na alimentação. Comia bastante (+) como se aquilo fosse compensar, mas na realidade quem tava se prejudicando era eu, não é?

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 5 – Antes da Cirurgia

Situação-problema: A separação da irmã

E depois disso, por mais um mês, a mãe dessa minha sobrinha, que é minha irmã, ela se separou do marido, E foi aquele tormento enorme. Ela veio pra Recife e as minha sobrinha ficou lá. Então ela começou, as minhas sobrinha sofreram bastante, ficaram morando com o pai e eu tive que ser mãe dela, porque ela era muito novinha, tinha uma com cinco anos, já crescida e a outra que ia fazer três anos. Eram duas filhas que ela tinha, são duas filhas. Então eu fui mãe dos meus dois filhos e das minhas sobrinha, então ficou uma carga muito grande em cima de mim. Eu não tinha mais dois filhos só, mas eram quatro. E aquilo ali eu ficava nervosa, muita preocupação. E eu comia e aquela comida eu não sentia me satisfazer. Era como se tivesse um oco no estômago. Quanto mais eu comia, mais tinha vontade de comer. E o pior não era nada, é que depois daquilo ali eu fui aumentando e eu ficava atordoada, porque eu não queria fazer aquilo, mas era mais forte de que eu.

Pequena História 6 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: A morte do primo

E neste mesmo ano, quando foi em abril, dia vinte e cinco de abril do mesmo ano, eu perdi um primo com câncer, até aqui, ele faleceu aqui no hospital. E era um primo, aquele primo, sabe, que você gosta de mais. Cê ama seus primos, porque eu amo meus primos, eu tenho uma família, assim, que a gente é muito unido. Mas num tem aquele primo que você é mais chegado? E ele um menino muito novo, com vinte e um anos, faleceu, chegou a falecer por conta de um câncer. E eu sofri muito muito muito muito muito com com (+) a perda dele e foi um (+) não tem aquele ano que é o terror, que é um ano cheio de percas? Pronto! Foi esse ano.

Pequena História 7 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: A morte do avô

Aí quando foi (+) em agosto, perdi meu avô (+). Foi outra coisa. Assim, foi uma coisa em cima da outra. Durante (incompreensível) de sete, mais ou menos, assim, de sete meses eu perdi muita gente aquilo me fez mal e eu só descontava na comida. E eu não percebia. E aquilo me fez mal e eu só descontava na comida. E eu não percebia.

Pequena História 8 - Antes da Cirurgia

Situação-Problema: Engordou vinte e sete quilos

Foi quando, em agosto, depois que meu avô foi, morreu, eu fui na rua, me pesei. Eu engordei vinte e sete quilos nesse período. Vinte e sete quilos (+). Que foi horrível. Então, assim, e eu fiquei revoltada comigo mesma, sabe, Karina? Por que aquela coisa, assim, que eu num num num tinha controle. Eu comia, me dava aquela aquela RAIVA de mim mesmo, e eu comia comia comia e depois que eu comia chegava aquela culpa na minha mente. “Por que eu fui comer?, por que fez isso? por que eu fui fazer isso?, eu tô piorando” ((desolada)). Mas era mais forte de que eu. Eu não conseguia me controlar (+). Entendeu? Aí, assim, terminou o ano ainda com umas perda de umas pessoas muito próximas a mim, como a avó do meu esposo, outras pessoas.

E, assim, e eu não me dava conta.
Então aconteceu esse fato na minha vida que (+) eu não tive controle.
Eu acho que se eu tivesse, não sei, procurado um psicólogo, ou alguma coisa assim, não tivesse chegado a esse ponto.

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 9 - Antes da Cirurgia

Situação-Problema: Pensou em se matar

Que aconteceu o seguinte: quando eu emagreci a primeira vez, no ((diz nome de técnica de emagrecimento)), eu disse a uma amiga minha: “se for pra eu voltar a engordar, ficar daquele jeito, eu prefiro morrer”.
Que aconteceu o seguinte: quando eu emagreci a primeira vez, no ((diz nome de técnica de emagrecimento)), eu disse a uma amiga minha: “se for pra eu voltar a engordar, ficar daquele jeito, eu prefiro morrer”.
E quando eu me VI, eu estava do mesmo jeito.
E eu não vou dizer a você não, foram VÁRIAS VEZES que passou pela minha mente de tirar a minha vida. Porque aquilo tava me atormentando.
Mas eu agradeço primeiramente a Deus, porque eu sou uma pessoa evangélica e (+) vinha esses pensamentos, que pra mim são pensamentos malignos, porque só quem tem direito de tirar a vida é Deus, porque foi ele quem deu (+). Entendeu?
Então eu me agarrava na minha fé. No meu Deus.
E eu procurava refúgio nele e era onde eu encontrava.
E eu tinha umas roupas lá guardada, da época que eu emagreci a primeira vez, que muitas eu dei, mas outras ficou guardada. É aquelas que eu mais gostava, sabe?
E eu olhava pra aquelas roupas do guarda-roupa e eu não sabia se me fazia bem ou era mal.
Eu achava que eu nunca ia usar (+) mais aquelas roupas.
Mas no FUNDO, eu tinha uma esperança ainda de usar.

Pequena História 10 – Durante a Cirurgia

Situação-problema: O dia da cirurgia

Mas aí eu conheci uma colega que me apresentou o programa no hospital.
Eu vim, passei um tempo fazendo o programa, depois eu fui trabalhar,
e não deu mais pra VIM (+) tantas vezes para cirurgia, para as reuniões, que era uma época que tava muito lento, muito trabalho, eu parei (+)
Aí o que acontece? (+) Eu fiquei nove meses em casa, depois retornei.
Doutora ((diz o nome da psicóloga)) já me acompanhava, sabia, ela me liberou (+).
E chegou o dia da minha cirurgia.
E eu fiquei muito feliz com isso.
Um pouco temerosa, né, porque é todo um, é natural a gente tem aquele medo DA cirurgia.
Não é me, mas eu passei tranqüilo e fiquei satisfeita, sabe?

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 11 – Durante a Cirurgia

Situação-Problema: A decisão de fazer a cirurgia

Mas antes da cirurgia teve um fato, assim, que mexeu muito comigo. Foi e, assim, até engraçado. Mas, assim, quando eu retornei pro programa, saí, passei um tempo fora do programa por trabalho, como já falei, aí eu voltei pro programa, mas ainda tava assim com medo, um pouco temerosa, entendeu?

“Será que é isso mesmo que eu devo fazer?”. Porque eu pensava nos meus dois filhos, né, que são muito pequenos. Meu Deus, meu pai (+) ele ficou sem mãe com oito anos, e eu acompanhei muito, assim, ele já sofreu muito, passou muita coisa na vida por conta da futura mãe. E eu não sei se isso também me deixava mais temerosa, porque eu tinha medo de MORRER e deixar meus dois filhos e ele PASSAR pelo o que meu pai passou na mão de madrasta, essas coisas todas, tá entendendo? A dificuldade que ele passou. Então eu pensava muito nisso.

Aí o que é que acontece? Mas teve um dia que a gente tava assistindo televisão e passou um comercial (+) que eu achei muito interessante. E aquilo ali fez me despertar que eu estava no caminho certo. Porque, assim, passou um comercial com uma mulher BEM GORDA, ENORME ELA. Eu nem lembro que comercial foi, só sei que foi um comercial e a mulher tava como se fosse aquelas roupas de (incompreensível), uma roupinha bem curtinha assim, a coisa pretinha, como se fosse um biquíni.

I: E a minha menina disse assim pro meu menino. Meu menino tinha o que, de quatro pra cinco anos, não tinha feito cinco anos ainda. Aí a minha menina disse assim (+): “((diz nome do filho))”, é o nome do meu filho, “((diz nome do filho)), olha que mulher gorda. É a tua mulher. Tu vai casar com ela”.

E ele olhou e fez assim; “Eu não gosto de mulher gorda não. Eu não quero mulher gorda não. Ôh mainha, ela tá dizendo que eu vou casar com uma mulher gorda, eu não gosto de gorda não” ((imita voz do filho, em tom de irritação)).

Aí ele disse aquilo, mas na mesma hora ele parou. Eu percebi, que ele pensou assim: “mainha, minha gorda”. Entendeu?

Aí ele olhou pra mim e fez assim: “Ó, mainha, mulher gorda eu não quero não, mas mãe gorda eu quero, visse?”.

K: Ohh (em tom de compadecimento).

I: Tá entendendo? ((ri)). Ele viu o que falou, eu até achei engraçado porque ele (+) entendeu que aquilo ali, dele não gostar de mulher gorda, tava me magoando.

Aí ele voltou e disse: “Mainha, MULHER GORDA eu não quero não, mas mãe gorda eu quero, visse?”.

E, assim, aquilo ali (+) na hora, assim, até doeu, sabe, assim, não foi fácil dele ter dito aquilo assim, porque, poxa, um menino de sei, de, seis anos ele tem agora, de quatro pra cinco anos, percebe uma coisa dessa, num quer uma mulher gorda, um menino de quatro anos pra cinco, tem uma uma um pensamento desse, imagine o pessoal lá fora, o que é que não diz comigo?(+). Entendeu?

Aí, assim, são essas coisas. Aí quando eu voltei (incompreensível), “sabe de uma coisa, acho que eu vou fazer, porque a gente só morre quando tem que morrer”.

Botei Deus na frente, e fiz a cirurgia e hoje estou satisfeiTÍSSIMA.

Pequena História 12 - Depois da Cirurgia

Situação-Problema: O primeiro ano após a operação

Fazem onze meses, né, hoje já vai fazer um ano que eu operei. NÃO senti nada, às vezes uma coisa ou outra, um entalozinho, uma coisinha, por não mastigar direito, uma coisa ou outra. Mas, assim, nenhuma intercorrência. Uma vez ou duas que eu tive hipoglicemia, hipoglicemia, mas, assim, uma coisa que dá (incompreensível) e também porque a gente sabe, como o médico fala: “no primeiro ano (+) a cirurgia tira uma doença chamada obesidade e coloca, de certa forma, uma doença chamada desnutrição”.

Aí, isso aí, a gente sabe que tem uma coisinha física ou outra. Mas eu estou muito bem, satisfeita.

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 13 – Depois da Cirurgia

Situação-Problema: Hoje em dia começa a se controlar

Eu (+) não, não tenho mais, assim, aquela coisa, meu hábito alimentar, não vou dizer a você, que eu não como uma coisa ou outra, que eu como. Como eu tava dizendo às meninas, semana passada fez onze meses que eu fiz a minha cirurgia, comi um cachorro quente. Fazia onze meses que eu não comia. Foi o melhor cachorro quente da minha vida, que eu comi sem culpa (+). Sabe? Voltei à atividade física com quatro meses de operada. Tô na academia, malho de duas a três horas por dia. Tô aqui hoje, mas me levantei cinco horas da manhã. Seis horas já estava na academia, fiz até oito e quarenta a academia. Quando eu terminei, fiz uma hora de aeróbica com estepe, com localizada. Depois mais uma hora de hidroginástica. Tô aqui e tô satisfeita (+), entendeu? Assim, faz parte da minha vida. No dia que eu não vou pra uma atividade física, fica aquela coisa em mim faltando. E hoje em dia eu começo mais a me controlar. Em tudo, alimentação, nos meus sentimentos. Procuro viver mais os meus problemas (+), sabe? Por que às vezes eu tenho o problema que a pessoa tinha e botava aquilo na cabeça e queria ajudar aquela pessoa (+) e no fim eu me prejudicava, porque no que eu ficava tão ansiosa, terminava comendo demais. Hoje em dia eu me preocupo, não vou dizer que deixei de ser humano, de me preocupar com as pessoas, mas dentro do limite. Me preocupo, até um tempo que isso, até o limite que isso me prejudique (+) entendeu?

Pequena História 14 – Durante a cirurgia

Situação-Problema: A estadia no hospital

Aí, assim (+), pra mim, a cirurgia foi muito bom. Até hoje eu não tenho do que reclamar. É uma equipe muito boa, a gente é muito bem acompanhada. Muito importante o pro, o o a equipe de psicologia. O pessoal (incompreensível) com a liberação. Pode até demorar, mas que faz bem, faz. Muito bem, porque, assim, eu passei pelo processo da cirurgia sem MEDO (+). Eu tinha um pouquinho medo da uti, porque uti, uti, a gente fica com aquela coisa, uti. Mas, assim, passei pelo processo da uti numa boa. Não tive problema nenhum. Às vezes, na uti, (incompreensível) “ai meu Deus, queria sair daqui, queria tá lá no quarto com mainha” porque minha mãe que me acompanhou. Mas ali mesmo eu me auto (+). Entendeu? Assim, me conscientizava “não, ((diz seu nome)), calma, só são vinte e quatro horas, você tá bem, amanhã você não vai mais estar aqui. Pior são essas pessoas que estão aqui, à beira da morte e não sabem o dia que vão sair. E você o médico já falou que vai tá bem. Amanhã você vai estar no quarto”. Eu mesma me conscientizava e aquilo ali eu passei tranqüila. As vinte e quatro horas de uti não tive problema nenhum, fui pro apartamento, fui muito, lá, o apartamento, fui muito bem recebida lá, a enfermaria, as enfermeiras, uma equipe muito boa, os médicos também, não tenho do que reclamar.

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 15 – Depois da Cirurgia

Situação-Problema: Os trinta dias de líquido

Assim, passei (+) os trinta dias de líquido (+) tranqüila, porque, assim, eu tinha medo de passar por esses trinta dias porque eu tive uma tia que fez a gastroplastia e (+) há quase oito anos atrás, ela chorava. Ela gritava dizendo que tava com fome, queria comer, aqueles copinho não ia fazer efeito, que não tava, que aquilo, aquilo outro. Mas ela não teve acompanhamento psicológico, entendeu? Foi uma cirurgia particular, onde o médico se interessou pelo o que ia receber (+) e ela foi pra umas duas reu, duas vezes, acho, umas duas consultas com a psicóloga e (+) então ela não tava bem consciente. Enquanto eu fiz com um tempo com a psicologia, mas pra mim foi ótimo. Porque eu passei tranqüila. Eu digo a você, eu passei os trinta dias de líquido, que eu via a pessoa na mesa, jantando, almoçando, tomando café da manhã, mas não sentia vontade de comer. Eu sabia que aquilo ali ia ser só trinta dias, depois eu ia poder fazer tudo (+). Entendeu? Então, assim, eu passei su::per tranqüila. Mu::ito tranqüila. Tinha vez que eu não queria nem tomar o líquido, porque tava, eu me sentia tão cheia, tão saciada. Passei mu::ito bem mesmo, mu::ito bem. E hoje é que eu tô bem mesmo, porque eu tô comendo ((ri)). E tô comendo feliz e sem culpa (+). Sabe?

Pequena História 16 – Depois da Cirurgia

Situação-Problema: Vontade de viver

I: Se eu como uma coisinha, assim, a mais. A mais que eu digo é assim, não na quantidade, (+) mas mais calórico. Sim, porque eu não vou dizer a você que eu não como um pedacinho de uma torta, uma fatia de uma torta, não uma fatia toda, uma fatiazinha ((ri)). K: ((ri)) I: Aí dependendo, eu não, até que como o chocolate. Não vou comer todo dia, mas uma vez ou outra, eu como. Eu não vou tomar (+) três, quatro bolas de sorvete, mas uma bola (+) uma vez ou outra, um final de semana, como todo mundo vai, vai pra um restaurante, uma coisa, eu tomo. Mas também eu tomo (+), mas tem que compensar depois, entendeu? Vou pra academia (+), malho bastante, tô ali e tô vendo resultado. Quer dizer, isso é importante. E eu tenho euto-estima, é outra coisa. Eu agora quero viver (+). Entendeu? Eu não tinha vontade de fazer nada. Quero (+) recuperar aquele trabalho que ficou lá fora, lá atrás (+). O que a obesidade deixou lá atrás vai ficar lá atrás, mas agora eu vou lutar. Esse ano, se Deus quiser, final de ano vou retomar, vou fazer minha faculdade (incompreensível), vou tocar a bola pra frente, quer dizer, minha auto-estima, entendeu, o apoio é outro. Hoje, assim, eu não tenho vergonha de sair com o meu marido pros canto. Saio pra todo canto, então eu me sinto bem (+). Embora ele nunca tenha reclamado, falado nada, mas hoje eu sinto que ele vai bem mais satisfeito, claro (+) Entendeu? E isso tem me dado vários desempenho, em VÁrias e várias (+) é, assim, como posso dizer (+) situações. Tá entendendo? Então, assim, pra mim (+), tá sendo tudo de bom. Quero que Deus me dê o direito de viver pelo menos daqui a mais uns quarenta ANOS, pra eu aproveitar BEM a decisão que eu tomei e a oportunidade que ele me deu de fazer essa cirurgia (+). Tá bom, Karina? ((risos)). K: Tá I: ((ri)). K: Você que diz.

Estudo de Caso 1

Ísis-Karina

Pequena História 17¹⁸ - Depois da Cirurgia

Situação-Problema: Tem prazer para tudo

I: Entendeu? Aí é assim, é assim, foi muito bom mesmo.

Por que antes (+) antes, sabe Karina, assim, eu não tinha nem prazer pra tomar um BANHO (++).

Porque eu tomava banho olhando pra cima (+). Entendeu? (+) Porque eu não tinha coragem nem de me olhar (+).
Cê tá entendendo?

E hoje eu tomo um banho, MESMO que não esteja tudo tão no lugar (+).

K: Ahã.

I: Mas é satisfeita, entendeu? Não tá tão no lugar aqui porque eu perdi (+) peso.

Então eu perdi o peso, mas ganhei. Tu tá entendendo?

E pra mim hoje banho é um prazer. Onde eu ti, tomava, claro, higiene, tudinho.

Não dizer que eu não tomava banho, tomava.

Mas, assim, aquele prazer (+) de poder tomar um banho, passar um hidratante, eu não tinha mais prazer (incompreensível).

/.../

E hoje em dia, mesmo como eu já falei, não está tudo no lugar, mas (++) é outra coisa.

Minha vida, de fato, é outra coisa. Tenho prazer pra tudo.

Prazer com meu marido, prazer de sair, prazer comigo mesma, sabe? De tudo tudo tudo tudo.

Prazer de sair, de ir pra igreja, que às vezes nem pra igreja eu queria ir

Assim, que sempre achava que tinha alguém me olhando.

As pessoas já estavam tão acostumadas, nem olhavam.

Mas eu achava que tava todo mundo olhando pra mim. E hoje em dia se olhar, é pra elogiar ((ri)).

K: ((ri))

I: Então, assim, sempre tudo muito bom, muito ótimo. Pronto, é isso aí, Karina ((ri)).

¹⁸ Nesta narrativa excluímos uma seqüência que trata de assuntos íntimos da narradora e de sua família. Achamos pertinente que estes não fossem apresentados para evitar sua identificação e exposição de sua vida familiar. O símbolo /.../, na linha 13, indica o local desta seqüência.

ANEXO B – ESTUDO DE CASO 2: AFRODITE-KARINA

Pequena História 1 – Antes da Cirurgia

Situação: Gordinha desde pequeninha

K: Agora a gente passa para a segunda etapa, que é quando você fala, é, um pouco a sua história, que é o seguinte, o que é que eu te peço, que você um pouco da história da sua vida, voltando ao passado o quanto você quiser voltar, é, mas especialmente falando dos dias de hoje, tá certo, passando pela sua cirurgia. Se quiser ir para o futuro, também pode, tá, é, fique à vontade, mas precisa muito falar sobre hoje, sobre os seus dias de hoje, tá certo, sobre os seus dias de hoje. E quando você achar que terminou de falar, então você me avisa.

A: Certo

K: Tá bom?

A: Assim, é (+) desde pequeninha, já (+) já nasci gordinha, mainha fala.

Sim, era aquela coisa (+) é, lindinha, porque era gordinha,

e os médicos, os pediatras falando, ‘não mãe, quando ela crescer, ela vai emagrecer’,

e o tempo foi passando, o tempo foi passando.

Pequena História 2 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: O apoio em casa

É, assim, sou, lá em casa, meu pai, minha mãe, eu e o meu irmão, né?

E ele também é gordinho,

mas não chegou a, a, ao estado que eu fiquei, né, de cento e quarenta e nove quilos,

e, assim, eu não me acho alta, baixinha (+)

e em casa por uma parte eu tinha apoio e outras vezes não,

porque, ‘ah, tu não pode comer isso, ah porque não sei o que,

ah porque tu nunca vai arrumar um namorado tu gorda deste jeito’.

Então (+) querendo ou não, na minha própria casa, dentro de casa mesmo eu sentia o preconceito,

Pequena História 3 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: A depressão

que eu evitava, às vezes eu evitava sair, outras não.

Mas, assim, muitas vezes eu passei, entre o que, os meus 18 até 20 anos, em depressão,

em depressão profunda mesmo,

assim, de ficar só em casa gelada dos pés à cabeça,

dormir o dia todo,

de noite ficava assistindo dvd, assistindo filme no computador.

Minha vida praticamente dos meus, foi, 18 aos 19 anos foi praticamente isso.

Pequena História 4 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: A aceitação de si mesma

E desde pequeninha, sempre gordinha (+)

Muitas vezes, assim, eu me lembro que educação física, eu sempre me escondia, por quê?

Porque eu era a única gor, a única não, era gordinha, mas era a mais gordinha da turminha (+)

E fica aquilo assim, por uma parte às vezes assim um apoio em casa,

já fui pra psicólogos, já passei várias, várias vezes,

mas, assim, o problema era realmente eu me aceitar,

eu vê que eu era desse jeito e que, eu podia (+)

Estudo de Caso 2

Afrodite-Karina

Pequena História 5 – Antes da Cirurgia

Situação-Problema: perder e recuperar peso

Já tentei muitas vezes assim fazer regime,
já fui pra spa, mas assim eu perdia,
mas recuperava em tempo assim de um mês, dois meses, eu perdia,
passava o que, seis meses me tratando pra perder vinte quilos,
eu acho que o máximo que eu já perdi antes da cirurgia (+).
E depois, com três meses, eu me lembro, é (+) em três meses, assim, no, no natal eu já tava gorda de novo, sabe?
Engordei praticamente quase o dobro (+)
Isso querendo ou não, machucava,

Pequena História 6 – Antes da Cirurgia

Situação-problema: O apoio dos amigos

assim, eu era, assim, já fui, hoje mais não (+) realmente assim, depressiva,
de não sair quase de casa, de não ter, assim, muito apoio,
não dos meus amigos, porque assim (+) sempre foram assim, é (+) moral pra mim como,
“ah, gordinha não”, era, me viam por dentro, não, não ficavam criticando nem nada, nem na hora de comer,
assim, porque você come,
o, o gordo ele come porque tá com fome,
e come por raiva de que tá comendo aquilo que é demais, que sabe que vai engordar,
porque tem esse problema de, de o que comer engordar exageradamente (+).
E aí eles nunca me criticavam.

Pequena História 7 – Antes da Cirurgia

Situação-problema: Foi morar na casa da tia

Lá em casa não, lá em casa era direto.
Tipo assim, não com meu pai, mas com minha mãe, assim, uns atritos,
já saí de casa por conta (+), não, assim, sair de casa,
fui morar na casa de uma tia, justamente pra fazer regime,
porque eu achava que em casa eu não ia conseguir,
aí saía pra casa da minha tia (+) perto, não morava longe, na cidade vizinha aqui.
Aí ficava lá, meses (+) três meses, seis meses (+) e achava melhor,
porque eu em casa só vivia arengando com minha mãe,
brigas porque eu comia (+)
porque eu não queria sair de casa (+) essas, essas coisas assim.

Pequena História 8 – Durante a Cirurgia

Situação-problema: tentando realizar a cirurgia

E aí com 18, foi, com 18 anos, é (+) 18 não, eu já tava na faculdade já (+)
as meninas disseram: ‘por que tu não faz a cirurgia de redução de estômago? (+)
É (+) a gente vê pessoas que emagrecem, não sei quê’.
Aí eu comecei, né, Hospital ((diz nome de um hospital A)), ((diz nome de hospital B)).
Já freqüentei muitas reuniões lá no ((diz nome de um hospital A)),
e não saía do lugar, porque eu poderia estar com todos os meus exames prontos,
mas eu não conseguia marcar com a psicóloga, (+) que era a psicóloga do programa e era ((incompreensível)),
era (+) foi muito difícil.
Até que eu vim com minha tia aqui (+) pra saber se tinha (+)
foi, isso foi no ano passado (+) acho que (+) em janeiro (+)
e aí ‘não, você pode se inscrever, vamo aí’,
foi no tempo que eu me inscrevi, faltavam, tinha 30 pessoas na minha frente.

Estudo de Caso 2

Afrodite-Karina

Pequena História 9 – Durante a Cirurgia

Situação-problema: Dificuldades para ir ao hospital

E aí teve vez que eu tentei desistir, porque (+) praticamente tava aqui duas vezes no mês. É difícil por quê? Porque (+) eu sempre tive assim muita dificuldade no ônibus, chegando ali naquela catraca (+) é meio complicado de passar, e eu achava que as pessoas iam ficar olhando pra mim, eu ficava logo nervosa. Tanto é que vinha ou meu pai ou meu irmão ou meu primo, tio ou o vizinho (+) me traziam de carro ou eu então às vezes eu vinha de ônibus (+) às vezes, e meu pai que vinha me buscar (+) E aí continuei vindo, continuei, só sei que depois de, foi depois de um ano e quatro meses (+) voltei, no caso, fui pra doutor ((diz nome do médico)), dô, doutor ((diz nome do médico)) me liberou pra tá fazendo a cirurgia (+) acho que todo mundo lá, lá em casa, principalmente minha mãe, que foi a (++) que eu briguei, sabia, que eu achava que ela não me entendia, coisas do tipo assim (+) acho que ela foi uma das pessoas que ficaram mais feliz.

Pequena História 10 – Durante a Cirurgia

Situação-Problema: A semana da cirurgia

Aí dia 20, não, era pra eu ter feito em março, sendo que aí (+) atrasou, porque isso, porque aquilo, porque a pessoa passou mal, num sei quê, só sei que dia 20 de maio (+) eu fiz minha cirurgia (++) Fiquei, tava super tranqüila, assim a, a equipe de doutor ((diz nome do médico)), todo mundo, sabe, da pessoa que vai lá limpar seu quarto (+) quando você tá lá, desejando boa sorte, da enfermeira, do próprio médico (+) todo mundo, assim foi, eu passei uma semana aqui, mas foi assim uma semana ótima, as pessoas, sabe, o carinho, o tratamento que você recebe (+)

Pequena História 11 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Os primeiros quinze dias

E aí (+) me internei na segunda, me operei na quarta e no domingo eu fui pra casa (+) E aí todo mundo lá em casa, família, amigos, todo mundo, parecia que eu tinha, cheguei de viagem e passou um ano fora (+) E aí os quinze primeiros dias da, da cirurgia assim, é complicado, porque eu sou muito medrosa. Eu me lembro que na quinta-feira de noite (+) é:: eu fui no banheiro com mainha e quando eu levantei, assim, porque ficava a maior parte do tempo de cinta. Quando eu levantei tava uma mancha aqui assim ((aponta para a sua barriga)). Aí eu já fiquei nervosa, aí minha mã, minha mãe viu, ‘o que foi isso?’, aí eu ‘nada, não é nada’. É a secreção que sai, normal (+) e aí eu fiquei com medo, porque eu ia morrer, eu sou muito medrosa. Mas aí (+) é, passou, foi só uma vez só (+) foi justamente porque sai essa secreção, uma enfermeira foi lá em casa.

Estudo de Caso 2

Afrodite-Karina

Pequena História 12 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Arrependimento profundo

Os quinze primeiros dias, assim, já no final destes, dá um enjoão, porque eu não me adaptei ao líquido rosa (+) e depois mais quinze dias de pastoso. E aí, sabe (+) teve uma vez, que, eu me lembro que foi num domingo assim, tava todo mundo lá em casa, eu tava triste, triste, triste (+) tudo fechado. Minha prima chegou e ‘que é que tu tem, ((diz seu nome))?’ ‘Arrependimento profundo’. Ela olhou assim (+) ‘Por quê?’ ‘Por que eu fiz isso, não sei o quê, eu tenho que tomar isso de meia em meia hora’, que é uns copinhos pequenos de meia hora, e você (+) Eu vivia cheia e eu tinha que tomar aquilo, porque minha mãe me obrigava e eu não queria tomar (+) Mas aí passou.

Pequena História 13 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Passado o primeiro mês

Graças a Deus, o primeiro mês, assim, é difícil, porque muda totalmente, o que antes você comia pra tá se alimentando daqueles copinhos, extrato de carne, é:: um suquinho, é:: este leite de soja que, como é, eu não gostei. Mas assim (+) passando tudo isso, é:: tudo na minha vida mudou, eu mudei sou uma pessoa assim ((incompreensível)) inferior as outras pessoas. Trabalhava sempre, tem três anos que eu trabalho, mas assim, achava que (+) que lá (+) as pessoas me olhavam estranho, na verdade nunca aconteceu isso, era coisa de psicológico mesmo, de cabeça, assim, por eu não me aceitar e achar que a pessoa que estava do meu lado também não iria me aceitar ou que iria tá me criticando (+).

Pequena História 14 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Depois de 34 quilos

Ma::s hoje, assim, depois de, dos 34 quilos, é uma mudança total, minhas roupas agora tudo folgadas, tenho que mandar pra costureira (+) direto, tô comprando uma camisa ou outra porque tirei tudo, tirei todas aquelas roupas de gorda (+), e:: Tô feliz, tô bem, tô caminhando assim, aos poucos (+) Não é uma perda, apesar de que estou com três meses, já é uma perca (+) assim razoavelmente. Eu antes da cirurgia jamais iria perder 34 quilos em três meses (+)

Pequena História 15 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Quer perder peso

Então assim foi uma escolha que eu fiz, eu sei disso, eu excedi meus limites. Estou há três meses sem tomar ((diz nome de refrigerante)) e eu era apaixonada, fissurada, todo dia eu tomava. E isso, assim, não me importa mais, sabe? Eu, eu sei que eu fiz essa escolha, sei que é o que eu quero, tô me sentindo bem com isso. Já sofri tanto, sabe, com comida, assim, de não me sentir bem, ou eu vou, tomo um copo de ((diz nome de refrigerante)). Pra que? Eu quero mais é perder, eu quero ficar magra. Não digo, assim, magra, esquelética, porque eu nunca vou ficar, mas (+) que eu possa me olhar no espelho e, sabe, me aceitar (+)

Estudo de Caso 2

Afrodite-Karina

Pequena História 16 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Já se aceita bem mais

Hoje, eu já me aceito bem mais, acho que coisa de 50%,
melhorou minha auto-estima no espelho, quando eu me vejo, assim.
E eu quero, quero chegar na minha meta de ser uma pessoa normal.
Entrar numa loja (+) ‘Oh eu quero esse vestido, quero essa calça’,
como (+) minhas colegas, como todo mundo, como uma pessoa normal, que sai no meio da rua
e ninguém olhar e se olhar é ‘eita que menina bonita’, por isso, assim.

Pequena História 17 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Situação-problema: As mudanças após a cirurgia

E a cirurgia assim foi, foi essencial assim pra minha mudança (+) e:: é isso.
Eu tô muito bem realizada, assim (+)
Se me perguntar ‘faria de novo?’.
Faria dez vezes, cinquenta vezes, passaria três meses internada.
Não me importaria, só pelo prazer (+) de poder ver que a roupa tá folgada,
de poder receber um elogio dos meus pais (+) ‘Karina, como tá magra, oh, ((diz seu nome)) não sei o que’.
E poder vestir roupas que antes estavam mais dentro do meu guarda-roupa.
E uma que ‘oh, eu acho que dá em tu’ (+) eu chegava aqui, ou tentaria vestir, vestir uma camisola que,
assim, eu acho que tava com uns dois anos pra, dois anos não, mas há um certo tempo
e que era uma camiseta em mim, uma camisa (+)
E hoje ela deu, folgadinha, quer dizer, ontem.
‘Olha, mainha essa camisola que tia te deu, já tá dando’,
então isso re, isso recompensa (+) qualquer (++) primeiro mês de, de cirurgia, porque é complicado.

Pequena História 18 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: Seguindo orientações especializadas em sua alimentação

Não senti dor, não senti febre, nada, nada disso.
Porque, assim, acho que eu segui (+) tudo o que a nutricionista falou, tudo que, que (+) doutor Gilberto falou.
Tive o apoio e ainda tô tendo, assim, porque lá em casa antes era pizza direto,
quase todo dia a gente comia pizza lá em casa.
E hoje mais não. Quase todo final de semana, assim (+) era uma comida diferente,
Era (+) se a gente fosse pra uma pizzeria pra comer.
Hoje eu vou pra uma pizzeria tomo suco, um copo de, de suco.
E hoje eu já posso tá comendo assim, é (+) bistequinha (+) de frango,
porque acho que a carne, assim, fora, vez ou outra, e:: não segura não. Aí dá vontade de vomitar.
Eu não gosto de vomitar (+) não quero e (+) tô bem, hoje eu saio.
Lá em casa tem mudado também. Hoje já é uma sopinha à noite.
E antes tinha que ter arroz, feijão, macarrão, carne (+)
Hoje mais não, é só um queijinho com, com leite, com café, meia xícara, porque eu não tomo mais do que isso.

Estudo de Caso 2

Afrodite-Karina

Pequena História 19 – Após a Cirurgia

Situação-Problema: A cirurgia nas pernas

A: Tô seguindo e eu sei que vou conseguir mais ainda seguir as regras e ficar magra.

Mas eu tô bem, tô ótima, tô outra pessoa, tô outra pessoa mesmo (+)

Do que eu do antes, de janeiro (+) pra, pra agora.

Eu já tenho várias coisas.

Tá viajando, claro, tenho vontade também,

porque eu sei que, essa pequena mudança, querendo ou não eu vou ficar um pouquinho flácida tá, mas pouco importa porque eu quero fazer (+) uma cirurgia, quero,

quero não assim, se eu for precisar aqui nas pernas ((incompreensível)), mas isso é o de menos,

eu quero mesmo é perder, sabe-se lá com oitenta quilos, tô com cento e quinze, falta muito não.

Daqui pro ano que vem, daqui a um ano. Acho que vou ter chegado lá (++)

K: Pronto?

A: Pronto, só isso
